

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: RELLYSON PAULO DE SOUSA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: PROFESSOR	Carteira de Identidade: 98002353/05	
CPF n°: 963.494.093-53	Residência: RUA 118 N: 620		
Bairro: TIMBO	Cidade: MARACANAÚ	Estado: CE	CEP: 61.936-180

OUTORGADO:

Dr. Charles William de Sousa Mota, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE n°. 38.594 e **Dra. Adriana Fernandes Vieira**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE n°. 26.744, ambos com escritório na Rua João Henrique da Silva n°3000, Pajuçara, Maracanaú, CEP 61931-270.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular, nomeia e constitui os outorgados, bastante procuradores do outorgante, a quem concede os poderes da cláusula *ad juditia et extra*, para representá-lo perante qualquer juízo, em qualquer grau de jurisdição, junto a qualquer órgão da Administração Pública, Estadual, Federal ou Municipal, direta ou indireta, autarquias, fundações, empresas públicas ou privadas, sociedades de economia mista, ou onde quer que com esta se apresente, podendo os outorgados propor ou contestar ações, interpor os recursos legais e requerer tudo o que necessário for, para o que concede aos outorgados todos os poderes para transigir, desistir, receber e dar quitação, substabelecer com ou sem reservas e renunciar aos poderes recebidos.

FORTALEZA - CE, 30 de MARÇO de 20 18.

* Rellyson Paulo de Sousa

Outorgante

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		 CE
NOME RELLYSON PAULO DE SOUSA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 98002353505 SSP/CE	
	CPF DATA NASCIMENTO 963.494.093-53 02/05/1984	
	FILIAÇÃO JOSE ROGERIO DE SOUSA MARIA SOLANGE DE SOUSA	
	PERMISSÃO ACC CAT/HAB AB	
Nº REGISTRO 03773365163		VALIDADE 24/05/2022
		1ª HABILITAÇÃO 26/01/2006
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
ASSINATURA DO PORTADOR 		
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 29/05/2017
ASSINATURA DO EMISSOR 		14891186581 CE159610087
CEARÁ		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1488721796

PROIBIDO PLASTIFICAR
1488721796

PARA USO DOS CORREIOS

- | | |
|---|---|
| ☐ Mudou-se | ☐ Não procurado |
| ☐ Endereço Insuficiente | ☐ Ausente |
| ☐ Não Exites Numero Indicado | ☐ Falecido |
| ☐ Desconhecido | ☐ Informação escrita por terceiros |
| ☐ Recusado | ☐ |

Reintegrado ao serviço postal em: _____

Responsável Visto _____

REMETENTE

SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA - SESI
 AVENIDA JOAO PESSOA, 6574
 PARANGABA
 60721-340 FORTALEZA - CE



(85) 986842368
 (85) 986906765
 CHARLETT MOTA

[Handwritten signature]

DESTINATÁRIO

RELLYSON PAULO DE SOUSA
 RUA 118,620
 TIMBO
 61936-180 MARACANAU - CE

Data do Vencimento: 15/11/2017

Nº Documento: 000034369

MUSCULAÇÃO, GINÁSTICA, NATAÇÃO OU HIDROGINÁSTICA?

CHEGARAM OS COMBOS DE VIDA SAUDÁVEL DO SESI.
 COMBINE DUAS ATIVIDADES E GANHE UM DESCONTO ESPECIAL.*



(85) 4009.6300

*Consulte disponibilidade das atividades na unidade SESI da sua região.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

RELLYSON PAULO DE SOUSA, brasileiro, solteiro, professor, portador do RG: 98002353505 - SSP/CE, inscrito no CPF: 963.494.093-53, residente e domiciliado a Rua 118, Nº 620, Bairro Timbó, Maracanaú/CE, CEP: 61.936-180, não possui endereço eletrônico, DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Maracanaú/CE, 14 de janeiro de 2019.

P/P Dr. Charles William de Sousa Mota
OAB/Ce nº. 38.594



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

963.494.093-53

Nome completo da vítima

RELLY SON PAULO DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RELLY SON PAULO DE SOUSA		CPF titular da conta 963.494.093-53	Profissão PROFESSOR
Endereço RUA 118		Número 620	Complemento
Bairro TIMBÓ	Cidade MARACANAÚ	Estado CE	CEP 61.936-180
Email CHARLESSWILLIAM@YAHOO.COM.BR			Telefone (DDD) (85) 986842368

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.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ 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)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO. **1047**

D/V

CONTA

NRO. **35566**

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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.

MARACANAÚ, 12 de **FEVEREIRO** de **2018**

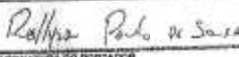
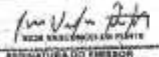
Local e Data

Relly Son Paulo de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		 CE
NOME RELLYSON PAULO DE SOUSA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 980003300000 SSP/CE	
	CPF DATA NASCIMENTO 963.494.093-53 02/05/1984	
	FUNÇÃO JOSE ROGERIO DE SOUSA MARIA SOLANGE DE SOUSA	
	PERMISSÃO 03773365163	
Nº REGISTRO 03773365163		VIGÊNCIA 24/03/2022
		1ª ATRIBUIÇÃO 26/01/2006
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO:		
ASSINATURA DO PORTADOR 		
LOCAL PORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 29/05/2017
ASSINATURA DO EMISSOR 		14891186591 CE159610087
CEARÁ		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1488721796



PROIBIDO PLASTIFICAR
1488721796

PARA USO DOS CORREIOS

- | | |
|---|---|
| ☐ Mudou-se | ☐ Não procurado |
| ☐ Endereço Insuficiente | ☐ Ausente |
| ☐ Não Exites Numero Indicado | ☐ Falecido |
| ☐ Desconhecido | ☐ Informação escrita por terceiros |
| ☐ Recusado | ☐ |

Reintegrado ao serviço postal em: _____

Responsável Visto _____

REMETENTE

SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA - SESI
AVENIDA JOAO PESSOA, 6574
PARANGABA
60721-340 FORTALEZA - CE



(85) 986842368
(85) 986906765
CHARLETT MOTA

[Handwritten signature]



DESTINATÁRIO

RELLYSON PAULO DE SOUSA
RUA 118,620
TIMBO
61936-180 MARACANAÚ - CE

Data do Vencimento: 15/11/2017

Nº Documento: 000034369

MUSCULAÇÃO, GINÁSTICA, NATAÇÃO OU HIDROGINÁSTICA?

CHEGARAM OS COMBOS DE VIDA SAUDÁVEL DO SESI.
COMBINE DUAS ATIVIDADES E GANHE UM DESCONTO ESPECIAL.*



(85) 4009.6300

*Consulte disponibilidade das atividades na unidade Sesi da sua região.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: RELLYSON PAULO DE SOUSA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: PROFESSOR	Carteira de Identidade: 98002353505	
CPF nº: 963.494.093-53	Residência: RUA 118 N: 620		
Bairro: TIMBÓ	Cidade: MARACANAÚ	Estado: CE	CEP: 61.936-180

OUTORGADO:

Sr. Charles William de Sousa Mota, brasileiro, casado, estudante, portado do RG 2003010305667, inscrito no CPF 021.513.723-08, com domicílio profissional a Rua Estêvão Alves, Nº 40, SL- 04, Pajuçara, Maracanaú - CE

PODERES:

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima **RELLYSON PAULO DE SOUSA**

Local e Data: **MARACANAÚ - CE 27/02/2018**



x Rellyson Paulo de Sousa

 Outorgante

(Reconhecer firma por AUTENTICIDADE)



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/BIBLIOTECASWEB/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 CHARLES WILLIAM DE S. MOTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 021.513.723 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RELLYSON PAULO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 963.494.093 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RELLYSON PAULO DE SOUSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 963.494.093 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>RUA ESTEVÃO ALVES</u>		Número <u>40</u>	Complemento <u>5604</u>
Bairro <u>PAJUCARA</u>	Cidade <u>CEARA</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>61.900-000</u>
Email <u>CHARLESWILLIAM@YA.HOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(85) 986906765</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 986842368</u>

MARACANAÍ 13 de MARÇO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 16 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/01/2018 08:53:26**
Data / Hora da Ocorrência: **28/12/2017 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONTORNO NORTE**
Complemento:
Bairro: **JEREISSATI - I** Município: **MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **RELLYSON PAULO DE SOUSA**
Nascimento: **02/05/1984** CPF:
RG: **98002353505** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA SOLANGE DE SOUSA**
JOSE ROGERIO DE SOUSA
Endereço: **RUA CENTO E DEZOITO, 620**
Bairro: **CONJ. TIMBÓ** CEP:
Município: **MARACANAÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98508-1274**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMQ3110** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi:
9C2KD0550ER205897 Renavam: **1265132280** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **RELLYSON PAULO DE SOUSA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Que seguia pilotando sua moto de placa PMQ-3110 pelo local supra quando o veículo que seguia a frente freou bruscamente; QUE o noticiante não conseguiu parar e bateu na traseira do veículo; QUE quebrou o braço esquerdo; QUE não identificou a placa do outro veículo; QUE nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO ALAILTON ARRUDA DE ANDRADE - MAT.: 133168-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Rellyson Paulo de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANDRE FRANCO DE FREITAS - MAT.: 300571-1-2

STRENGTHENING
The Department of Health and Human Services is working to strengthen the health care system by improving the quality of care, reducing costs, and increasing access to care. The department is also working to improve the health of the nation by promoting healthy living and preventing disease.

IMPROVING ACCESS
The department is working to improve access to health care services for all Americans, including those who are underserved and underserved populations. The department is also working to improve the health of the nation by promoting healthy living and preventing disease.

REDUCING COSTS
The department is working to reduce the costs of health care services for all Americans, including those who are underserved and underserved populations. The department is also working to improve the health of the nation by promoting healthy living and preventing disease.

PROMOTING HEALTHY LIVING
The department is working to promote healthy living and prevent disease. The department is also working to improve the health of the nation by promoting healthy living and preventing disease.

PREVENTING DISEASE
The department is working to prevent disease and improve the health of the nation. The department is also working to improve the health of the nation by promoting healthy living and preventing disease.

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

RELLYSON PAULO DE SOUSA

CPF da Vítima

963.494.093-53

Data do Acidente

28/12/2017

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.

MARACANAÍ, 13 de MARÇO de 2018

Local e Data

x Rellyson Paulo de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Hapvida Traz bem pra você	Ficha de Transferência		
	Código: ANEXO.046.002-00	Sector: ENFERMAGEM EMERGÊNCIA	Página: 1 de 1
			Data da Elaboração: 31/03/2015

Unidade solicitante: HAL Médico responsável: D. Myre
 Unidade receptora: HAP-FOR Médico responsável:
 Data da solicitação: 20/12/2017 Hora da solicitação: 22:40
 Hora da saída do paciente:

NOTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Rafaellyson Paulo de Sousa
 Data de Nascimento: 02/05/1984 RG:

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DO PACIENTE DE ENTRADA NA UNIDADE

Histórico de entrada: Paciente, 33a, com quadro de
paciente de trauma resultando em fratura de
punho E (mão)
 Lesão inicial: (1) Propriedade da mão
(2) Radiografia de punho E

Exames realizados na unidade: Radiografia de punho E: fratura
em terço distal de punho E

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Ações verificadas após a conduta inicial: Fratura de punho E

Exame solicitado para o caso: Exames de Traumatologia

Conduta para a solicitação: Risco de Complicações

Hora da chegada do paciente:
 Responsável pela admissão do paciente:

Autor: Nogueira Lopes - Diretora Médica HapFor
 Aprovador: Carlos Augusto - Diretor Médico Corporativo
Milaine - Sup. Adj. Da Área Médica

FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa.: 19151 VIDA IMAGEM FORTAL
 Setor.....: 162000 RAIIX - HAP FORTALEZA
 Endereço : AV AGUANAMBI, 1827 FATIMA 60.055-401

RELLYSON PAULO DE SOUSA

Pedido: 23104689
 Data do Pedido: 28/12/17
 Data / Hora: 28/12/17 23:45:34

Atendimento: 47696637 Data: 28/12/2017
 Paciente..... 8324012 RELLYSON PAULO DE SOUSA
 Nascimento.... 02/05/1984 Telefone:
 Endereço..... R. 118, 620 TIMBOP CEP : 61.936-618
 Queixa Principal:

Operador: THAYNARA
 Idade: 33 ano(s) Sexo: M

Convenio.....: HAPVIDA MATRIZ
 No. Carteira.....: 19182000388004026

Paciente: EXTERNO
 Motivo: EMERGENCIA

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	Qt	VI Unit	VI Total
--------------------	------	--------------------	-------	----	---------	----------

32030118 RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO

54564564 MYKE HERBERT FONTC C57200949 1

0.00 0.00

DOR

4769663721

Quantidade Total de Exames Solicita 1 Valor TI de Exames Solicitados: 0.00

Telefone 3277-4129 /

Observacoes:

OS LAUDOS DE EXAMES SERAO ENTREGUES NA CENTRAL DE LAUDOS, APÓS UM DIA UTIL DE 2º A 6º DE : 07:30 AS 18 HS. NA RUA JOÃO LOBO FILHO S/N TELEFONE : 32774129, SOMENTE CCM A FICHA OU DOCUMENTO DO PACIENTE.

!RheH8



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Walter Cândido de Oliveira
MÉDICO - CRM 7841
Ortopedia/Traumatologia

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **RELLYSON PAULO DE SOUSA**, PORTADOR DO RG Nº 98002353505 - SSPDS/CE, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 28/12/2017, ONDE SOFREU FRATURA DO PUNHO ESQUERDO CID S62.8. REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR POR IMOBILIZAÇÃO GESSADA DURANTE 30 (TRINTA) DIAS, POSTERIORMENTE REALIZOU FISIOTERAPIA PRESCRITA E AGORA SE ENCONTRA DE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO. AO EXAME, APRESENTA DÉFICIT MOTOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

MARACANAÚ/CE, 27 DE FEVEREIRO DE 2018.

Walter Cândido de Oliveira
MÉDICO - CRM 7841
Ortopedia/Traumatologia

DR. WALTER CÂNDIDO DE OLIVEIRA
TRAUMATOLOGISTA
CRM: 7841



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM,
RAIOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZA
Nº Pedido: 23638914

Data 05/02/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 8324012 RELLYSON PAULO DE SOUSA
Nascimento: 02/05/1984 Sexo: M RG: 98002363505 SSP CE CPF: 96349409353
Endereço: R 118 620 TIMBOP MARACANAÚ CE 61936180 Tel.:
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Matricula: 19182000388004026
Solicitante: Dr(a) JOAO MAMEDE SOARES

Queixa Principal:

Exame:

RX PUNHO: A.P. - LAT. - OBLIQUAS - ESQUERDO



4347097921

RELATÓRIO

Presença de fratura em rádio distal com envolvimento de superfície articular radiocárpica.

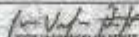
Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

Cosmo

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1468028330		NOME CHARLES WILLIAM DE SOUSA MOTA			
		DOC. CONTRA T. DO. IMPRESSO Nº 2003018305657 25P CB			
		CF 021.513.723-06 18/07/1988			
		NÚCLO JOAO MOTA NETO			
		FRANCISCA DE SOUSA MOTA			
		NÚMERO 		ASS 	
		DATA 24/02/2022		DATA DE EMISSÃO 24/04/2007	
1468028330		ASSINATURA DO TITULAR 			
1468028330		LOCAL FORTALEZA, CE		DATA DE EMISSÃO 02/03/2017	
1468028330		ASSINATURA DO TITULAR 		56416185600 CE158342054	
PROIBIDO PLASIFICAR 1468028330		CEARÁ		1468028330	

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13088291

A/C: RELLYSON PAULO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180034563
Vítima: RELLYSON PAULO DE SOUSA
Data do Acidente: 28/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: RELLYSON PAULO DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000035566-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

