

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341318

Data do acidente: 31/12/2017

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Crateús

UF: CE

Análise: Reanálise

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data: 08/01/2019 15:49:38

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DO PE NE -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.07.29.15-7	FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	2000,00	0,00
Materiais			4300,00	0,00
Total da Análise Atual			6300,00	0,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** REANÁLISE MANTIDA CONFORME ANÁLISE ANTERIOR. NOTA FISCAL Nº 100188 NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA Relacionamento: Vítima	6300,00	788,64	788,64	6300,00	0,00	0,00
Total da Análise Atual	6300,00	788,64	788,64	6300,00	0,00	0,00

TOTAL PLEITEADO: 12600,00**TOTAL AVALIADO:** 788,64**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 788,64

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271085/18

Número do Sinistro: 3180341318

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF: 082.707.253-82

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 31/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

RAUL SIQUEIRA DE SOUZA : 082.707.253-82

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271085/18

Número do Sinistro: 3180341318

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF: 082.707.253-82

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 31/12/2017

Titular do CPF: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Nº Sinistro: 3180341318
Vitima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 31/12/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341318**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180341318

Vitima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 31/12/2017

Cobertura: DAMS

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341318**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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 13175756



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Nº Sinistro: 3180341318
Vitima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 31/12/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341318**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13310918



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Nº Sinistro: 3180341318
Vitima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 31/12/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341318**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Sinistro: 3180341318
Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 31/12/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

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 3180341318** 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, 23 de Outubro de 2018

Carta nº: 13507893

A/C: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180341318
Vitima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 31/12/2017
Cobertura: DAMS
Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Valor: R\$ 788,64

Banco: 237

Agência: 00000997-0

Conta: 0000030943-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180341318

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 31/12/2017

Cobertura: DAMS

Procurador: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovantes de despesas médicas

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 da 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

Nome completo da vítima

082.707.253-82

Raul Siqueira de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Raul Siqueira de Souza CPF titular da conta: 082.707.253-82 Pró-léção: sem informação
Endereço: Sítio Escuro Número: sem informação
Bairro: Zona Rural Cidade: Cratius Estado: Ceará CEP: 63700-000
E-mail: (88)99459-8121

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

RECURSO 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 POUPEIRA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: Bradesco NRO: 237

AGÊNCIA NRO: 999 DIV: 32943 DIV: 6

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

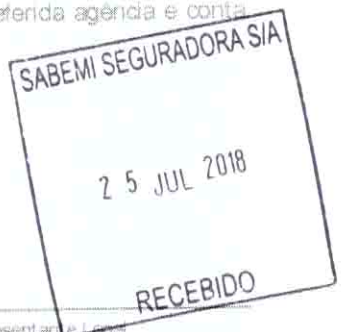
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Cratius, 12 de 07 de 2018
Local e Data

Raul Siqueira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 082.707.253-82	Nome completo da vítima Raul Siqueira de Souza
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL		
Nome completo Raul Siqueira de Souza	CPF titular da conta 082.707.253-82	Profissão recuso informar
Endereço Sítio Escuro	Número	Complemento recuso informar
Bairro Zona Rural	Cidade Oratins	Estado Paraná
Email	CEP 63700-000	Telefone (DDD) (88)99459-8121
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			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Bradesco NRO 237 AGÊNCIA NRO 997 DIV 30943 CONTA NRO 5 (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.

Oratins, 12 de **07** de **2018**
Local e Data

Raul Siqueira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 com 16 ou 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 ASI

CPF da Vítima

082 707.253-82

Nome completo da vítima

Raul Siqueira de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Raul Siqueira de Souza	CPF titular da conta	082 707.253-82	Propriedade	Própria
Endereço	Sítio Escuro	Número	200	Complemento	Rua Rural
Bairro	Cratêis	Cidade	Caro	CEP	63700-000
Email		Telefone (DDD)	62	Telefone (DDD)	99450 5121

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\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.001,00 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) ☐ ITAU (241)
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (informar dígito se existir) _____
CONTA (informar dígito se existir) _____

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

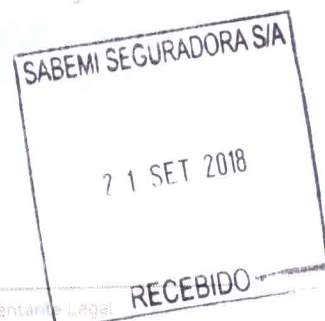
BANCO ☒ Bradesco ☐ Banco do Brasil ☐ Itaú ☐ Caixa
AGÊNCIA (informar dígito se existir) 997 ☐ 30943 ☐ 5

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.

Cratêis 20 de setembro de 2018
Local e Data

Raul Siqueira de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 com 16 ou 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 082.707.253-82	Nome completo da vítima Raul Siqueira de Souza
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Raul Siqueira de Souza	CPF titular da conta 082.707.253-82	Profissão Recurso Informado
Endereço Sítio Brejo	Número	Complemento Zona Rural
Bairro	Cidade Cratéis	Estado Paraíba
Email	CEP 63.700-000	Telefone (DDD) (83) 99459-8121

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00				<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00				<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00				<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00											
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)												<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)											
BANCO Nome Bradesco NRO 237						BANCO Nome Bradesco NRO 237																	
AGÊNCIA NRO. 997 D/V 5 (Informar dígito se existir)				AGÊNCIA NRO. 997 D/V 5 (Informar dígito se existir)				AGÊNCIA NRO. 30943 D/V 5 (Informar dígito se existir)				AGÊNCIA NRO. 30943 D/V 5 (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.

Cratéis, 20 de **setembro** de 2018
Local e Data

Raul Siqueira de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

28 SET 2018

RECEBIDO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 2314 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **27/06/2018 12:31:27**

Data / Hora da Ocorrência: **31/12/2017 14:00:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DO INCHUI**

Complemento:

Bairro:

Município: **CRATEUS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Nascimento: **12/09/1999** CPF: **082.707.253-82**

RG: **20160714340** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA**

NC

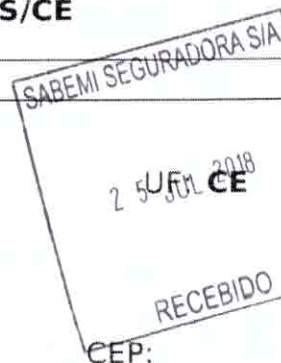
Endereço: **SITIO ESCURO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9930-0172**



Noticiante(s)

Nome: **RAUL SIQUEIRA DE SOUZA**

Nascimento: **12/09/1999** CPF: **082.707.253-82**

RG: **20160714340** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **MARIA NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA**

NC

Endereço: **SITIO ESCURO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9930-0172**

UF: **CE**

CEP:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSU3948** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:

9C2KC1650ER506240 Renavam: **1005300124** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano

Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE VILSON SIQUEIRA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

A vítima informa que na data e horário acima estava conduzindo a motocicleta de placa OSU 3948 na estrada carroçal próximo a localidade de Inchui, município de Crateús, quando estava realizando um conversão para esquerda, o mesmo sobrou na curva e caiu em uma barreira; que com a queda foi socorrido pelo senhor ANTONIO ALGERIR SALES OLIVEIRA, pois o sinistro aconteceu bem próximo a propriedade deste senhor; que vítima foi levada de carro para o Hospital de Novo oriente, porem foi transferido para o Hospital são Lucas de Crateus e chegando neste foi atendido pelo medico Orlindo Barbosa Gomes Junior; que foi

* Raul Siqueira de Souza

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 2314 / 2018**

constatando fratura no calcanhar do pé esquerdo ; que passou quatro a cinco meses em tratamento; que durante esse período de recuperação não conseguia exercer as suas atividade laborais normais; que a vitima informa que a motocicleta que estava conduzindo é de propriedade do senhor JOSE VILSON SIQUEIRA; que a vitima estava usando capacete e que não tinha ingerido bebida alcoólica durante o fato. E nada mais disse/////

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature]
MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 30093917

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature]

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature]
ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

[Signature]
ANTONIO ALGERIN SALAS OLIVEIRA

[Signature]
JOSS VILSON SIQUEIRA



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 788,64

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000030943-5

Nr. Autenticação

BRADESCO191020180500000000002370099700000003094378864 PAGO

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES VEITÃO

N° 3612/11
DATA: 36/12/11

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Henri Biquard de Souza
NOME DO PAI: _____

ENCLOSURE

NOME DA MÃE: Lucia de Fátima Albuquerque da Silva
CNS: _____

CNS:

ESTADO CIVIL:

ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____

05511088

RG: _____
PROFESSOR: _____

ENERGICO: Bello buono

2. SINAIS E SINTOMAS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (STC), apresentando fratura em TD, encontrando-se para avaliação com o trauma de 4º grau.

3 - DIAGNOSTIC:

1-CONTINUED:

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO MÉDICO

SABEMI SEGURODORA S/A
25 JUL 2018
RECEBIDO

Nº DO CLIENTE
2191579-2
 Para aplicar seu entendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Valadinho, 150
 CEP 60120-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 497194222
 Rota 31 38006 03 137000 - 5 Data de Emissão 18/10/2017
 Nome JOSE VILSON NIQUEIRA
 End. Postal ST ESCURO 000000
 DT 510 ANTONIO DOS AZEVEDOS - CRATEUS - 63700000
 Medidor 9164337 Poste 0000 0000
 Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência
 RG/CPF/CNPJ 000844998-99 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Out/2017	17/11/2017	17/11/2017

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,20	10,20	34,00	0,00	0,00	0,00	
FIC	7,59	15,18	30,37	0,00	0,00	0,00	
DMIC	5,29						

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9780.0007.7146.4542.0575.205F 5402.0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
17239	17121	1,00	118	0,00			
18.10.17	16.09.17		32.118		118		52,29

VALOR (R\$)
 VALOR CONSUMO DO MÊS 52,29
 MULTA MORATORIA REF 07/2017 0,95
 JUROS DO MÊS 1,25
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 4,13)

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
24/11/2017	54,49

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Previsão	52,29
180 kWh (5500)	52,29
180 kWh (5500)	52,29
180 kWh (5500)	52,29
180 kWh (5500)	52,29
Tributos (ICMS PIS COFINS)	0,00
TOTAL	52,29

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01	140	14,00
02	140	14,00
03	140	14,00
04	140	14,00
05	140	14,00
06	140	14,00
07	140	14,00
08	140	14,00
09	140	14,00
10	140	14,00
11	140	14,00
12	140	14,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) 59,64 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO
 Autenticar para os devidos efeitos, para a cópia reprográfica do documento, que me apresentado em Cartório para participação de Doufe.
 CRATEUS - CE 27 JUN 2018
 Em Teste de Veracidade

DEBÍTO ANTERIORES
 Silvana Barreto Cavalcante - Oficial
 Silvana Barreto Cavalcante-Substituta
 Silvana Barreto Cavalcante-Substituta

SABEMI SEGURADORA S/A
 25 JUN 2018
 RECEBIDO



2º Via

Nº de inscrição:
0027575748

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE WENDERSON P DA SILVA

End. Leitura: RU DOR MOURA FE, 937, SAO VICENTE

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 011

Quadra: 0048

Lote: 0260

Comp: 0000

Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço:

Medidor:

Leitura Anterior:

Leitura Atual:

Volumen (m³):

Média Semestral (m³):

AGUA

A07F336850

165

184

19

18

DATAS

Leitura Atual: 14/02/2018

Emissão: 09/03/2018

Lacre Água:

Leitura Anterior: 13/01/2018

Próxima Leitura: 15/03/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2018

Nº de Amostras:

Cloro:

Turbidez:

COT:

Coliformes Totais:

Escherichia Coli:

Exigidos:

051

051

010

051

051

Analisadas:

051

051

011

051

051

Em conformidade:

051

050

011

050

051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA		76,04	FEV/2017	14	11
ESGOTO		62,48	MAR/2017	10	8
MULTA DE 2%	1/1	2,48	ABR/2017	0	0
JUROS DE 0.033% AO DIA	1/1	0,73	MAI/2017	14	11
			JUN/2017	16	12
			JUL/2017	21	16
			AGO/2017	17	13
			SET/2017	16	12
			OUT/2017	17	13
			NOV/2017	18	14
			DEZ/2017	18	14
			JAN/2018	24	19

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		Valor (R\$)	SUBSÍDIO		Valor (R\$)
Descrição			Descrição		
PIS	1,35		VALOR DO SERVIÇO		141,73
COFINS	6,77		VALOR DO SUBSÍDIO		0,00
			VALOR TOTAL A PAGAR		141,73

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
02/2018	05/03/2018	141,73

ORDEN PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNBS, Itaú, BCB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Tróvão. Outros: Pag. del. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative pelo serviço. Consulte sua agência.

CAGECE
CENTRAL DE ATENDIMENTO
0800 275 0195

155
Canal de Atendimento

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918 de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 153. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ARFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027575748

Código do Responsável:

Mês/Ano: 02/2018

Local: 029

Setor: 11

Quadra: 0048

Lote: 0260

Comp: 0000

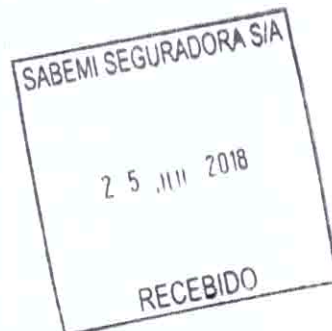
Subsetor: Subquadra:

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 05/03/2018

Total (R\$): 141,73

CONTA PAGA



EMISSION: UN - GEREM-LJ CRATEUS-CENTRO 09/03/2018 15:02:20



PREFEITURA MUNICIPAL I E CRATEÚS

Secretaria Municipal de Finanças

Coordenadoria de Gestão Tributária

Rua Coronel Zezé, 1141 - Centro

Crateús - CE - 63700010

Nota: 2018000

00100188

Código Verificação

810E8ADA2

NOTA FISCAL ELETRÔNICA ÁGIL - NFeA

Código QR



Data e Hora de Emissão: 21/03/2018 - 09:09 hs

Município de Prestação: Crateús - CE

Natureza da Operação: Tributação no município

Período de Competência: 03/2018

Reg. Especial Tributação: Nenhum

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: GERARDO FERNANDES JUNIOR ME

Nome Fantasia: DR GERARDO JUNIOR

Email: pabloeivio@hotmail.com

Incentivador Cultural: Não

Endereço: CORONEL LUCIO, 221, Sala 3 - CENTRO - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

CPF/CNPJ: 63.481.865/0001-37

Inscrição Municipal: 718

Inscrição Estadual:

MEI: Não

Fone/Fax: (88) 99633-6811

Simplex Nacional: Sim

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Nome Fantasia:

Email:

Fone/Fax:

Endereço: CAMPO SITIO ESCURO 2, S/N - ZONA RURAL - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

CPF/CNPJ: 082.707.253-82

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres

CNAE: 8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

Intermediário:

Construção Civil - Obra:

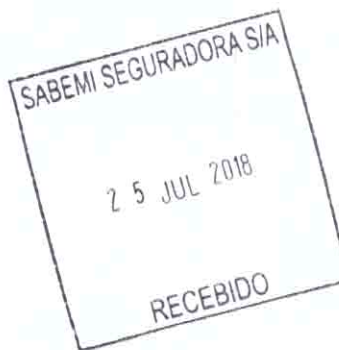
ART:

Inscrição Municipal:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A PROCEDIMENTO CIRURGICO "FRATURA DE TALUS", RAI X DO PÉ ESQUERDO E RAI X DO CALCANHAR.

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 6%



VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 4.300,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	
0,00	0,00	0,00	4.300,00	2,0100	
		ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Valor Líquido (R\$)	
		86,43	0,00	4.300,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeA pode ser verificada no site <https://crateus-ce.issintel.com.br/>.

Esta NFeA foi emitida com respaldo LC N° 427/2000

Prestador de Serviços optante pelo Simplex Nacional.

Emitido por: GERARDO JUNIOR FERNANDES



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS

Secretaria Municipal de Finanças

Coordenadoria de Gestão Tributária

Rua Coronel Zezé, 1141 - Centro

Crateús - CE - 63700010

Nota: 2018000

00102634

Código Verificação

4FA61AB52

Código QR



NOTA FISCAL ELETRÔNICA ÁGIL - NFeA

Data e Hora de Emissão: 05/01/2018 - 10:37 hs

Período de Competência: 01/2018

Município de Prestação: Crateús - CE

Reg. Especial Tributação: Nenhum

Natureza da Operação: Isenção

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

CNPJ: 60.975.737/0076-79

Nome Fantasia: HOSPITAL SÃO LUCAS

Inscrição Municipal: 3362

E-mail: contabilidade@saocamilocrateus.org.br

Fone/Fax: (88) 3691-2019

Incentivador Cultural: Não

Simples Nacional: Não

Endereço: UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - SAO VICENTE - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

Inscrição Estadual:

MEI: Não

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CNPJ: 082.707.253-82

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

E-mail:

Fone/Fax:

Inscrição Estadual:

Endereço: CAMPO SITIO ESCURO 2, S/N - ZONA RURAL - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres

CNAE: 8610-1/02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

Intermediário:

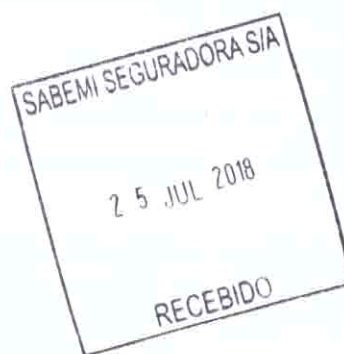
Inscrição Municipal:

Construção Civil - Obra:

ART:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO TRAUMATOLÓGICO



VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 2.000,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	% IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	
0,00	0,00	0,00	2.000,00	0,0000	
		ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Valor Líquido (R\$)	
		0,00	0,00	2.000,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeA pode ser verificada no site <https://crateus-ce.issintel.com.br>

Esta NFeA foi emitida com respaldo LC N° 427/2000

Os serviços referentes a esta NFeA são isentos/imunes do ISS

Nota isenta/imune de ISSQN: por análise do processo de isenção.

Id: por: ANTONIO ERIBERTO FEITOSA

Declaração

A Sociedade Beneficente São Camilo, inscrita no CPNJ 60.975.737/0076-79, situada à Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, São Vicente, Crateús-CE., declara que o Paciente: Raul Siqueira de Souza, CPF: 082.707.253-82 esteve internado neste hospital em convênio particular, onde efetuou o pagamento no valor de R\$ 4.300,00 referente pacote Cirúrgico Traumatológico, conforme recibo e nota fiscal.

Segue discriminação dos serviços inclusos no pacote do paciente:

R\$ 1.720,00 referente Diárias e Alimentação

R\$ 2.800,00 referente Materiais e Medicamentos

Crateús-CE, 18 de dezembro de 2018.


SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
Cristiana Rodrigues Martins
COORD. DE TESOUREARIA

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS**

Secretaria Municipal de Finanças
Coordenadoria de Gestão Tributária
Rua Coronel Zazé, 1141 - Centro
Crateús - CE - 63700010

Nota: 2018000
00100188

Código Verificação
810E8ADA2

NOTA FISCAL ELETRÔNICA ÁGIL - NFeA

Código QR



Data e Hora de Emissão: 21/03/2018 - 09:09 hs
Município de Prestação: Crateús - CE
Natureza da Operação: Tributação no município

Período de Competência: 03/2018
Reg. Especial Tributação: Nenhum

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: GERARDO FERNANDES JUNIOR ME
Nome Fantasia: DR GERARDO JUNIOR
Email: pabloelvio@hotmail.com
Incentivador Cultural: Não
Endereço: CORONEL LUCIO, 221, Sala 3 - CENTRO - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

CPF/CNPJ: 63.481.865/0001-37
Inscrição Municipal: 718
Inscrição Estadual:
MEI: Não

Fone/Fax: (88) 99633-6811
Simples Nacional: Sim

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Nome Fantasia:
Email:
Endereço: CAMPO SITIO ESCURO 2, S/N - ZONA RURAL - CEP: 63.700-000 - Crateús - CE

CPF/CNPJ: 082.707.253-82
Inscrição Municipal:
Inscrição Estadual:

Fone/Fax:

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres
CNAE: 8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

Intermediário:

Construção Civil - Obra:

ART:

Inscrição Municipal:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO "FRATURA DE TALUS", RAIOS X DO PÉ ESQUERDO E RAIOS X DO CALCANHAR.

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: 6%

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JAN 2019

RECEBIDO

VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 4.300,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	
0,00	0,00	0,00	4.300,00	2,0100	
		ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Valor Líquido (R\$)	
		86,43	0,00	4.300,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeA pode ser verificada no site <https://crateus-ce.issintel.com.br/>.
Esta NFeA foi emitida com respaldo LC Nº 427/2000
Prestador de Serviços optante pelo Simples Nacional.

Emitido por: GERARDO JUNIOR FERNANDES

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 Paulo Wellington P. da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.563 / 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Sérgio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.707.253 / 82 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Paulo Sérgio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.707.253 / 82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

5. Recuso informar

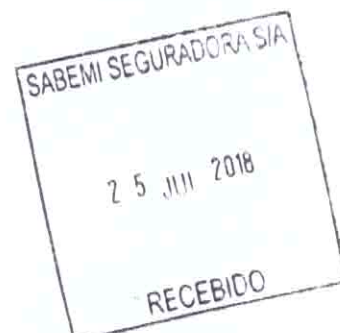
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Moreira Fê</u>		Número <u>437</u>	Complemento <u>recusa informar</u>
Barrio <u>São Vicente</u>	Cidade <u>Crato</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>63705-00</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(88) 974 528126</u>

Crato, 12 de 07 de 2018
Local e Data

Paulo Wellington P. da Silva
Assinatura do Declarante



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 João Wemlemon P. da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.709.503 / 12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raul Sequiera de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.707.253 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura Dano da Vítima Raul Sequiera de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.707.253 / 82, 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 Maria Fátima</u>		Número <u>937</u>	Complemento <u>recuso informar</u>
Bairro <u>São Vicente</u>	Cidade <u>Cratéis</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>63700-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(88) 994.598111</u>

Cratéis, 12 de 07 de 2018.

Local e Data

João Wemlemon P. da Silva

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Wilson Siqueira,
RG nº 1.334.600, data de expedição 1/1,
Órgão SP, portador do CPF nº 060.844.998-99 com
domicílio na cidade de Quatana, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Escuro, nº S/N,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RAUL SIQUEIRA DE SOUZA, cujo o condutor era
RAUL SIQUEIRA DE SOUZA.

Veículo: moto
Modelo: Honda CG 150 Titan ESD
Ano: 2014
Placa: DSU 3948
Chassi: 9C2KCB6506R506240
Data do Acidente: 31.12.2017
Local e Data: Estrada do Incruí

CARTÓRIO
CAVALCANTE
3º OFÍCIO

Jose Wilson Siqueira
Assinatura do Declarante

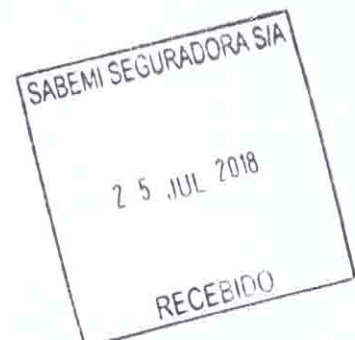
Raul Siqueira de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade
Jose Wilson Siqueira
Dou fe. CRATEUS-CE.
22 MAR. 2018
Em Test. da Verdade.
Bea* Silvânia Barreto Cavalcante
☐ Fabiana Barreto Cavalcante
☐ Valbete Cardozo Barros Pimentel
TUDO DO QUEM ESTIVER COM SELLO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
ANTONIO IVAN SABOIA LOPES
Escrivão Autorizado



RECEBIDO
25 JUL 2018
SAEEMI SEGURADORA S/A

HOSPITAL E MATERNIDADE DE DR. JOSE MARIA FERNANDES LEITÃO		SECRETARIA DE SAÚDE		BOLETIM DE ATENDIMENTO URGENTE	
NOME: <u>Beatriz Diqueira de Souza</u>		SEXO: <u>F</u>		DATA: <u>31/10/2011</u>	
NOME DA MÃE: <u>Luciana de Souza Diqueira de Souza</u>		DN: <u>12/09/1991</u>		Cidade: <u>Craibell</u>	
ESTADO CIVIL: <u>casada</u>		PROFISSÃO: <u>Enfermeira</u>		CIDADE: <u>Craibell</u>	
ENDERECO: <u>Av. Brasil, 1000</u>		RG: <u>123456789</u>		CPF: <u>123.456.789-10</u>	
SINAIS E SINTOMAS: <u>Paciente vítima de acidente automobilístico (SIC), apresentando fratura em fêmur, contusão no tórax e traumatismo craniano.</u>		DIAGNÓSTICO: <u>Fratura de fêmur, contusão no tórax, traumatismo craniano.</u>			
1 - CONDUTA: <u>Realizar exame de radiografia de fêmur e tórax, e exame de tomografia computadorizada de crânio.</u>		2 - DIAGNÓSTICO: <u>Fratura de fêmur, contusão no tórax, traumatismo craniano.</u>			
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL		ASS. DO MÉDICO			

Paciente: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Idade: 18 Ano(s)
CPF: 082.707.253-82
Nascimento: 12/09/1999
Maturidade: 12/09/1999
Maturidade: 124786/0006

Titular: 02/01/2018 Hora: 11:01:47
Data Internação: 02/01/2018 Hora: 09:30:00
CID Principal: S82.2 Fratura da diáfise da tíbia
CID Complementar: S82.2 Fratura da diáfise da tíbia

Médico: GERARDO FERNANDES JUNIOR
Condição Saída: ALTA MELHORADO
Tratamento:

03.000 - MATERIAL E MEDICAMENTO DE QUARTO

Código Descrição Unidade Qtd Unitário Total

03.100 - MEDICAMENTO

AGUA PARA INECCAO 10 ML

BROMOPRIDA 10 MG (AMP)

CEFAZOLINA 1G

CETOPROFENO 100MG IV

CLORIDRATO DE FRAMADOL 100MG/ML

DIPIRONA 1G

RANITIDINA 50 MG (AMP)

SOLUCAO CLICO-FISIOLÓGICA 500 ML

SORO FISIOLÓGICO 100 ML 0,9%

SORO GLICOSADO 500 ML 0,5%

3.200 - MATERIAL

ABOCATH Nº 20G

ABOCATH Nº 22G

AGULHA DESC. 40X12

EQUIPO MACRO GTS

MULTIPLIA C/ CLAMP

SERINGA C/AGULHA 03 ML

SERINGA C/AGULHA 05 ML

SERINGA C/AGULHA 10 ML

SERINGA C/AGULHA 20 ML

1.000 - MATERIAL E MEDICAMENTO DE SALA

Código Descrição Unidade Qtd Unitário Total

.100 - MEDICAMENTO

AGUA PARA INECCAO 10 ML

BROMOPRIDA 10 MG (AMP)

CEFAZOLINA 1G

CETOPROFENO 100MG IV

CLORIDRATO DE BUPIVACAINA 0,5% (HIPERBARICA)

RECEBIDO
25 JUL 2018
SABEMI SEGURADORA S/A

DADOS DO PACIENTE		DADOS DA INTERNAÇÃO		DADOS DO PACIENTE		DADOS DA INTERNAÇÃO		DADOS DO PACIENTE		DADOS DA INTERNAÇÃO	
Nome	RAUL SIQUEIRA DE SOUZA	Nome	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Nome	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Nome	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Nome	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Nome	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA
Nascimento	12/09/1999	Nascimento	12/09/1999	Nascimento	12/09/1999	Nascimento	12/09/1999	Nascimento	12/09/1999	Nascimento	12/09/1999
Local	CRATEUS	Local	CRATEUS	Local	CRATEUS	Local	CRATEUS	Local	CRATEUS	Local	CRATEUS
Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca
Sexo	Masculino	Sexo	Masculino	Sexo	Masculino	Sexo	Masculino	Sexo	Masculino	Sexo	Masculino
Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82
Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II
Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172
Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA
Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)	
Mae		Mae		Mae		Mae		Mae		Mae	
Pai		Pai		Pai		Pai		Pai		Pai	
Cônjuge		Cônjuge		Cônjuge		Cônjuge		Cônjuge		Cônjuge	
Empresa		Empresa		Empresa		Empresa		Empresa		Empresa	
CNPJ do Responsável		CNPJ do Responsável		CNPJ do Responsável		CNPJ do Responsável		CNPJ do Responsável		CNPJ do Responsável	
Fone Empresa	63700-000	Fone Empresa	63700-000	Fone Empresa	63700-000	Fone Empresa	63700-000	Fone Empresa	63700-000	Fone Empresa	63700-000
CEP		CEP		CEP		CEP		CEP		CEP	
País Nacionalidade		País Nacionalidade		País Nacionalidade		País Nacionalidade		País Nacionalidade		País Nacionalidade	
Estado Civil		Estado Civil		Estado Civil		Estado Civil		Estado Civil		Estado Civil	
Religião		Religião		Religião		Religião		Religião		Religião	
Idade	18 Ano(s)	Idade	18 Ano(s)	Idade	18 Ano(s)	Idade	18 Ano(s)	Idade	18 Ano(s)	Idade	18 Ano(s)
Prontuário/Atendimento	124786/0006	Prontuário/Atendimento	124786/0006	Prontuário/Atendimento	124786/0006	Prontuário/Atendimento	124786/0006	Prontuário/Atendimento	124786/0006	Prontuário/Atendimento	124786/0006
Local	CRATEUS	Local	CRATEUS	Local	CRATEUS	Local	CRATEUS	Local	CRATEUS	Local	CRATEUS
Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca	Raça/Cor	Branca
Sexo	Masculino	Sexo	Masculino	Sexo	Masculino	Sexo	Masculino	Sexo	Masculino	Sexo	Masculino
Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82	Documento(s)	CPF: 082.707.253-82
Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II	Endereço	CAMPO SÍTIO ESCURO II
Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172	Fone	(88) 9930-0172
Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA	Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA
Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)		Endereço (Responsável)	
Mae		Mae		Mae		Mae		Mae		Mae	
Pai		Pai		Pai		Pai		Pai		Pai	
Cônjuge		Cônjuge		Cônjuge		Cônjuge		Cônjuge		Cônjuge	
Empresa		Empresa									

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital.OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CID Principal	
Observação	
Lusano	MARIZA VIEIRA BARBOSA
Data Saída	Hora
Condição de Saída	
Procedimento SUS	
Suspensão	
Lusano Saída	

02/01/2018 11:01	006-0002	Quantidade	Apresento	Enfermaria	Matrícula	Autenticação	Clinica	Sator	Guia	CRM	6945
DADOS DA INTERNAÇÃO											

Responsável	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA
Endereço (Responsável)	
Mão	MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA
Pai	NO
Cônjuge	
CPF do Responsável	
Fone Responsável	

[illegible]

DADOS DO PACIENTE	
Nome	RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Nascimento	12/09/1998
Local	CRATEUS
País Nacionalidade	Brasil
Idade	18 Anos(s)
Prontuário/Atendimento	124786/0006

CRATEUS, 2 de janeiro de 2018

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Maria Julia Sig Ventura
Assinatura do responsável

RECEBIDO
25 JUL 2018
SABEM SEGURADORA S/A

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 124786 Atendimento 0005 Nome do Paciente RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Data de Nascimento 12/09/1999 Local CRM/UF 01/01/2018
CPF 082 707 253-82 Documento(s) 704801529435544 Estado Civil Solteiro(a) Sexo Masculino Idade 18 Ano(s)

Endereço CAMPO SITO ESCURO II, SN Bairro ZONA RURAL CEP 63700-000 Município CRATEUS UF CE
Profissão Empresa Cônjuge

Responsável MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE Endereço CAMPO SITO ESCURO II, SN Município CRATEUS UF CE

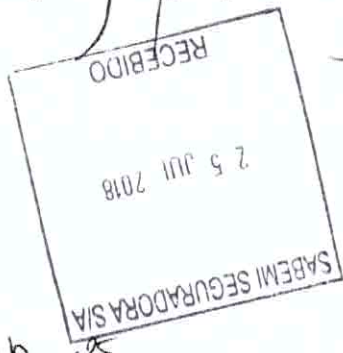
DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/01/2018 Hora 17:57 Convênio SUS Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Indicador de Acidente Funcionário MARIA APARECIDA SOARES XIMENES
Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO CID

Sala Data/Hora Liberação às hs Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais Peso (kg) 1 Altura (cm) 175 T (°C) 36.5 R (bpm) 87 PA (mmHg) 120x80

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)



Assinatura Paciente/Responsável Responsável: MARIA DE NAZARE SIQUEIRA

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Dr. Gilvan B. Marques
MÉDICO
CREMEC-10784

A grande parte da história é perfunctória
Paciente com dor no joelho direito
Paciente com dor no joelho direito
Paciente com dor no joelho direito
Paciente com dor no joelho direito

Real Sigurina de Sousa

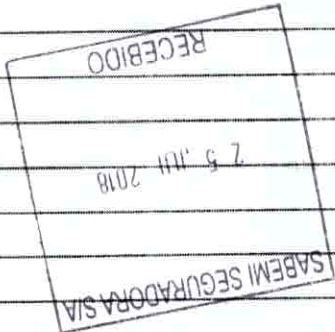
POSTO: Osteomacaco LEITO: 03

[illegible]

SABEMI SEGURADORA S/A

PACIENTE: RAUL SIAVEIRA DE SOUZA
NOME DA MÃE: MRS HE NAZARE SIAVEIRA DE SOUZA
PRONTUÁRIO: 124986
DN: 12.10.1994
SETOR: 05500000 (UTI LEITO: 02) CONVENIO: SUS
DATA: 01.10.1998

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO
01	1000 50 F
02	1000 50 F
03	1000 50 F
04	1000 50 F
05	1000 50 F
06	1000 50 F
07	1000 50 F
08	1000 50 F
09	1000 50 F
10	1000 50 F
11	1000 50 F
12	1000 50 F
13	1000 50 F
14	1000 50 F
15	1000 50 F
16	1000 50 F
17	1000 50 F
18	1000 50 F
19	1000 50 F
20	1000 50 F
21	1000 50 F
22	1000 50 F
23	1000 50 F
24	1000 50 F
25	1000 50 F



Evolução Médica:

Evolutione...
Assinatura e Carimbo

Dr. Gilvan Melo Marques
MÉDICO
CREMEC: 10784

DATA

394/77 & 778 check in papers in file

no 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794,

Wetigo de peixe: *Polydora*

5. 1st of the year 1978 at the age of 18 years old

Handwritten text: "The number of the ..."

the number of the ...

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

1881

Method of the

1. Amorinde fructuosa etc

[Handwritten scribbles]

2006 Tourante, Louisa in den ab. Obersee

on Chesapeake Bay, Virginia

Immer noch keine Nachricht von der Waise

Die Wiedergabe ist in der

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

0 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 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1

4 07:30:45 to 07:31:00

Life de Mrs. Corwith, Grand

Woburn, Mass. Jan. 21, 1892.

1880. August 10. *Prothura* sp.

MTE 1900-1905, Agmondon

1470 *Thermophilus* sp. 1

De Edward Kibanda, Jr. Solo

Objekt im Vergleich

MTC. 10/10/10

1871

[Handwritten signature]

~~105 173 10 18 01 01~~

$$22110 \leq 00050111 \leq 22110$$

2007-10-11 10:11:11

Torax; DS = Dreno de Sucção; SNC = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter

RECEBIDO
25 JUL 2018
SABEMI SEGURODA SIA

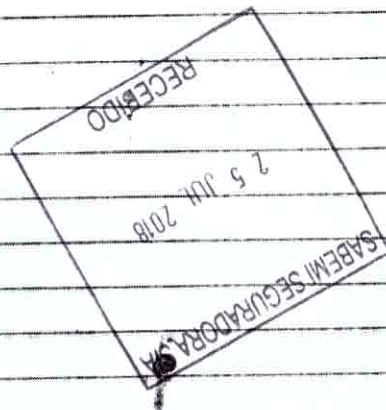
[illegible]

ADMINISTRAÇÃO
Paciente: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
Prontuário: 124786 Convênio: SUS

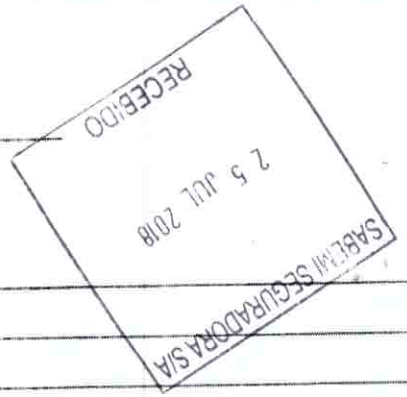
PACIENTE: Nome da Mãe: MARIA DE NAZARE SIQUEIRA DE SOUZA
Data Nascimento: 12/09/1999
Município: CRATEUS-CE

SETOR: C.C.T. LEITO: 03 CONVENIO: DATA: 05/01/18
PRONTUÁRIO: 124786
DN: 12/09/1999

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	



Garanto Fernandes Junior
CPF: 44.756.653-12



Garanto Fernandes Junior
CPF: 44.756.653-12
Assinatura e Carimbo

Evolução Médica:

22. Luciana Maria, 04/01/1999, RG
Tela grande
Atte. Hospital

Assinatura legível
e nº COREN

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA

05 às 08hs Cliente em 2º EO de -

procedimento em M.T. (E) tornoso

de 30 intervalos coberto e renovado

curativo pct consistente, anelante

de umbiligo, documentado com

agude 50º de movimento. pct

rodante den. no momento

de plastrão. Segue com curdo

das de -

0:30 exame físico. med. med. med.

descom para pele. pele. med. med.

curativo. curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

em uma curativo. curativo. curativo.

RECEBIDO

25 JUL 2018

SABEM SEGURADORAS

Recebi da enfermeira
de 25/07/2018
e nº COREN 123456

em uma curativo. curativo. curativo.

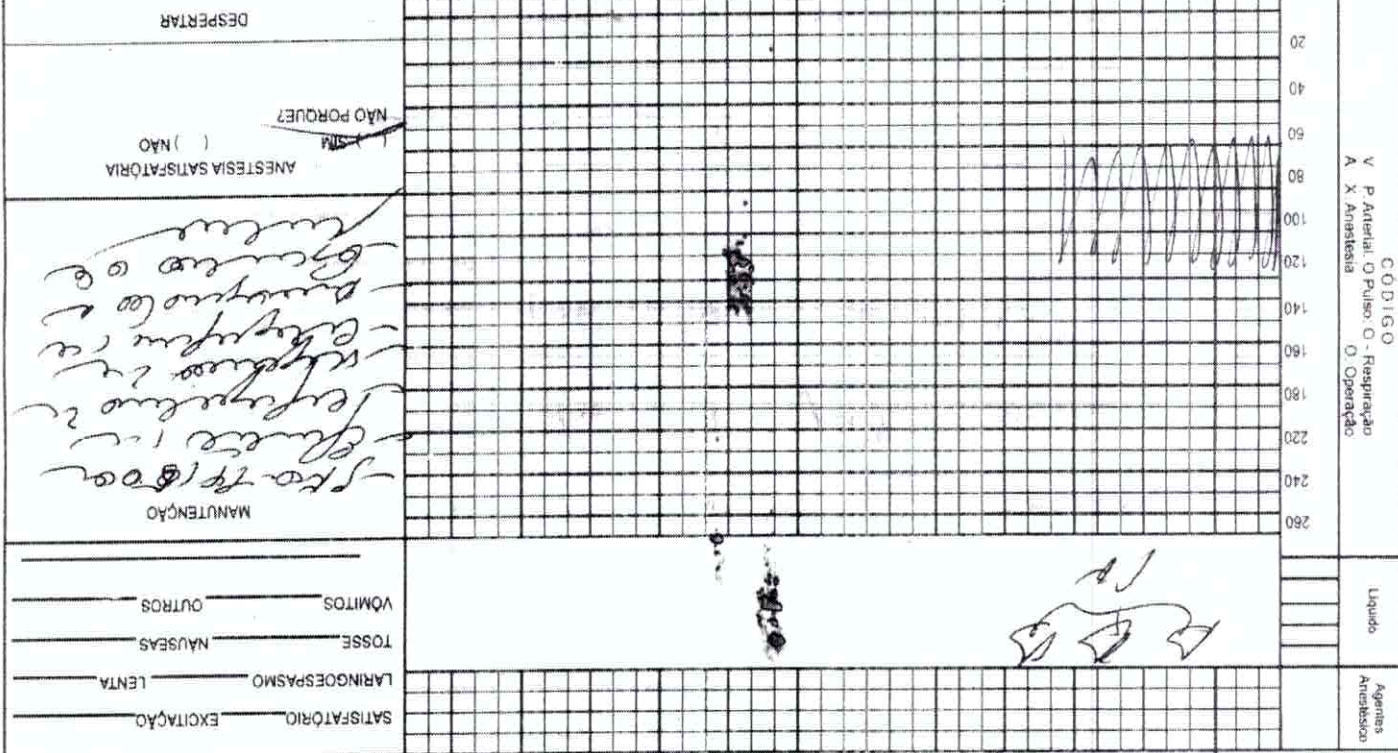
em uma curativo. curativo. curativo.

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Torax; DS = Dreno de Sucção; SNC = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH =

Form for Anesthesia Record (ANESTESIA) with fields for patient information, vital signs, and surgical details. Includes a large grid for vital signs and a section for anesthetic agents.

RECEBIDO
25 JUL 2018
SABEM-SURABRASIA

ANESTESISTAS
CIRURGIÕES
CIRURGIAS
TÉCNICA
AGENTES
POSICÃO
ANOTAÇÕES
SÍMBOLOS



MANUTENÇÃO
VÔMITOS
NAUSEAS
LARINGOSPASMO
SATISFATÓRIO
EXCITAÇÃO
INDUÇÃO
HORA
EFEITO
CORTICÓIDES
ATACOS
ESTADO MENTAL
ALÉRGIA
ECG
ASMA
BRONQUITE
URINA
UREIA
GLUCEMIA
HEMATÓCRITO
HEMOGLOBINA
HEMACIAS
TIPO SANGÜINEO
IDADE
PESO
ALTURA
SEXO
TEMPERATURA
PULSO
RESPIRAÇÃO
P. ARTERIAL
TEMPO DE SALA
LEITO
DATA
ADMINS
PACIENTE
NOME DA MÃE
MUNICÍPIO
CONVÊNIO
PARTICULAR
DATA DE NASC.
12/09/1999
PROFESSOR: 124785
MUNICÍPIO: CRATEUS-CE
PACIENTE: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
DATA DE INT.: 02/01/2018
CONVÊNIO: PARTICULAR

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

DATA

03.01.18

LEITO

Hospit

ADMINISTRAT

PACIENTE

Paciente: RAUL SOUZEIRA DE SOUZA
Data da Int: 02/01/2018
Convênio: PARTICULAR
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: MARIA DE NAZARE SOUZEIRA DE SOUZA
Prontuário: 124786
Dt de Nasc: 12/09/1995

INTERVENÇÃO

QUIRURGIA

PROPOSTA
REALIZADA

CIRURGIAÇÃO

Dr. Carlos Junior

AUXILIARES

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Jamel
Rafael

TIPO DE ANESTESIA

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

marcelo

CIRCULANTE

marcelo

ACHADOS OPERATÓRIOS

1) Fígado e art. hepática - normal

2) Vena porta - normal

3) Fígado normal, pl. normal no fígado 3

4) Fígado normal, pl. normal no fígado 4

5) Fígado normal, pl. normal no fígado 5

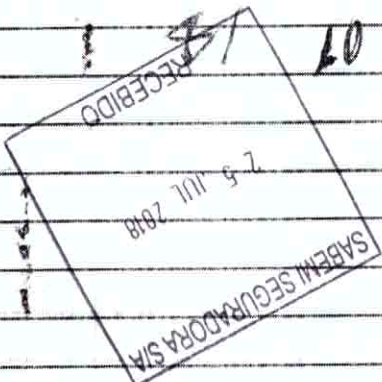
6) Fígado normal, pl. normal no fígado 6

7) Fígado normal, pl. normal no fígado 7

8) Fígado normal, pl. normal no fígado 8

9) Fígado normal, pl. normal no fígado 9

10) Fígado normal, pl. normal no fígado 10



03 07

FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
1. Preencher esta ficha em 3 vias;
2. Ao terminar a consulta ou tratamento,
entregar 2 vias ao usuário, orientando-o
para retornar com a 1ª via à Unidade de
Origem.

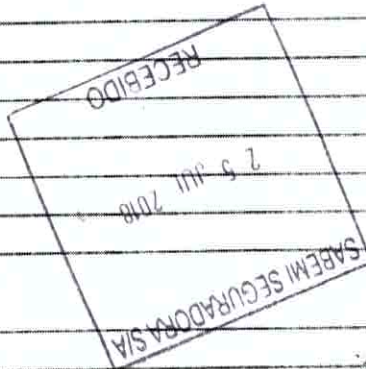
Unidade de Origem: Hospital São Lucas
Distrito Sanitário: Comarca
Nome: José Siqueira de Souza
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 12/09/99
Ocupação: Baito: Zona Rural
Endereço: Campo São Roque II
Prontuário Nº: 124786.5

Motivo do Encaminhamento: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Resultado de Exames: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Consulta já realizada: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Pressão Diagnóstica: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Função: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Data: *02/01/17*

AGENDAMENTO
Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospital ☐ Auxiliar Diagnóstico
Procedimento: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Unidade de Referência: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Data: *02/01/17*

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)
Unidade de Referência: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Município: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Prontuário Nº: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*
Alta: *paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica*

Resumo Clínico / Clínico
Resultado de Exames
Diagnóstico: Principal
Secundário 1
Secundário 2
Proposta de Conduta para seguimento
O problema justificou a referência? ☐ Sim ☐ Não
O motivo de referência coincide com o Diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não



FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
1. Preencher esta ficha em 3 vias:
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: _____
 Município: _____
 Nome: _____
 Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Data de Nascimento: _____
 Ocupação: _____
 Bairro: _____
 Endereço: _____
 Tel.: _____

Motivo de Encaminhamento: _____
 Resultado de Exames: _____
 Consulta já realizada: _____
 Pressão Diagnóstica: _____
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____
 Função: _____
 Data: _____
 Hora: _____

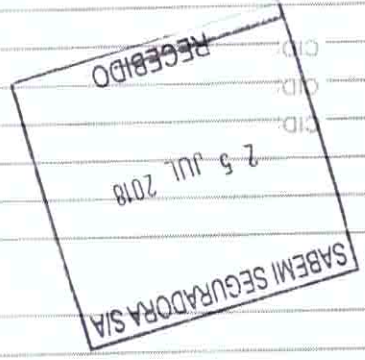
AGENDAMENTO

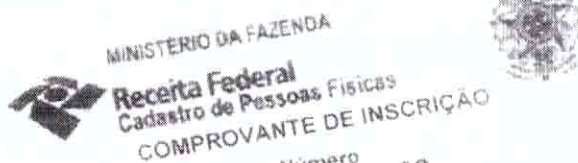
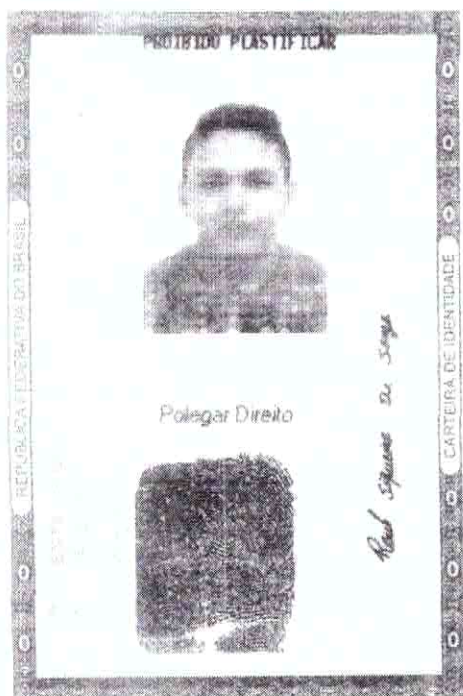
Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospital ☐ Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____
 Unidade de Referência: _____
 Data: _____
 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

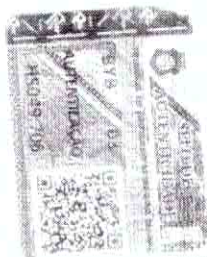
Unidade de Referência: _____
 Município: _____
 Pronto-socorro Nº: _____
 Alta: _____

Resumo Clínico / Clínico: _____
 Resultado de Exames: _____
 Diagnóstico Principal: _____
 Secundário 1: _____
 Secundário 2: _____
 Proposta de Conduta para seguimento: _____
 O problema justifica a referência? ☐ Sim ☐ Não
 O motivo de referência coincide com o Diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não
 Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____
 Função: _____
 Data: _____





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
082.707.253-82
 Nome
RAUL SIQUEIRA DE SOUZA
 Nascimento
12/09/1999
 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



27 JUN 2018



27 JUN 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

04/03/2016

74016071434 - 0

RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

MARIA DE NAZARÉ SIQUEIRA DE SOUZA

CRATEUS - CE

12/09/1999

DOC. 00000000

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SANTO ANTONIO TERMO: 8224 FOLHA: 290

LIVRO: A-08 CRATEUS - CE

CNPJ: 082.707.253-82

P. 36

1 VIA

LEITURAS: 110 DE 29/08/15

CODIGO DE CONTROLE
B912.997A.A54E.C894

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 12:29:23 do dia 17/12/2015 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00



PROIBIDO PLASTIFICAR		VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL	
1076298310		1076298310	
<p>LOCAL: <u>CRATEUS, CE</u></p> <p>DATA EMISSÃO: <u>27/01/2015</u></p> <p>18030284015</p> <p>CE145854582</p>		<p>REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS</p> <p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO</p> <p>CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO</p> <p>NOME: <u>JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA</u></p> <p>DOC IDENTIFICACAO: <u>2002005165137</u> SSP CE</p> <p>DTA NASCIMENTO: <u>01/7.707.503-12</u> 19/03/1986</p> <p>RAZAO: <u>JOSE ALVES DA SILVA</u></p> <p>PARTE PRUDENCIO</p> <p>RESERVA</p> <p>1º REGISTRO: <u>03330879503</u></p> <p>VALIDADE: <u>22/08/2028</u></p> <p>1ª VALIDACAO: <u>03/07/2004</u></p> <p>Observações:</p> <p>SEX OBSERVAÇÃO:</p> <p><i>Jose Wenderson P da Silva</i></p>	

SABEMI SEGURADORA S/A

25 JUL 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETALH: CE Nº 012410137069
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ISME 01 1005300124 0000000000 2015

JOSE VILSON SIQUEIRA

CRATEUS/CE

06084499899

OSU3948

*****/CE 9C2KC16S0ERS06240

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2014 2014

2P/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

1	*****	**	**/**/**	****
2	*****	**	**/**/**	****
3	*****	**	**/**/**	****
4	*****	**	**/**/**	****
5	*****	**	**/**/**	****
6	*****	**	**/**/**	****
7	*****	**	**/**/**	****
8	*****	**	**/**/**	****
9	*****	**	**/**/**	****
0	*****	**	**/**/**	****

00/00/0000

CRATEUS

31/09/2016

1999 FOMVE
Luziânia - GO



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSFERRIDA OU NÃO, SEGURO DPVAT

CENº 012410137069 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
06084499899 CONDIÇÕES GERAIS DE COC OSU3948

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 622 1204

1ª EMISSÃO 2015 21/03/2016

01 06084499899 OSU3948

1005300124 HONDA/CG 150 TITAN ESD

2014 09 9C2KC16S0ERS06240

PRÊMIO TARIFARIO

DATA DE TAPACAO	00/00/0000
PLACA	
VEICULO	
DATA DE TAPACAO	00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSFERRIDA OU NÃO, SEGURO DPVAT

NOTE/DOT: 120410137069

MOTOR: KC16E5E50E240

NOV-2015



para os devidos efeitos, a presente
República do documento que foi
quente, do em Cartório para parte interessada
Dois
CRATEUS 27 JUN 2018
Em Teste de Verdade
Rafael Barreto Cavalcante - Provedor
Rafael Barreto Cavalcante - Substituto
Rafael Barreto Cavalcante - Substituto

SABEMI SEGURADORA S/A
25 JUL 2018
RECEBIDO

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341318

Data do acidente: 31/12/2017

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Crateús

UF: CE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data: 17/10/2018 16:13:57

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO PE FRAT DO PE NE -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	3.07.29.15-7	FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	2000,00	788,64
Materiais			4300,00	0,00
Total da Análise Atual			6300,00	788,64

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** NOTA FISCAL Nº 100188 NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	6300,00	788,64	788,64
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	6300,00	788,64	788,64

TOTAL PLEITEADO: 6300,00**TOTAL AVALIADO:** 788,64**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 788,64

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROCURAÇÃO

Outorgante: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua SÍTIO ESCURO, nº 510, bairro Município de CRATEUS, Estado de(o) CEARÁ, Cep 63.700-000, portador(a) do Rg nº 2016071434-0, SSP/CE e CPF nº 082.707.253-82.

Outorgado: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTÔNOMO, residente e domiciliado(a) à Rua MOSAICA FE, nº, bairro SÃO VICENTE, Município de CRATEUS, Estado de(o) CEARÁ, Cep: 63.700-000, portador(a) do RG nº 700200516503, SSP/CE e CPF nº 017.709.503-12.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) RAUL SIQUEIRA DE SOUZA, ocorrido em 31.1.12.17, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

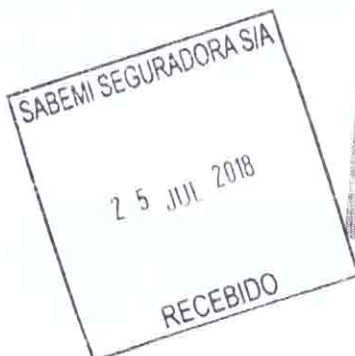
CRATEUS/CE, 03 de JULHO de 2018.

ASSINADO
AUTENTICADO

Raul Siqueira de Souza

Outorgante
CPF Nº 082.707.253-82

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271085/18

Número do Sinistro: 3180341318

Vítima: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF: 082.707.253-82

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 31/12/2017

Titular do CPF: RAUL SIQUEIRA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

RAUL SIQUEIRA DE SOUZA : 082.707.253-82

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2018
Nome: JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA
CPF: 017.707.503-12

JOSE WENDERSON PRUDENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO