



Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Operação realizada com sucesso

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.19.01401627-1** em **12/07/2019 09:48:10**.

Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabiopompeuadv.com.br** com os dados deste protocolo.
- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0181112-27.2018.8.06.0001
Protocolo : WEB1.19.01401627-1
Tipo da petição : RECURSO DE APELAÇÃO
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 12/07/2019 09:48:10

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2562262_RECURSO_DE_APELACAO_01 - 1-6.pdf
Documentação : 2562262_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_01 - 1-2.pdf
Documentação : 2562262_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02 - 1-10.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Processo n. 01811122720188060001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 5 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

PROCESSO ORIGINÁRIO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA / CE

PROCESSO N.º 01811122720188060001

APELANTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

APELADA: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

RAZÕES DO RECURSO

COLEDA CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

Inconformada, a demandada vem apresentar as razões do recurso de apelação, ora interposto, vez que a sentença proferida pelo juízo “*a quo*” deve ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos.

PRINCIPIO DA VERDADE REAL

Inicialmente cabe informar que a R. decisão monocrática deve ser reformada, ignorar o valor realmente recebido enseja no enriquecimento ilícito da parte Apelada, neste sentido, a Apelante pede vênica para demonstrar julgado paradigma, *in verbis*:

“JUNTADA DE DOCUMENTOS PREEXISTENTES. EXECUÇÃO. VEDAÇÃO DO ENRIQUECIMENTO SEM CAUSA - Ainda que se trate de documentos preexistentes à fase cognitiva, devem ser conhecidos na execução do julgado, se necessários para a observância dos limites impostos pelo título judicial, assim como para evitar o enriquecimento sem causa, vedado pelo ordenamento jurídico. (TRT-5 - AP: 372000320085050194 BA 0037200-03.2008.5.05.0194, 4ª. TURMA, Data de Publicação: DJ 07/06/2011)”.

Dentre os princípios constitucionais, mister se faz ressaltar o princípio da verdade real, resalta-se que observar apenas uma verdade ficta, vai de encontro com os princípios e garantias constitucionais assegurados aqueles que vivem em um Estado Democrático de Direito.

“DECISÃO: ACORDAM os Desembargadores que integram a Nona Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao recurso, nos termos do voto. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - PAGAMENTO ADMINISTRATIVO ARGUIDO EM RECURSO - ANALOGIA COM O INSTITUTO DA EXCEÇÃO DE PRÉ- EXECUTIVIDADE, EM QUE SE ADMITE A ALEGAÇÃO POSTERIOR DE PAGAMENTO - JUNTADA DE COMPROVANTE DE QUITAÇÃO APÓS A CONTESTAÇÃO - POSSIBILIDADE - PROCESSO QUE BUSCA A VERDADE REAL - MITIGAÇÃO DO ART. 396 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL - AUSÊNCIA DE CONTRARRAZÕES - ADMISSÃO DAS RAZÕES E DO DOCUMENTO APRESENTADO - PLEITO DE COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA - INVALIDEZ PERMANENTE - PERDA PARCIAL INCOMPLETA DO OMBRO E DA MÃO

DIREITOS - APLICAÇÃO DO INCISO II DO § 1º DO ART. 3º DA LEI Nº 6.194/74 (COM AS ALTERAÇÕES TRAZIDAS PELA LEI Nº 11.945/2009)- SEGURADORA QUE PAGOU ADMINISTRATIVAMENTE VALOR MAIOR DO QUE AQUELE RECONHECIDO COMO DEVIDO - IMPROCEDÊNCIA DA PRETENSÃO AUTORAL - SENTENÇA REFORMADA - INVERSÃO DOS ÔNUS DA SUCUMBÊNCIA - RECURSO PROVIDO. (TJPR - 9ª C.Cível - AC - 1316496-0 - Cascavel - Rel.: Domingos José Peretto - Unânime - - J. 26.02.2015) - (TJ-PR , Relator: Domingos José Peretto, Data de Julgamento: 26/02/2015, 9ª Câmara Cível)"

Ademais, a formulação do pedido administrativo implica necessariamente na apresentação de toda a documentação legalmente exigível. A análise dessa documentação, compreendida no procedimento denominado "regulação do sinistro", é efetuada pela SEGURADORA A QUEM O PLEITO FOI DIRIGIDO ou por empresas especializadas, que atuam por delegação da seguradora.

Dessa breve explanação, deduz-se facilmente que a seguradora reguladora do sinistro, tão somente a Seguradora acionada na via administrativa que efetuou pagamento de verba indenitária no valor de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, vejamos:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/01/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01560

CONTA: 000000018899-9

Nr. da Autenticação ADC63902A381F81C

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3170647954**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**Data do acidente:** 23/11/2015**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA**PARECER****Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO DISTAL DA PERNA DIREITA.**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO. EVOLUIU COM DOR, AUMENTO DE VOLUME E BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MEDICA.**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**Sequelas:** Com sequela**Data da perícia:** 27/12/2017**Conduta mantida:****Observações:** MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD**CRM do médico:** 10570**UF do CRM do médico:** SC**DANOS**

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

Ressalte-se que a Apelante não está se omitindo ou procrastinando na presente demanda, muito pelo contrário, busca a veracidade dos fatos, para a perfeita aplicação da justiça.

E, a fim de que o processo seja justo (como é exigência do Estado Constitucional), é necessário que esteja regulado para a produção tendencial de decisões justas, ou seja, é necessário, para que o processo seja justo, que busque a verdade de forma idônea, por isso requer seja considerado o processo administrativo já apresentado nos autos, o qual dispõe sobre o pagamento administrativo em favor da parte Apelada a título de indenização do seguro DPVAT.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Recorrente no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada *in totum* a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “a quo”, dando provimento ao presente recurso.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 5 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**, em curso perante a **12ª VARA CÍVEL** da comarca de **FORTALEZA**, nos autos do Processo nº 01811122720188060001.

Rio de Janeiro, 5 de julho de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

**ESTADO DO CEARÁ**

Poder Judiciário
Tribunal de Justiça
DAE - Documento de Arrecadação Estadual

NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS

85660000002-5 13040006201-9 90805201962-1 08623213400-6

1 - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA/PRODUTO/SERVIÇO 6491 - Emolumentos e Custas Judiciais / 62950 - Custas Processuais	2 - DATA DE EMISSÃO 05/07/2019	3 - DATA DE VENCIMENTO 05/08/2019
09 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A CNPJ: 09.248.608/0001-04		4 - NOSSO NÚMERO (DAE) 2019.62.0862321-34
10 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 000477 - TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ - SEGUNDO GRAU - FORTALEZA Tipo da Guia: Judicial Nº Guia: 0023216 Valor da Causa: R\$ 13.500,00 Natureza da Ação: RECURSO DE APELAÇÃO Processo: 01811122720188060001 Rateio: FERMOJU (97%):R\$206,65/FUNSEG-JE(3%):R\$6,39 PAGAMENTO NA REDE ARRECADADORA CREDENCIADA JUNTO À SEFAZ		5 - PERÍODO DE REFERÊNCIA 07/2019
		6 - VALOR PRINCIPAL R\$ 213,04
		7 - MULTA/JUROS R\$ 0,00
		8 - TOTAL A RECOLHER R\$ 213,04
11 - CÓDIGO DE BARRA 85660000002-5 13040006201-9 90805201962-1 08623213400-6		1ª VIA - BANCO
		PAGAMENTO ONLINE

**ESTADO DO CEARÁ**

Poder Judiciário
Tribunal de Justiça
DAE - Documento de Arrecadação Estadual

NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS

85660000002-5 13040006201-9 90805201962-1 08623213400-6

1 - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA/PRODUTO/SERVIÇO 6491 - Emolumentos e Custas Judiciais / 62950 - Custas Processuais	2 - DATA DE EMISSÃO 05/07/2019	3 - DATA DE VENCIMENTO 05/08/2019
09 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A CNPJ: 09.248.608/0001-04		4 - NOSSO NÚMERO (DAE) 2019.62.0862321-34
10 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 000477 - TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ - SEGUNDO GRAU - FORTALEZA Tipo da Guia: Judicial Nº Guia: 0023216 Valor da Causa: R\$ 13.500,00 Natureza da Ação: RECURSO DE APELAÇÃO Processo: 01811122720188060001 Rateio: FERMOJU (97%):R\$206,65/FUNSEG-JE(3%):R\$6,39 PAGAMENTO NA REDE ARRECADADORA CREDENCIADA JUNTO À SEFAZ		5 - PERÍODO DE REFERÊNCIA 07/2019
		6 - VALOR PRINCIPAL R\$ 213,04
		7 - MULTA/JUROS R\$ 0,00
		8 - TOTAL A RECOLHER R\$ 213,04
		2ª VIA - CLIENTE

**ESTADO DO CEARÁ**

Poder Judiciário
Tribunal de Justiça
DAE - Documento de Arrecadação Estadual

NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS

85660000002-5 13040006201-9 90805201962-1 08623213400-6

1 - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA/PRODUTO/SERVIÇO 6491 - Emolumentos e Custas Judiciais / 62950 - Custas Processuais	2 - DATA DE EMISSÃO 05/07/2019	3 - DATA DE VENCIMENTO 05/08/2019
09 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A CNPJ: 09.248.608/0001-04		4 - NOSSO NÚMERO (DAE) 2019.62.0862321-34
10 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 000477 - TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ - SEGUNDO GRAU - FORTALEZA Tipo da Guia: Judicial Nº Guia: 0023216 Valor da Causa: R\$ 13.500,00 Natureza da Ação: RECURSO DE APELAÇÃO Processo: 01811122720188060001 Rateio: FERMOJU (97%):R\$206,65/FUNSEG-JE(3%):R\$6,39 PAGAMENTO NA REDE ARRECADADORA CREDENCIADA JUNTO À SEFAZ		5 - PERÍODO DE REFERÊNCIA 07/2019
		6 - VALOR PRINCIPAL R\$ 213,04
		7 - MULTA/JUROS R\$ 0,00
		8 - TOTAL A RECOLHER R\$ 213,04
		3ª VIA - PROCESSO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/07/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.39.23
1251301251 SEGUNDA VIA 0018

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: J BARBOSA ADVOGADOS ASS
AGENCIA: 1251-3 CONTA: 31.969-4
=====

Convenio	DAE ESTADO CEARA	
Codigo de Barras	85660000002-5	13040006201-9
	90805201962-1	08623213400-6
Data do pagamento		08/07/2019
Valor Total		213,04

DOCUMENTO: 070820
AUTENTICACAO SISBB: E.034.7F1.588.706.20E

Transação efetuada com sucesso por: J7663175 JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS.

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3170647954**

Vitima: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **23/11/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANIEL BRITO PEREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170647954**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12092446



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**

Sinistro: **3170647954**

Vítima: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **23/11/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANIEL BRITO PEREIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170647954** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12203510

A/C: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170647954
Vítima: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
Data do Acidente: 23/11/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANIEL BRITO PEREIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001560

Conta: 0000018899-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170647954 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **AV ZEZE DIOGO nº 1355 - PRAIA DO FUTURO - FORTALEZA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 94002013680 - SSP**
Data local do exame: **27/12/2017 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO TERCO DISTAL DA PERNA DIREITA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO. EVOLUIU COM DOR, AUMENTO DE VOLUME E BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, π 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 27/12/2017

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flavio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170647954 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2015 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tornozelo direito submetido a tratamento cirúrgico de osteossíntese

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170647954 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 23/11/2015 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
OLIVEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TERCO DISTAL DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO. EVOLUIU COM DOR, AUMENTO DE VOLUME E BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

614.228.863-87

Nome completo da vítima

Antonio Augusto da Silva Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antonio Augusto da Silva Oliveira		CPF titular da conta 614.228.863-87	Profissão Polígrafo
Endereço Av. Zéze Diogo		Número 1355	Complemento Larac
Bairro Praia do Futuro	Cidade Jortalega	Estado ceara	CEP 60180000
Email ~ 12		Telefone (DDD) 9.82749318	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

LÍDER CORRETE
3405 DEZ 2017

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO			
				Nome		NRO	
AGÊNCIA		CONTA		AGÊNCIA		CONTA	
NRO.	D/V	NRO.	D/V	NRO.	D/V	NRO.	D/V
1560		18899	9				
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Sob. es. 28 de 11 de 17

Local e Data

Autorização de pagamento

ANTONIO AUGUSTO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - ag. alvaro weyne
DATA: 10/11/2017 HORA: 10:28:28
TERMINAL: 44071002 CONTROLE: 440710020150

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 1560.013.00018899-9
NOME: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 20,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 7813769296
NÚMERO DE CONTROLE: 314138698

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

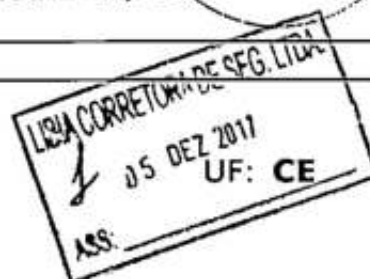
Boletim de ocorrência

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1020 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **16/02/2017 10:13:44**Data / Hora da Ocorrência: **23/11/2015 06:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO**

Complemento:

Bairro: **PRAIA DE IRACEMA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **SECRETARIA DA SAUDE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**Nascimento: **24/08/1980** CPF:CARTEIRA DE RESERVISTA: Orgão Emissor: **MEX**
250443368114Filiação: **MARIA DE FATIMA DA SILVA OLIVEIRA**
RICARDO SALVADOR DE OLIVEIRAEndereço: **RUA ISMAEL PORDEUS , 419**Bairro: **VICENTE PINZON**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 98783-1459****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMF1646** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KE1950G0048698 Renavam: **1048248388** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YBR125 FACTOR K1** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor:
BRANCA Proprietário: **ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE O DECLARANTE VINHA SOZINHO PILOTANDO A MOTO DE PLACAS PMF1646 DE SUA PROPRIEDADE, QUE VINHA TRAFEGANDO PELA AVENIDA HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO QUANDO UM CARRO SEM PLACAS ANOTADAS QUE IA NO MESMO SENTIDO QUE O DECLARANTE \CENTRO, FEZ UMA CONVERSÃO PROIBIDA E CRUZOU A FRENTE DO DECLARANTE, QUE O MESMO NÃO TEVE COMO DESVIAR E COLIDIU COM O CARRO VINDO A CAIR E SE LESIONAR, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA EM ANTONIO BEZERRA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Augusto da Silva Oliveira

CPF da Vítima

614.228.863 87

Data do Acidente

23/11/15

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaracao de Inexistencia



22 de 11 de 17

Local e Data

ANTONIO AUGUSTO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA		Nº DO PRIORITÁRIO 25396	Nº DO DE 14159
LOGUS	NASCIMENTO 24/08/1980 (35 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO
NOME MÃE MARIA DE FATIMA DA SILVA OLIVEIRA		NOME RESPONSÁVEL USB 76	
ENDEREÇO OC ESMAEL PORDEUS 419 VICENTE PINZON		CIDADE CE	UF CE
DATA DO ATENDIMENTO 23/11/2015		HORA DO ATENDIMENTO 08:53:00	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO TRAUMA EM MIDAS		MOTIVO QUEDA DE MOTO	
ESCORIAÇÕES		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS		PULSO NI	
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AZUL		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MONIQUE WERNECK DE CARVALHO RIBEIRO	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 23/11/2015 08:53:00	

HISTÓRICO			
<i>Trauma contuso em tornozelo (A) tal e ol. Apresenta edema intenso em tornozelo (B).</i> <i>Fratura de malduda</i>			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO (X) RAIO-X <i>tornozelo (A) (B)</i> () OUTROS		<i>RAIO-X</i>	
MEDICAMENTO		APRAXAMENTO	
<i>303090200</i>		OBSERVAÇÕES	
Comprovação de ato declar:			

TÍTULOS		TIPO DE ALTA/SAÍDA	
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSPERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 28 HORAS () APÓS 48 HORAS		DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		ASSINATURA DO MÉDICO	
Assinado por monique werneck de carvalho ribeiro em 23/11/2015 às 08:53:00		<i>[Assinatura]</i>	

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo inteira responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

antonio augusto da silva oliveira

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
PROTINA ANTONIO BEZERRA
[Assinatura]
Enfermeira Menezes Marques Soares
CNPJ 06.630.011
Coordenadora de Saúde - MOEAM
CONFERE COM ORIGINAL

15/7

5902000-5

Para efetuar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Rua Pedro Vitorino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 498296767

Rota 15 01150 30 205800 - 6 Data de Emissão 24/10/2017

Nome GUSTAVO CARDOSO FEITOSA PESSOA DE CARVAL

End. Postal RU CANDIDO MAIA 00214 SL 8

ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - 60356830

Medidor 1043113

Posto 0000 B48W

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 011901113-14

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data de Apresentação Previsão Próxima Lettura
Out/2017 24/10/2017 23/11/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Condição - PIV

Mês Ago/2017 EISO 50,19

DICI = 8,00 P

Padrão Individual

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
217,56 27,00% 58,74

Apuração Individual

Mensal Titm Anual Mensal Titm Anual

DIC 9,95 9,91 9,02 8,00 8,00 8,00

PIC 3,11 6,22 2,45 0,00 0,00 0,00

DMIC 2,77 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CDBA, TRF 4, 2423, 0310, 3540, 8FC9, 6EP6, 7FEI

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Res. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)
9287 8914 1,00 292 0,00 0,93 0,74255 217,56

24/10/17 22/09/17 30 1740 292 217,56

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 217,56
DEV. PGTO DUPLICIDADE -147,60
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 29,07
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 13,46)

Comprovante de residencia



VENCIMENTO 01/11/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 99,03

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 42,22
Distribuição 42,22
Encargos Setoriais 17,27
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 69,61
TOTAL 217,56

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

222 293 23 223 217 211 194 150 165 298 289 294
MED Out Set Nov Dez Jan Fev Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set OutCONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) 126,63 Compensação kg (CO₂) 0,00 Contribuição Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O VENCIMENTO

Para consultar sua conta em tempo real utilize seu número do cliente seguido do dígito verificador.

Consta desta fatura R\$ 10,97 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,20% e COFINS:4,10% (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e Lei n. 10.637-02 e 10.473-03).
A bandeira para o mês de outubro será vermelha (tarifa 2 com acréscimo de R\$ 3,50 (mais tributos) a cada 100 (100%). Mais informações em www.aneel.gov.brLIMA CORRETORES SEG. LTDA
37 05 DEZ 2017
ASS:Nº do Cliente: 5902685-5 Referência: Out/2017
Data de Emissão: 24/10/2017 Total a Pagar (R\$): 99,03
Nº da Nota Fiscal: 498296767 Nº de Controle: 0005902685 00045 39562 12
83810000000-0 99030031000-6 0005902685-2 0005902685-2

enel

472449383

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda na verso desta conta.**Comprovante de residencia**38.54

LIBRA CORRETORES DE SEG. LTDA
36 05 DEZ 2017
AES: _____

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Daniel Brito Pereira inscrito (a) no CPF/CNPJ 037688781 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Augusto da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 614228863 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Augusto da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 614228863 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaracao Circular SUSEP



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Paredão Jureia</u>		Número <u>214</u>	Complemento <u>8º B</u>
Bairro <u>Antonio Bezerra</u>	Cidade <u>Montaleza</u>	Estado <u>Paraíba</u>	CEP <u>60356830</u>
Email <u>N/A</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>9.886.1700</u>

Ass. de _____ de 11 de 17
Local e Data



Daniel Brito Pereira
Assinatura do Declarante



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVÂNDRIO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA**

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ANTÔNIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA		Nº DO PRIORITÁRIO 25398	Nº DO DE 14159
SEXO M	RAÇA/COR PARDO	DATA DO NASCIMENTO 24/08/1980 (35 ANOS)	
NOME DO RESPONSÁVEL US\$ 76		MUNICÍPIO CE	
ENDEREÇO OC ESMAEL PORDEUS 418 VICENTE PINZON		UF CE	
CIDADA NI		CEP NI	

CAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO TRAUMA EM MID +	MOTIVO QUEDA DE MOTO
---	--------------------------------

ESCORIAÇÕES

ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS	SAÍDA	PULEO	GUDEMA
NI	NI	NI	NI

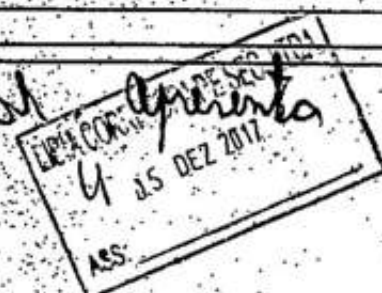
ASSISTÊNCIA AZUL	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MONIQUE WERNECK DE CARVALHO RIBEIRO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 23/11/2015 08:53:0
----------------------------	--	---

DATA DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO TRAUMA

ATENDIMENTO MÉDICO

*trauma contuso em tornozelo (D) hál e SI
edema intenso em tornozelo (D)
Fratura de malduda*



DIAGNÓSTICO	COG. PROCESSAMENTO	COG.
HC () SU () US ABDOMINAL () TO CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS	torozelo (D) AHA	

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRESENTAMENTO	OBSERVAÇÕES
-------------------	----------------	-------------

303090200

Documentação médico - hr



DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSPERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 28 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMPL () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Assinatura e Assinatura do Médico

Assinatura de Monique Werneck de Carvalho Ribeiro em 23/11/2015 às 08:53

Assinatura de Antônio Augusto da Silva Oliveira

Assinatura de Antônio Augusto da Silva Oliveira



**HOSPITAL DISTRITAL EVÂNDRIO AYRES DE MOURA
PROFESSOR ANTONIO BEZERRA**

Ministra Nereides Marques Soares

Coordenadora de Saúde - HDEAM

CONFERE CÓPIA ORIGINAL

15/



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NOME DO PACIENTE

ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

DADOS PESSOAIS

CONJUGES

NOME MÃE

MARIA DE FATIMA DA SILVA OLIVEIRA

ENDEREÇO

OC ESMAEL PORDEUS 419, VICENTE PINZON

CONTATO

NASCIMENTO

24/08/1980(35

ANOS)

Nº DO
PRONTUÁRIO
25396

SEXO

M

Nº DO
31

RACIA
PA

NOME RESPONSÁVEL

USB 76

MUNICÍPIO

UF

CE

PESO

PRESSÃO ARTERIAL

SINAIS VITAIS

CEP

TEMPERATURA

GLUCOSE

RG RESPONSÁVEL PELO ADOLESCIMENTO

RODRIGO MOURA LOPES

DATA E HORA DO ADOLESCIMENTO

02/12/2015 07:29

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO

MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA, MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA,
MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

NOME DO MÉDICO

ROBERTO WELTON TEIXEIRA DA
COSTA (CRM: 5267)

ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

LIBA CORRETORA DE SEG. LTDA
5 05 DEZ 2017

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

CID

SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X

() OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SÓDA

TIPO DE ALTA/SÓDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARTILHA E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por Rodrigo Moura Lopes em 02/12/2015 às 07:29:11

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

antonio augusto da silva oliveira



DE
ALTA HOSPITALAR



Fortaleza

PACIENTE ANDRÉ AUGUSTO DA SILVA

PRONTUÁRIO

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO

INÍCIO DE TRATAMENTO

23/11/15

DATA DA ALTA

01/12/15

DATA DE RETORNO

16/12/15

MÉDICO PARA RETORNO

ROBERTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

TRAMA DO
TORAX
BILATERAL

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL

FRATURAS DO TORAX

ACESSÓRIO 1

ACESSÓRIO 2

ACESSÓRIO 3

EXAMES ESPECIALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Fixação Bilateral

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Surto de
ANTI BIOTER

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ HORADO

☐ ADO

☐

☐

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Não usar
PO ou curativos

DATA

01/12/15

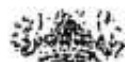
MÉDICO

Dr. Roberto Nelson T. da Costa
Traumatologia Ortopedia
CRM/REC 5267

Assinatura do



DE
ALTA HOSPITALAR



Fortaleza

PACIENTE **ANTONIO AUGUSTO DOS SANTOS**

PRONTUÁRIO

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO

INÍCIO DO TRATAMENTO

07/12/15

DATA DE RETORNO

08/12/15

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

**Tratado de
Fratura de
Bumero**

DIAGNÓSTICOS

PRINC
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
ACESSÓRIO 3
EXAMES ESPECIALIZADOS

Fratura de Bumero

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Fixação com

LIBERAÇÃO PARA SEG. LTDA.
+ 05 DEZ 2017
ASS: _____

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

**Antalgia +
ANT. Biotens**

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ ADO

☐

☐

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

**Não usar
Pó Curado**

DATA

01, 12, 15

MÉDICO



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA

Miriano
Miriano Moraes Almeida
Coordenador de Atendimento

CONFERE COM ORIGINAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA - FORTALEZA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA

CARIMBO E ASSINATURA DO

Dr. Roberto Welton T. da Costa
Traumatologia Ortopedia
CREMEC 5267



SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL III - SER III
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA

RESULTADO DE EXAMES

NOME: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA: 24/11/2015

MÉDICO: _____ NUMERO: 4

NATUREZA

COAGULOGRAMA II

T. DE SANGRAMENTO: _____ SEG.: _____

METODO: DUKE

V. NORMAIS: 1 A 3 MINUTOS

CONTAGEM DE PLAQUETAS: _____

PROVA DO LAÇO: _____

TEMPO DE PROTOMBINA 16,6 SEG. 64.9% INR 1,23

NORMAIS: 70 A 100%
Método de Quick

LIBERAÇÃO DE SEG. LTDA.
25 DEZ 2017
ASS: _____

T. DE TROMBOPLASTINA 29,1 SEG. RATIO 1,10

ANALISTA

Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA
Milania
Milania Menezes Marques Soares
Mat. 45200-01
Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL III - SER III
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTº BEZERRA

NOME: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA (CORREDOR)
MÉDICO: DR. MARIO JORGE

NÚMERO: 4

DATA: 24/11/2015

ESPECIFICAÇÃO

ERITROGRAMA

	CONTRADOS	VALORES NORMAIS
HEMÁCIAS	5.410.000	Homem: 4,6 - 6,5 milhões/mm ³ Mulher: 4,0 - 6,0 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	15,6g%	Mulher: 11,5 - 16,0 g/100ml
HEMATÓCRITO	47,0%	40 A 54
VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO	86,9	36 A 47
Hb. CORPUSCULAR MÉDIA	28,8	80 A 97
CONC. Hb. CORPUSCULAR MÉDIA	33,2%	de 27 a 32 pg
Observações:		de 32 - 36 g/dL

HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS

FORMULA LEUCOCITÁRIA

ESPECIFICAÇÃO	%		%	VALORES NORMAIS
LEUCÓCITOS		10.400		/mm ³
NEUTRÓFILOS	81%	8.424	40 - 75	4.000 - 10.000
MIELÓCITOS				1.600 - 7.500
METAMIELÓCITOS			0 - 1	0 - 100
BASTÕES	1%	104	0 - 5	0 - 500
SEGMENTADOS	80%	8.320	40 - 70	1.600 - 7.000
EOSINÓFILOS	1%	104	1 - 6	40 - 600
BASÓFILOS		0	0 - 1	0 - 100
LINFÓCITOS	16%	1.664	20 - 50	800 - 5.000
MONÓCITOS	2%	208	3 - 8	120 - 800

LEUCOCITÓRIA DE SEG. LÍC.
19 25 DE 100
ASS.

ADULTO

8 - 12 ANOS

4 - 7 ANOS

4000 - 10000

4500 - 13000

6000 - 15000

VALORES REFERENCIAIS PARA PLAQUETAS: 150.000 A 450.000/mm³

PLAQUETAS: 239.000

/MM³

NEUTROFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS

LINFOCITOS SEM ATIPIAS

PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTHHA ANTONIO BEZERRA

Antonio Marcos Marques Soares
Méd. 45490-01

Coordenador SAGE - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

Unidade de Hematologia
24/11/2015

ANALISTA

HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Ficha de Antônio Bezerra

ENF:

TRAUMA

DATA: 24/11/15 L:

Antonio Augusto da Silva Oliveira

[illegible]



NOME:

ANTONIO ALBERTO DE OLIVEIRA

Enfermagem

Leito

Nº do Profissional



Relatório de Enfermagem

Observações/Rubrica

DATA

Planos Terapêuticos e Tratamentos

Horário - Administração de Medicamentos

SN. paciente consciente. Bu-
entado, verbaliza, coopera-
ativo, aceita dieta. Apresenta
cuidado sob cuidados
de enfermagem.

18:30

100 cc de
sero 2115

SW.

Dr. Manoel Soares da Silva
Oncologia/Tratamento
CREME/2015

Prefeitura de Fortaleza

HOSPITAL DISTRICTAL EVANDRO AYRES DE MOURA
PROTEÇÃO CIVIL

Assessoria Jurídica e Social

Coordenador de Enfermagem

Sinais Vitais
08:00 16:00 22:00

PA

T

P

R

Glicemia

Rubrica

PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTO

HOSPITAL DISTRICTAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM - AB
RUA CANDIDO MATA, 294 - ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - CE - CEP 50.350-030 - PABX (85) 3488.3270 - FAX (85) 3488.3279

[illegible]

LIBACCREDITORATESEG.VIVA
12 05 DEZ 2017
AS2

2

05

DET



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evg^o Iro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra

Fortaleza Prefeitura de

DATA: 25 / 11 / 15 L: 48

Anterior Questão da SEF: OUTRA

[illegible]

LIBR. CORRECTORA DE SEC. LTA
13 05 DEZ 2017
SS:

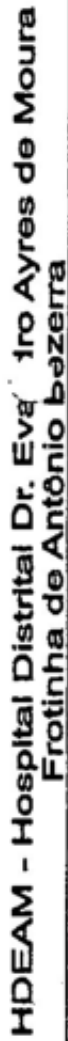
HOSPITAL, PUSHTING, 17000, STS OF HOURS

Milano

0396

CONFIDENTIAL

ORIGINAL



Fortaleza
Prefeitura de

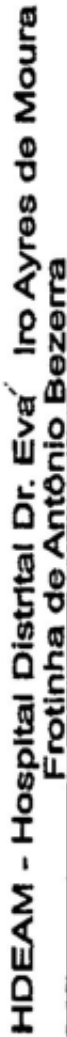
Antonio Quejido do S. ENF: COUTAUMA

DATA: 25 / 15 L: 48

[illegible]

14 15 DEZ 2017
A.S.

HOSPITAL DISTRITAL EVANGELIZADORES DE MOURA
 PORTUGAL - SANTO TOMÉ DE LENÇA
 Mariana Marques Marques Soares
 Coordenadora SANE - HDEAM
 CONTÉM DUA ORIGINAL



847



Fortaleza Prefeitura de

NOME:

Antônio Augusto da S^{EN}TA CURTUMA DATA: 25/11/15L: 48

[illegible]

LIBRACCIONATE SEGLITA
15 05 DEZ 2017
A.S.

Professora de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANGRO AYRES DE MOURÃO

FRUITIERIA ANTONIO BEZERRA

Virginia Menezes Soares

1955-56

CONDONADO SALE - HOEAM

TURNING WOOD INTO FURNITURE



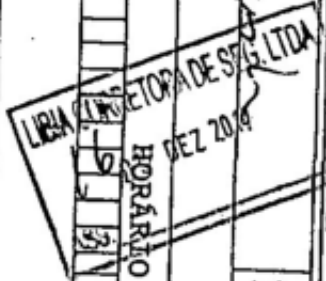
HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frocinha de Antônio-Bezerra

NOME:

Victorino Augusto
26/11

ENF:

TRAUMA DATA: 26/11/11 15 L: 148



PLANO DE TRATAMENTO	EVOLUÇÃO
1 DIETA GERAL () HAS () DM () ZERO ()	
2 SCALP	
3 SINAIS VITAIS	
4 DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	
5 PLAMET 2:18AD EV 8/8HS SN	
6 TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	
7 CURATIVO	
8 ROTINA	
9	
10	
11	
12	
13	

Prefeitura de Fortaleza
HOSPITAL DISTITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROCI NHA ANTONIO BEZERRA
Márcia Meneses Marques Soares
Márcia Soares de
Coordenadora Saúde - HDEAM
COM FOLHA ORIGINAL

Handwritten notes in Evolution column:
SD. Pt 120/120
Paciente agitada, quitação
na balança, referido dor. Permeio
segua em obs!
Obs: Pac. cons. SD,
ad. AD su a
Obs: Su a
11/11/11
1-3+e

图 15:

ΕΛΛΗΝΙΣΜΟΣ

Pharmacia

15. 2. 20

ОТКЛЮЧЕНИЕ

ОТНЕМАТ СЯТ

30

OMIA. 7

250

() 2A11 () 1B330 A1E1D

JOHNS ()

71

2016

501

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

M7

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF

519

MC CARD NO. 442 OCT 20 1964

22

08976

21/11/2024

AM 1:24:54

OVITPASU.

[illegible]

22

— 27 —

5/5

Page 2

✓	500
---	-----

CONFIDENTIAL

20880 - May

LEGISLATIVE

[illegible]

DATE

How many



HIDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio-Bezerra



Fortaleza

NOME:

Victor Hugo Albuquerque
26/11

ENF:

TRAUMA DATA: 26/11/11 15 L: 148

SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FOLHA Nº 1
11/11/11

PLANO	DE	TRATAMENTO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL () HAS () DM () ZERO ()	SND	
2	SCALP	OK	
3	SINAIS VITAIS	Rotina	
4	DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	SN	
5	PIAMET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN	
6	TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN	
7	CURATIVO	ROTINA	
8			
9			
10			
11			
12			
13			

Handwritten notes in the form:

- Under row 4: *401000*
- Under row 6: *SD. Pt 120/180*
- Under row 6: *Arterial e gaseométrica quida*
- Under row 6: *Na Balança, obtido do 1º parcer*
- Under row 6: *sigua em obs: 1*
- Under row 7: *Obs: Tbc. consud. SD,*
- Under row 7: *ad. AD Sum a*
- Under row 7: *Obs Sum Glomer*
- Under row 7: *116/174*
- Under row 7: *1-3+u*

Stamps and signatures:

- Stamp: **Prefeitura de Fortaleza**
- Stamp: **HOSPITAL DISTITAL EVANDRO AYRES DE MOURA**
- Stamp: **FROTINHA ANTONIO BEZERRA**
- Stamp: **Enfermeiro** (with signature)
- Stamp: **Coordenadora Saúde - HIDEAM** (with signature)
- Stamp: **COORDENADOR ORIGINAL**



Fortaleza Prefeitura de

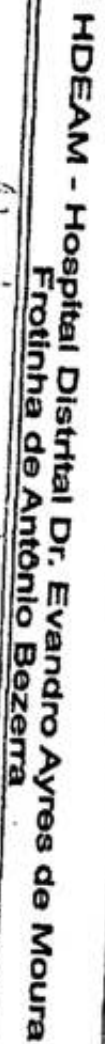
Librairie Auguste
27/11

ENF:

TRAUMA

DATA: 24 / 11 / 15 L: 48

[illegible]



ENF:

TRAUMA DATA: 28 / 11 / 1 T: 44

Fortaleza Prefeitura da

	PLANO DE TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL() HAS() DM() ZERO()	SND	Paciente em jejum, ingere com língua rígida, sem movimento, avista língua e não consegue engolir saliva. Apresenta cãibras musculares difusas nos membros inferiores. $PA = 170 \times 80$ mmHg $T = 36.5^\circ C$
2	SCALP	OK	
3	SINAIS VITAIS	Rotina	
4	DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	SN	
5	PLANET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN	
6	TRAMMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN	
7	CURATIVO	ROTINA	
8			
9			
10			
11			
12			
13			



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

NOME:

Antônio Augusto
28/11

ENF:

TRAUMA

DATA: 28/11/11 L: 48

PLANO	DE	TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL() HAS() DM() ZERO()		SND	De apêndix, apêndico
2	SCALP		OK	Verbaliza consciente, acerta ditado, sibilantes, no império, difusão, cos fisiológicas, presen- tes e linguagens, etc.
3	SINAIS VITAIS		Rotina	PA = 120 x 80 mmHg, T = 36.5°C
4	DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN		SN 09:40 20	As 09:40h ste. notando
5	PLAMET 2:18AD EV 8/8HS SN		SN	do 17, med. CPs e notando
6	TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN		SN 16:30	20:45 PA = 140/180 mmHg T = 38.8°C
7	CURATIVO		ROTINA	Paciente consciente, orientado, tudo, após, hipertensão, re- leva dor intensa, e descer porto respiratório, respirar.
8				Realizado pelo clínico do plantão. Tão. Diurese presente. Presença de SNG
9				Presença de SNG
10				Presença de SNG
11				Presença de SNG
12				Presença de SNG
13				Presença de SNG

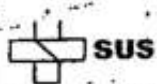
19 DEZ 2017
CORRETORA DE SEG. LTDA

Prefeitura de
Fortaleza
HOSPITAL DISTRICTAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA ANTONIO BEZERRA
Márcia Marques Marques 598/05
Mat. 45395-21
Coordenadora - SANE - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Gabriel Franco
Tratamento
CRM 9896

Rg. 94002013680

Cpf. 6142288638



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

L-48.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Com e sem e depois de da
no hemiparesia do lado
da direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame radiológico
fratura de fêmur

20 - CID 10 INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

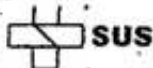
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

126700007877

Rq 94002013680

Cpf 6142288638



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NÚMERO DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE CONTATO

12 - TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N.º, QUARTO)

14 - CID. IBOE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBOE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Com e sem e defor de de
no tempo do qso qnd
de novo

LIBA CORRETORA DE SEG. LTDA
21 DEZ 2017

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento em casa

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame de urina
tratamento em casa

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - NOME DA EMPRESA DE HORA-BOM

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Coordenador de Saúde - HDE-111
CONFIRMAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Alto Rose 03/12/15

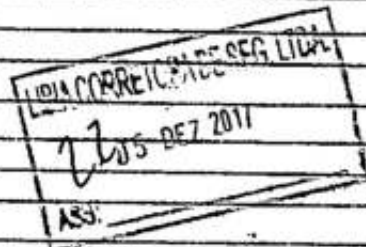
DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: *Adriano Augusto do Silva*
DATA DA CIRURGIA: *30 / 11 / 15* UNIDADE: LEITO:
CIRURGIÃO: *Dr. Roberto* 1º AUX.: *Dr. 5688: ANO 12* 2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE: AUX. INSTRUMENTAL DORA:
ANESTESISTA: *Dr. Jackson* TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fa - do tornozelo*

TIPO DE CIRURGIA: *Ortopédica*
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *O mesmo*

EXAMES DURANTE ATO CIRURGICO: *NA*

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA: *N*



Ortop
propr. (ortoped)
Ampl
Artroscopia
Reparo do ligamento cruzado anterior
placa + parafusos na fíbula
Artroscopia
Reparo do ligamento cruzado posterior
placa + parafusos
na tibia
na tibia
na tibia
na tibia
na tibia

CRM: 9895
Ortopedia
Dr. Gabriel Franco

Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVADRO AYRES DE MOURA
PROF. DR. ANTONIO DEZERRA
Médico Responsável: *Milamir*
Méd. 4510/15
CONFERE COM ORIGINAL

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
HEMOGLOBINA			PLAQUETAS	GLICEMIA	OUTROS:
URINA			UREIA	CREATININA	
RESPIRATÓRIO					
CIRCULATÓRIO					
DIGESTIVO					
DENTES		PESCOÇO	AP. URINÁRIO	ALERGIA	HIPOTENSORES
ANSIOLÍTICOS		CORTICÓIDES	ESTADO FÍSICO	RISCO	
S ANTERIORES					
J PRE ANESTÉSICA					
APLICADA AS			EFETO		
EMERGÊNCIA () ELETIVA ()					

HORA	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
X - Anestesia O - Operação													
	RA FURTIVA												
MANUTENÇÃO	1) 10/5 juv 2) 10/5 juv 3) 10/5 juv 4) 10/5 juv 5) 10/5 juv 6) 10/5 juv												
INDUÇÃO	Satisf. _____ Excit. _____ Laríngeo espasmo _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____												

POSICÃO	ES ANESTÉSICAS	IA 47	GIOS	ESISTAS	VAÇÕES
PERDA SANGÜÍNEA	TEMPO GARGOTE	CONFERE COM ORIGINAL	INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO

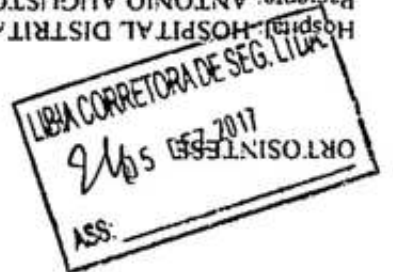
PRE - FATURAMENTO

Emitente: MARCELO SOUZA DUARTE - EPP
Endereço: R. DOM CARLOTO TAVORA, 570 MONTESE, FORTALEZA-CE 60421-090
Fone: 3292-8627 CNPJ: 04.042.418/0001-12 INS.EST.06.301.953-1

Destinatário: HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES MOURA
Endereço: R. CANDIDO MAIA, 294, ANTONIO BEZERRA, FORTALEZA-CE 60356-830
Fone: 3458-3279 CNPJ: 07.835.044/0003-42 INS.EST.16/12/2015

Faturas: CONTRA - APRESENTAÇÃO / 285,19

Código	Descrição	Und	Qrde	Valor Uni.	Desc.	Valor Total
0702030830 - PLACA 1/3 TUBULAR 3,5		PC	01	146,64		146,64
(INCLUI PARAFUSOS)						
0702030724 - PARAFUSO ESPONJOSO 4,0		PC	02	27,71		138,55



Hospital: HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Paciente: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
Médico: DR. ROBERTO WELTON
Data Cir: 30/11/2015
Procedimento: 0408060590

AIH Conv: SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE
ISENTO DE ICMS CF CONVENIO Nº 01/99 DE 02/03/1999

VENDEDORA: VÂNIA VINHAS

Mat. 45300-01 - HDEAM
Coordenadora SAME
Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTHIMA ANTONIO BEZERRA
Mat. 45300-01
Coordenadora SAME - HDEAM
Fortaleza
CONFERE COM ORIGINAL

Hospital: H. V. E. A. M. PROTINHA ANTÔNIO BEZERRA

Procedimento: LC DE FRAATURA DE TORNOZELO

Paciente: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA

Data da Cirurgia: 30/11/195 No Prontuário:

Código: DR ROBERTO WERTON

() Reposição	() Caixa Pronta
---------------	------------------

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtde.:	Descrição
1	PLACATERÇO DE CAVO & FURROS

~~LBH0508040~~

Dr. Gabriel Franco
Traumatologist
CRM: 9805

25 25 DEC 2017

ESPECIFICAÇÃO DE PARÂMETROS

Parafuso Cortical		() mm		Parafuso Cortical		() mm		Parafuso		Espunfozo 4,0mm		Parafuso		Espunfozo 6,5mm		R/: 16 CURTA		Parafuso		Espunfozo 6,5mm		R/: 32 LONGA		Parafuso		Maleolar 4,5mm	
No.	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	No	Qtde	Cód	
16	1		2			18	2																				
Dr. Gabriel Franco Traumatologia CRM-9895																											
Valor Unit.		Valor Total																									

Obs: O Preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Fatura NF para:

Cód. do Consultor:

•Total:

Cód. do Instrumentador:

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Fortaleza

HOSPITAL DISTRICTAL EVANGELISTA AYRES DE NOBUA

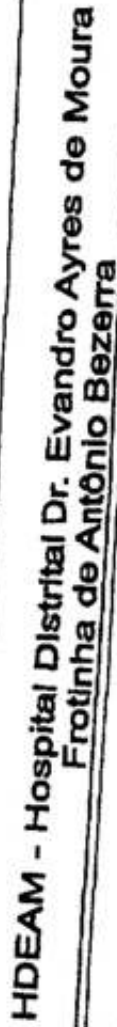
~~SECRET~~

1975-1976

Nº do Pedido:

TRAUMABONE COMÉRCIO LTDA

Rua Dom Carlos Távora, 570 Sala 06 • Montese • CEP 60421-090 • Fortaleza • CE
 CNPJ 04.042.418/0001-12 • Fone: (85) 3225.9520 • Fax: (85) 3292.8627



NOME :

Autoren August

ENF:

TRAUMA

DATA: 01/12/15 L: 48



Fortaleza

PLANO	DE	TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	01/12/15	DIETA GERAL(X) HAS+DM() ZERO(,)	SND	SD- 01/12/15
2		SCALP		Pt. 120/70 mmHg T= 36.5°C
3		SINAIS VITAIS		Paciente engorçada de alta hospitalar, permanece no leito.
4		DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN		Refer dor, nega febre
5		PLAMET 2:18AD EV 8/8HS SN	15:30	02/12/15
6		TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	09:00	04:00 - Paciente sonolento de alta hospitalar, permanece
7		ANTAK 150mg VO 12/12HS	17:00	
8		CURATIVO		
9		CSFAROMAS 1g IV 8/8hs		
10		RIOFENID 100 + 100mg		
11				
12				
13				
		Dr. Roberto Welton T. da Costa Traumatologia Ortopedia CRENEG-SMT		
		Aus		
		120.18 x 70		
		Dr. Roberto Welton T. da Costa Traumatologia Ortopedia CRENEG-SMT		



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Fortaleza

NOME:

Milene Alves L

30/11

ENF:

TRAUMA DATA: 30/11/15 L: 118

PLANO	DE	TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL () HAS () DM () ZERO ()	SND	5 D. 30/11/2015	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
2	SCALP	OK	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
3	SINAIS VITAIS	Rotina	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
4	DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	SN	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
5	PLAQUET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
6	TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
7	CURATIVO	ROTINA	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
8	Algodão 4x8/8H	OK	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
9	Algodão 4x8/8H	OK	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
10	Algodão 4x8/8H	OK	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
11	Algodão 4x8/8H	OK	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
12	Algodão 4x8/8H	OK	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.
13	Algodão 4x8/8H	OK	08/30	PA. 130/80mm Hg. T. 36.6°C. Glicemia 120mg/dL. R. 86 S.O. 97. 18.12.2015 PA. retornou da R. cirurgia de frot do Tamo 500.

Dr. Gabriel Franco
Traumatologia
CRM 9895

HOSPITAL DISTRICTAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA
MILANE ALVES L
30/11/2015



NOME:

Whitmore, August 11

29/11

ENF:

TRAUMA

DATA: 29 W 15 L: 48



Prefeitura de
Fortaleza

	PLANO DE TRATAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
1	DIETA GERAL() HAS() DM() ZERO()	SND <i>Mãe paciente em dieta zero por 23 horas</i>	<i>29/11/15</i> <i>08:50</i>
2	SCALP	OK	
3	SINAIS VITAIS	Rotina	
4	DIPIRONA 2:18AD EV 6/6HS SN	SN	
5	FLANET 2:18AD EV 8/8HS SN	SN	
6	TRAMAL 50MG+100ML SF EV 8/8HS SN	SN	
7	CURATIVO	<i>17:30 de 24:40</i> ROTINA 30/11/15 às 09:00h	<i>29/11/15</i> <i>20:00h</i>
8	<i>Dr Gabriel Franco</i> <i>Traumatologia</i> <i>CRM-9999</i>		Paciente bastante bom proferir com dilação zero por 23 horas - O perito do
9			paciente recentemente prontinho - cardializando devido de dor intensa na região lombosacral que se localiza dor da enfermagem
10			<i>SD 30/11/2015</i> <i>09:00h Pac refreia dor mda.</i> <i>TRAUMATOLOGIA</i>

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

TIPO

NOME

DATA INIC. TRAT.

DATA INTERNAÇÃO

LEITO

ENFER.

PAVILH.

PRONTUÁRIO

OBSERVAÇÃO

DIAGNÓSTICO

EVOLUÇÃO

DATA

REC. G. LTDA
107 230 500
05 DEZ 2011

Dr. Manoel Jorge Gomes da Silva
CRM 2815

Dr. Manoel Jorge Gomes da Silva
CRM 2815

26/11 - Rta. 18 anos
ag. 18 anos

27/11 - Rta. 18 anos
ag. 18 anos

Dr. Gabriel Franco
CRM 9895

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA, HDEAM-AB
Rua Cândido Maia, 294 - Antônio Bezerra - Fortaleza - CE - CEP 60.358-830 - FONE (85) 3210-6000 FAX (85) 3210-6001

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
FROTHA ANTONIO BEZERRA

Myriam Mendes Marques Soares



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12670007877

NÚMERO DA AIH: 2315102076672

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2516683 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AVRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2516683 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AVRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 24/08/1980 - 35 anos

NOME DA MÃE: MARIA DE FÁTIMA DA SILVA OLIVEIRA

CME DO RESPONSÁVEL: MARIA DE FÁTIMA DA SILVA OLIVEIRA

ENDEREÇO: RUA ESMAEL POR DEUS, Nº 419

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S825 - Fratura do metacarpo medial

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050578- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNILATERAL

CARACTER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 03052117300 - MARIO JORGE GOMES DA FROTA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 23/11/2015 - 15:46 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 23/11/2015 - 15:46

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

NPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER



DATA AUTORIZAÇÃO:

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AVRES DE MOURA
FROTA ANTONIO BEZERRA
MIRIAMIA MENEZES MARQUES SOARES
MIL 45309-01
Coordenadora SAME - HCEAM
CONFERE COM ORIGINAL
unissusweb.com.br

Alta liberada
04/12/15

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO FUNDAÇÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO		1289438729 1289438729 1289438729	
ARTURIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA SOCIEDADE / ENDEREÇO EM 84002013580 CEP 01/07/2016 DATA EMISSÃO		05417626085 Nº INSCRIÇÃO 09/06/2021 DATA 06/02/2012 DATA	
RICHARDO SALVADOR DE OLIVEIRA MARIA DE FÁTIMA DA SILVA OLIVEIRA		09/06/2021 DATA 06/02/2012 DATA	
RICHARDO SALVADOR DE OLIVEIRA MARIA DE FÁTIMA DA SILVA OLIVEIRA		09/06/2021 DATA 06/02/2012 DATA	

LIBA CORRETORA DE SEG. LTDA.
32 05 DEZ 2017
ASS: _____

Documentos de identificação



	
Ministério da Fazenda	
Receita Federal	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF	
Número	037.688.781-80
Nome	DANIEL BRITO PEREIRA
Nascimento	11/04/1988

LEIA CORRETORA DE SEG. LTDA
39 05 DEZ 2017
ASS: _____

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO, MARCAJE E PERÍCIAS DE MEIO FÍSICO



Polegar Direito



Daniel Brito Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 2017070299 0

DATA DE EMISSÃO 12/04/2017

PAÍS BRASIL

UF MA

CIDADE ARAIOSES

NOME DANIEL BRITO PEREIRA

FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA

MARIA CELESTE BRITO PEREIRA

ARATÓSES MA

DATA DE NASCIMENTO 11/04/1988

CERT. NASCIMENTO 28492 FOLHA: 027 LIVRO: A

199 ARATÓSES MA

CPF

DOC. CHARGES

Assinado Digitalmente

LEI Nº 7.110 DE 2006

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

05 DEZ 2017

ASS: _____

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 013194012249
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 PPT 01 01048248298 0000000000 2016

ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
 FORTALEZA/CE

61422886387 PMF 1646/CE

PLACA ANT/UF 9C1CE197000048698

PAS/MOTOCICLO 027M00 K1-16 GASOLINA

YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 2015 2016

2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC BRANCA

1 COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º ANO COTAS
 2º ANO COTAS
 3º ANO COTAS
 4º ANO COTAS
 5º ANO COTAS
 6º ANO COTAS
 7º ANO COTAS
 8º ANO COTAS
 9º ANO COTAS
 10º ANO COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

DATA DE PAGAMENTO 12/01/2017

FORTALEZA/CE 12/01/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PRÓPRIOS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013194012249 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO

www.seguradoralider.com.br
 SAO DPVAT 0800 022 1204

61422886387 2016 12/01/2017

01048248298 YAMAHA/YBR125 FACTOR 2015 2016

2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC BRANCA

1 COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º ANO COTAS
 2º ANO COTAS
 3º ANO COTAS
 4º ANO COTAS
 5º ANO COTAS
 6º ANO COTAS
 7º ANO COTAS
 8º ANO COTAS
 9º ANO COTAS
 10º ANO COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

DATA DE PAGAMENTO 12/01/2017

FORTALEZA/CE 12/01/2017

LIBERAÇÃO CORREÇÃO DE VALORES
 33 05 DEZ 2017



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA, Brasileiro (a)
 Estado Civil SOLTEIRO Profissão Polidon Inscrito com o Nº de RG:
94007013680 e CPF: 61422886387 Residente e
 domiciliado(a) à rua 7E7E DIAGO
 Nº: 1355 Bairro: CAIS DO PORTO Cidade: FORTALEZA
 Estado: CEARA CEP: 60180000 Fone: 98563 12 85

OUTORGADO: Daniel Brito Pereira
 Inscrito com o Nº de RG: 207076299-0
 e CPF: 037.688 781 80 Residente e domiciliado na: R. Candido
Nova Nº: 214 Bairro: Antonio Bezerra
 Cidade: Fortaleza; Estado: ceara

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Antonio Augusto da Silva Oliveira ocorrido em 23/11/15

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Fort. ce (), 23 de 11



*ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
 OUTORGANTE



ESTADO DO CEARÁ - REGISTRO CÍVEL DISTRITO DO MUCURIPE
OFICIALA: BELª Maria Elenir Lima Sales Liberato - CNPJ: 06.573.471/0001-75
Av. Sen. Virgílio Távora, Nº 318 - Lj 01 - Meireles - CEP: 60170-250 - Fortaleza - CE
Fone: (85) 3242.2232 / Fax: (85) 3242.2225 - E-mail: atendimento@cartoriomucuripe.com.br

Cód.: 184102. Reconheço a(s) assinatura(s) por AUTÊNTICA de:
(1) ANTONIO AUGUSTO DA SILVA OLIVEIRA
Do que dou fé. Fortaleza, 14 de novembro de 2017. Total: R\$ 4,16

() - Leércio Pereira de Moura () - Claudemir de Sousa Santos
() - Lucas Souza Santos de Freitas () - Maria Elenir Lima Sales Liberato
() - Fabricio Roney da Silva Paizoto

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.

Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal