

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Nº Sinistro: 3180298992

Vitima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Data do Acidente: 03/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180298992**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13045631



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Nº Sinistro: 3180298992
Vitima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180298992**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Nº Sinistro: 3180298992
Vítima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180298992**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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.

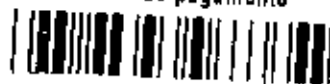
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHER



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE CARLOS CESAR MACHADO

PORTADOR(A) DO RG Nº 2008294550-7

EXPEDIDO POR SSP

EM 14/03/12 E

CPF 049454303-71 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO PADEIRO

E RENDA MENSAL DE R\$ 7.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE CARLOS CESAR MACHADO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 704 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0564 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 230-274-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MASSAPÊ, 31 de SETH de 2012

LOCAL E DATA

Jose Carlos Cesar Machado

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apóse

205-678789916-9

HORA DE 17:58:53

24/JUL/2018

TERM 055135

LOT. 5.012986-2
LOCALIDADE: MASSAPE
AG. VINCULADA: 0554

CONTROLE: 205404045

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PODU CAIXA FACIL

NOME: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
AGENCIA: 0554
OPERACAO: 013
CONTA DV: 000.000.290.214-6
DATA DA ABERTURA: 24/07/2018

LOTerias CAIXA
205-678789916-9

1ª VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE CARLOS CESAR MACHADOPORTADOR(A) DO RG Nº 20082849500EXPEDIDO POR SSPEM 14 / 08 / 12 ECPF 045454303-47 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO PAVISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE CARLOS CESAR MACHADO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 07 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4272 - 2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28.545 - 5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MASSAPÉ, 15 de OUTUBRO de 2012

LOCAL E DATA

* José Carlos Cesar Machado

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 4272-2 - DOM JOSE (CE), inscrita no CNPJ nº 000.000/5352-06, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: JOSE CARLOS CESAR MACHADO, inscrito(a) no CPF sob o nº 045.454.303-41, capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de MASSAPE CE, nascido(a) em 15/11/1974, filho(a) de JOSE SEVERIANO MACHADO e MARIA IRACEMA MACHADO, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 20082949500, emitido(a) em 14/08/2012, pelo(a) SSPDSCE, vendedor praticista e caixeiro viajante, endereço residencial: DT ARRAIAL 00000 DISTRITO, MUMBABA, MASSAPE - CE, CEP 62.140-000, telefone(s) (88) 99212-5584, casado(a)-comunhão parcial com MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO, CPF nº 027.882.573-76.

Dados da conta

Agência 4272-2, conta-corrente nº 28.545-5, poupança ouro nº 510.028.545-8, poupança pouplex nº 960.028.545-X, conta individual, aberta em 17.09.2018.

PACOTE DE SERVIÇOS: O Proponente/Contratante Declara ter conhecimento de que pode optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de conta corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 924.356, em 14/07/2017, que integram este contrato, e também, com as Informações essenciais - Conta corrente e conta poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia recebe(m) no ato da assinatura deste instrumento.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

O Proponente/Contratante autoriza que os saldos devedores na conta corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras

de que o Proponente/Contratante seja titular no Banco do Brasil, mediante débito nas contas respectivas.

O Proponente/Contratante autoriza que as dívidas líquidas que não forem pagas no vencimento e que tenham como credor o Banco do Brasil, em quaisquer de suas agências, serão compensadas com os créditos existentes na conta corrente e/ou na conta de Poupança Ouro e/ou Pouplex ora aberta(s), mediante débito em conta.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito.

Menor incapaz (12 a 16 anos incompletos) - Na qualidade de responsável legal do(a) menor titular desta conta, **AUTORIZO-O(A)** a movimentar sua conta de depósitos, como se por mim estivesse pessoalmente representado.

Menor relativamente incapaz (16 a 18 anos incompletos) - Na qualidade de responsável legal do(a) menor titular desta conta, **AUTORIZO-O(A)** a movimentar isoladamente sua conta de depósitos por quaisquer meios disponibilizados pelo **Contratado**, inclusive requisitar talão e emitir cheques, como se por mim estivesse pessoalmente assistido.

Conta Simplificada e Conta Beneficiário do INSS - O Proponente/Contratante declara que não possui outra conta corrente de depósitos a vista, nem conta conjunta, no Banco do Brasil S.A. e em nenhuma outra instituição financeira.
Está ciente que:

- a) a conta será bloqueada quando apresentar, por mais de duas vezes no período de um ano, saldo ou somatório de depósitos efetuados no mês superior a R\$ 2.000,00 (dois mil reais);
- b) a conta será bloqueada de imediato para saldo ou somatório dos depósitos efetuados no mês superior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais);
- c) o **Contratante** poderá reativar uma única vez a conta nas situações de bloqueio acima especificadas. Na segunda ocorrência de bloqueio, a conta será encerrada.

Deficiente visual - O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** concorda(m) com os termos das Cláusulas Gerais do Contrato que lhe(s) foram lidas e entregues; **assume(m)** a responsabilidade pelos lançamentos efetuados a débito da sua conta corrente ou Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, referentes a emissão de cheques, utilização de cartão magnético ou meios eletrônicos por ele(s) assinados de forma manual ou eletrônica; e **autoriza(m)** o **Contratado** a efetuar os correspondentes lançamentos a débito da respectiva conta.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito desta Proposta/Contrato, o **Contratado** coloca a disposição do(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** os telefones da Central de Atendimento do Banco do Brasil - CABB 4004-0001* ou 0800 729-0001, Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC 0800 729-0722, para Deficientes Auditivos 0800 729-0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800 729-0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003-0500* ou 0800 729-0500.

Caso o(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** considere(m) que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deve(m) entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800 729-5678.
* Custos de ligações locais e impostos serão cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara(m), sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 1378 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/11/2017 10:25:40**
Data / Hora da Ocorrência: **03/11/2017 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 232 MASSAPE/IPAGUAÇUMIRIM**
Complemento:
Bairro: Município: **MASSAPE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO**
Nascimento: **11/06/1982** CPF: **027.882.573-76**
RG: **2000031067914** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO NERES SEVERINO**
FRANCISCO DAS CHAGAS SEVERINO
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE ARRAIAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MASSAPE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99467-0579**

Nome: **JOSE CARLOS CESAR MACHADO**
Nascimento: **15/11/1974** CPF: **045.454.303-41**
RG: **2008294950-0** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IRACEMA MACHADO**
JOSE SEVERIANO MACHADO
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE ARRAIAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MASSAPE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99467-0579**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HVL4109** Uf: **CE** Município: **MASSAPE** Chassi:
9BD178037T0101722 Renavam: **665060084** Tipo do Veículo:
AUTOMOVEL Marca / Modelo: **FIAT/PALIO EL** Ano Fabricação: **1996**
Ano Modelo: **1997** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **JOSE EDVAR DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **HXB4572** Uf: **CE** Município: **MASSAPE** Chassi:
9C2KC08106R876751 Renavam: **879857277** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **JOSE CARLOS CESAR MACHADO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS A VITIMA JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA LISTADA, QUE SE DESLOCAVAM DE MASSAPÊ PARA A LOCALIDADE DE ARRAIAL QUANDO PRÓXIMO DO IPAGUAÇU-MIRIM UM VEÍCULO COM FARÓIS APAGADOS SAIU DE UMA VIA TRANSVERSAL E ENTROU NA CE 232; QUE A



BOLETIM DE Ocorrência Nº 495 - 1378 / 2017

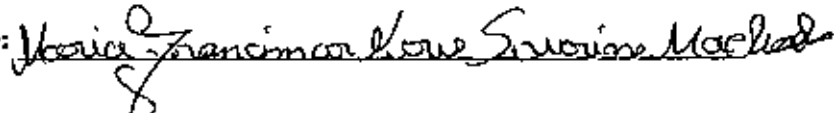
VITIMA E CONDUTOR DA MOTO NÃO TEVE COMO DESVIAR E TERMINOU COLIDINDO NO CITADO VEÍCULO; QUE AS VITIMAS NÃO SABE DETALHES DO AUTOMÓVEL, APENAS QUE ERA DE COR VINHO, QUE O CONDUTOR DA MOTO TRAZIA SUA ESPOSA MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO, QUE AS VITIMAS NECESSITARAM SEREM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL, OU SEJA, VIERAM PARA O HOSPITAL DE MASSAPÉ E EM SEGUIDA TRANSFERIDOS PARA SANTA CASA EM SOBRAL; QUE A VITIMA JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO SOFREU UM CORTE PROFUNDO NA CABEÇA E NO ROSTO, ALÉM DE OUTRAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, TENDO FRATURADO O NARIZ E NECESSITOU SER SUBMETIDO A PROCESSO CIRÚRGICO; QUE FICOU INTERNADO ATÉ O DIA 11/11/2017; QUE VITIMA MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO SOFREU UMA PANCADA NA CABEÇA, FERIMENTO NA FACE PRÓXIMO AO OLHO DIREITO, ESCORIAÇÕES SEVERAS NO OMBRO, BRAÇO DIREITO, PERNA DIREITA E NAS MÃOS, PORÉM NÃO FICOU INTERNADA, QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DO VEÍCULO, QUE ESTE BO É COM FINS DO SEGURO DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


LUCIANO CAMPELO ALVES - MAT.: 300062-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-7

José Carlos Cesar Machado



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 1378 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/11/2017 10:25:40**
Data / Hora da Ocorrência: **03/11/2017 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 232 MASSAPE/IPAGUAÇUMIRIM**
Complemento:
Bairro:
Município: **MASSAPE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO**
Nascimento: **11/06/1982** CPF: **027.882.573-76**
RG: **2000031067914** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO NERES SEVERINO**
FRANCISCO DAS CHAGAS SEVERINO
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE ARRAIAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MASSAPE/CE**
País: **BRASIL** CEP:

Telefone: **(88) 99467-0579**

Nome: **JOSE CARLOS CESAR MACHADO**
Nascimento: **15/11/1974** CPF: **045.454.303-41**
RG: **2008294950-0** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IRACEMA MACHADO**
JOSE SEVERIANO MACHADO
Endereço: **LARGO LOCALIDADE DE ARRAIAL**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **MASSAPE/CE**
País: **BRASIL** CEP:

Telefone: **(88) 99467-0579**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVL4109** Uf: **CE** Município: **MASSAPE** Chassi:
9BD178037T0101722 Renavam: **665060084** Tipo do Veículo:
AUTOMOVE Marca / Modelo: **FIAT/PALIO EL** Ano Fabricação: **1996**
Ano Modelo: **1997** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **JOSE EDVAR DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **HXB4572** Uf: **CE** Município: **MASSAPE** Chassi:
9C2KC08106R876751 Renavam: **879857277** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **JOSE CARLOS CESAR MACHADO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS A VITIMA JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA LISTADA, QUE SE DESLOCAVAM DE MASSAPÉ PARA A LOCALIDADE DE ARRAIAL QUANDO PRÓXIMO DO IPAGUAÇU-MIRIM UM VEÍCULO COM FARÓIS APAGADOS SAIU DE UMA VIA TRANSVERSAL E ENTROU NA CE 232; QUE A

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 1378 / 2017

VITIMA E CONDUTOR DA MOTO NÃO TEVE COMO DESVIAR E TERMINOU COLIDINDO NO CITADO VEÍCULO; QUE AS VITIMAS NÃO SABE DETALHES DO AUTOMÓVEL, APENAS QUE ERA DE COR VINHO, QUE O CONDUTOR DA MOTO TRAZIA SUA ESPOSA MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO, QUE AS VITIMAS NECESSITARAM SEREM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL, OU SEJA, VIERAM PARA O HOSPITAL DE MASSAPÉ E EM SEGUIDA TRANSFERIDOS PARA SANTA CASA EM SOBRAL; QUE A VITIMA JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO SOFREU UM CORTE PROFUNDO NA CABEÇA E NO ROSTO, ALÉM DE OUTRAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, TENDO FRATURADO O NARIZ E NECESSITOU SER SUBMETIDO A PROCESSO CIRÚRGICO; QUE FICOU INTERNADO ATÉ O DIA 11/11/2017; QUE VITIMA MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO MACHADO SOFREU UMA PANCADA NA CABEÇA, FERIMENTO NA FACE PRÓXIMO AO OLHO DIREITO, ESCORIAÇÕES SEVERAS NO OMBRO, BRAÇO DIREITO, PERNA DIREITA E NAS MÃOS, PORÉM NÃO FICOU INTERNADA, QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DO VEICULO, QUE ESTE BO É COM FINS DO SEGURO DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LUCIANO CAMPELO ALVES - MAT.: 300062-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Francisca Neres Severino Machado

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-7

José Carlos Cesar Machado

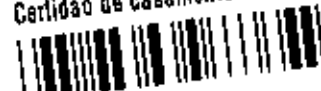


Estado do Ceará

República Federativa do Brasil

Cartório do Registro Civil

Certidão de casamento

Estado do CearáMunicípio de MassapeComarca de MassapeDistrito de SedeFrancisco Evilásio Araújo Carvalho

Oficial do Registro Civil

Certidão de Casamento N. B-23

CERTIFICO que sob o n. 1.826, às fls. 120, do livro B-23, do Cartório a meu cargo, consta lançado o termo de casamento civil, no regime de comunhão parcial de bens, realizado nesta cidade de Massape - no dia 17 do mês de outubro do ano de 2002 (dois mil e dois) - de José Carlos Cesar Machado - e Maria Francisca Neres Severino - que passou a usar o nome de Maria Francisca Neres Severino Machado ELE, brasileiro, solteiro, agricultor - nascido em Massape, Estado do Ceará, a quinze (15) do mês de novembro do ano de mil novecentos e setenta e quatro (1974) - residente e domiciliado em Arraial - Estado do Ceará - filho de José Severino Machado - e de Maria Tracema Machado - ELA, brasileira, solteira, agricultora - nascida em Massape - Estado do Ceará, a onze (11) do mês de julho do ano de mil novecentos e oitenta e dois (1982) - residente e domiciliado em Arraial - Massape - Ceará - filha de Francisco dos Elogos Severino - e de Maria do Socorro Neres Severino -

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180, do Código Civil Brasileiro.

OBSERVAÇÕES: Nada há

O referido é verdade: dou fé.

Massape - 17 de novembro de 2002

O Oficial do Registro Civil,



Estado do Ceará

República Federativa do Brasil

Cartório do Registro Civil

Estado do

Ceará

Município de

Massapê

Comarca de

Massapê

Distrito de

Sede

Francisco Eulálio Araújo Barreto

Oficial do Registro Civil

Certidão de Casamento N. B-23

CERTIFICO que sob o n. 1.826, às fls. 120, do livro B-23, do Cartório a meu cargo, consta lançado o termo de casamento civil, no regime de bens, realizado nesta cidade de Massapê - no dia 17 do mês de outubro do ano de 2002 (dois mil e dois) de José Carlos Cesar Machado - e Maria Francisca Neres Severino - que passou a usar o nome de Maria Francisca Neres Severino Machado E.L.E. brasileiro, solteiro, agricultor - nascido em Massapê - Estado do Ceará - a quinze (15) do mês de novembro do ano de mil novecentos e setenta e quatro (1974) - residente e domiciliado em Amaral - Estado do Ceará - filho de José Severiano Machado - e de Maria Francisca Machado - E.L.A. brasileira, solteira, agricultora - nascida em Massapê - Estado do Ceará - a onze (11) do mês de junho do ano de mil novecentos e oitenta e dois (1982) - residente e domiciliado em Amaral - Massapê - Ceará - filha de Francisco das Chagas Severino - e de Maria do Socorro Neres Severino -

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180, do Código Civil Brasileiro.

OBSERVAÇÕES: Nada há



O referido é verdade; dou fé.

Massapê - 17 de novembro de 2002

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de II



Eu, Soni Carlos Cesar Maltado, portador da carteira de identidade nº 2008294350-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 027.882.573-76, residente e domiciliado na RT Amiral - Mumbaba - SP, Cidade Manepi, Estado Ceará, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Soni Carlos Cesar Maltado

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Manepi, 10 de Abril de 2018

Local e data

Nº DO CLIENTE
2724138-6
Para maiores informações, utilize o site
www.enel.com.br ou entre em contato conosco.

folha criada pela Lei nº 10.430
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Porto Velho, 150
CEP 60735-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | GCF 06.106.848.3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 497353626

Rota 32 32135 01 015000 - 6 Data de Emissão 19/10/2017
Nome MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO
End. Postal DT ARRAIAL 00000
MUMBABA - IASSAPE - 62140000
Medidor 11495154 Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFÁSICO Fator de Potência 0,00
RG/CPF/CNPJ 027882573-76 GCF
Nome do Responsável

PERÍODO DE FATOR DE POTÊNCIA
Tela de Referência Data de Apresentação Previsão Próxima Lettura
Out/2017 19/10/2017 16/11/2017

PERÍODO DE FATOR DE POTÊNCIA
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjuntura N6076
Mês -12 2017 060 22,57

IMPORTE
Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
ISCM 0,00

PERÍODO DE FATOR DE POTÊNCIA
Fator de Potência Individual
Anual Tbm. Anual Anual Tbm. Anual
DIC 0,52 31,17 42,34 0,00 0,00 0,00
PIC 0,59 15,13 20,39 0,00 0,00 0,00
CMIC 0,62 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

IMPORTE RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
5547,1230,5584,7556,6417,8415,828,5363

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual Let. Anterior Cons. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Excl. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)
1168 1145 1,00 140 0,00 1,00 0,37975 56,20
19/10/17 19/09/17 31,046 106 56,20
VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MÊS 56,20
MULTA MORATORIA REF 07/2017 0,84
CORREÇÃO MONETARIA DO MÊS 0,25
JUROS DO MÊS 1,30
CARTÃO DE TODOS - 0800.283.8916 19,50
ADICIONAL BANCOTEIA MONETARIA MÊS 0,04 55,2

Comprovante de residência



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

DECOMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Preço	26,51
Distribuição	10,00
Encargos Setoriais	0,25
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	2,81
TOTAL	56,20

PERÍODO DE FATOR DE POTÊNCIA - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Corporações que emitem pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Densidade Ecológica (%CO₂)
63,97 0,00 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO
Visto de crédito vencido: 09/2017
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimo juros até este mês, no valor de R\$ 74,69. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES
Mês/Ano 09/2017 Valor 74,69

Esta fatura R\$ 2,81 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 0,52 e COFINS 0,10.
PIS: 0,00 100 2005 - COFINS: 0,10 100 2002 e 0,10 2003-03/2009

Nº do Cliente: 2724138-6 Referência: Out/2017
Data de Emissão: 19/10/2017 Total a Pagar (R\$): 77,89
Nº da Nota Fiscal: 497353626 Nº de Controle: 0002724138 00167 39802 57



2724138-6

Para qualquer dúvida, entre em contato conosco.
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 28 de abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042261/0001-70 | CGF 06.105.848-8

eriel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B, SÉRIE B-1 (N)

Rota 32 32135 01 015000 - 6 Data de Emissão 18/06/2018
Nome MARIA FRANCIMAR NERES SEVERINO
End. Postal DI ANRAIAL 00000
Medidor MUMBABA - MASSAPE - 62140000
Classe 11495154
RG/CPF/CNPJ RURAL 10 RESIDENCIA RURAL MONOFASELCO
Nome do Responsável 027882573-76

DATAS

Mês de Referência 18/06/2018
Data de Apresentação 17/07/2018
Próxima Letura 17/07/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Mês			Ano		
Conjunta	Individual	Apurados Individuais	Conjunta	Individual	Apurados Individuais
DIC	18,42	23,88	41,76	2,94	6,00
FIC	7,52	15,04	36,88	8,83	9,83
DNMC	5,38	2,22			

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
12607	12642	1,00	135	0,63	135		85,42

VALOR CONSUMO DO MES 64,64
Multa Moratória Ref 03/2018 0,93
Juros do Mes 0,35
Cartão de Todos - 0800.283.8916 19,50
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 5,46)

Comprovante da residência



17/07/2018

85,42

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Transmissão	Distribuição	Encargos Setoriais	Tributos (PIS e COFINS)	Tarifa
20,97	10,30	1,19	2,50	64,64

CONSUMO CONSCIENTE E EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
64,42	0,00	100

Prezado Cliente, não se autorretire. A entrega e a revisão de distribuidora entre nós são de graça, com uma cobrança de custo administrativo de Inspeção (art. 172 do art. 151 Resol. 014/2010 - Anel).
Consta desta fatura R\$ 2,50 referente a PIS e COFINS. PIS: 0,93 e COFINS: 1,57.
Estamos em Bandeira Vermelha porque o custo de 5,00 reais a cada 100 kWh ultrapassamos. Informações: www.anel.gov.br

Nº do Cliente 2724138-6 Referência: 0002724138 00175 39882 97
Data de Emissão: 18/06/2018 Total a Pagar (R\$): 85,42
Nº da Nota Fiscal: 529523430 Nº de Controle: 0002724138 00175 39882 97

83800000000-9 85420031000-3 00027241380-1 01753988280-6



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Carlos Cesar Machado,

RG nº 2008234850-0, data de expedição 14/08/72.

Órgão SSP, portador do CPF nº 045.454.303-47, com

domicílio na cidade de Manapí, no Estado de

Clara, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

DT Anjoal / Mumbala, nº S/N,

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima a própria declarante, cujo o condutor era

a própria declarante.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CD 150 TITAN RS

Ano: 2006

Placa: AB 4372

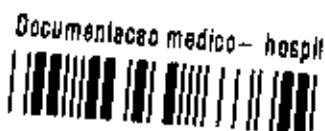
Chassi: SC2KC8Y06A87/0757

Data do Acidente: 03/11/2017

Local e Data: Manapí, 10 de Abril de 2018.

Jose Carlos Cesar Machado
Assinatura do Declarante

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



MUNICÍPIO DE MASSAPÉ
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR OZÍRES PONTES

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA ATENDIMENTO: 03/11/17

HORÁRIO DE CHEGADA: 19:43

IDENTIFICAÇÃO

NOME: José Carlos Cisan Machado IDADE: 43

FILIAÇÃO: Mania Inama Machado

DOCUMENTO: _____ DN: 15/11/74 SEXO: M(X) F()

ENDEREÇO: Annaíal BAIRRO: _____

DEMANDA: ESPONTÂNEA [] ENCAMINHADO (A) DO PSF []

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO: SIM [] NÃO []

SINAIS VITAIS

PA: 100 x 70 mmHg; FR: _____ irpm; Pulso: _____ bpm; SpO2: _____; Glicemia Capilar: _____

Peso: _____; Altura: _____; Temp.: _____

Kermerson Santos
Téc de enfermagem

ASSINATURA TÉCNICO (A) ENFERMAGEM - COREN

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

DESCRIPTOR: _____ COR: _____

AMARELO

HORÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO: 19:43

QUEIXA PRINCIPAL:

paciente grave, com lesões extensas na pele e co
abulido, provável perda de globo ocular, segundo avo
do técnico de enfermagem que prestou atendimento no

Andson R. Lima
ENFERMEIRO
COREN: 111912

ASSINATURA DO ENFERMEIRO (A) - COREN



MUNICÍPIO DE MASSAPÊ
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR OZIREZ PONTES

ATENDIMENTO MÉDICO

HORÁRIO DO ATENDIMENTO: _____

NAMNESE E EXAME FÍSICO:

Paciente refere acidente de moto (sic), apresenta
múltiplos ferimentos em face, com laceração ocular,
hemorragias e escoriações pelo corpo.

DIAGNÓSTICO:

Trauma facial extenso

CONDUTA:

1) Pungir 100ml EV
Transferência para avaliação por Traumatologia
na SCMS.

Dr. Carlos Wilson de O. Lima
Médico
CREMÉC 18298

19:45
Meyerson Santos
Téc. de Saúde
CREMÉC 112.303

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

PROFISSIONAL ENFERMAGEM - COREN

Destino do Atendimento:

Internação []; Alta []; Encaminhar para o CSF []; Óbito []; Observação []; Transferência []
(identificar)

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Rua do Cruzeiro, S/N - Cohab - Massapê/CE
CEP: 62140-000 - Telefone: (88) 3643.1137



7-12
ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE MASSAPÉ
SECRETARIA DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

01. Preencha esta ficha em 3 vias;
02. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregue a 2ª via ao usuário, o orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: MSOP

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Jose Carlos (de S) Felix Machado

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: 1 / 1

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

paciente vítima de acidente de trânsito com múltiplos ferimentos, com ferimentos com exposição óssea em resultado de Exames: raio x frontal

Consulta já realizada: _____

Impressão diagnóstica: _____

Exame Externo (SSAA) (TCE?)

03.11.17

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____

Função: _____

Data: _____

Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Trounato Wgira

Unidade de referência: _____

Data: 1 / 1

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: SCUB

Município: Sobral

Prontuário Nº: 281.287

Ata: 07.11.17

Resumo: Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Genia Cass de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
P.D. Lúcia de S. de Siqueira
Angela R. Montenegro
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal _____

CID _____

Secundário 1 _____

CID _____

Secundário 2 _____

CID _____

Proposta de Conduta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro: _____

Função: _____



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 5014158 DT. ATEND.: 3/11/2017 - 21:41

MATR.: 921287 NASCIMENTO: 15/11/1974

NOME.: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

MAR.: MARIA TRACEMA MACHADO

CPF.: 04345430341 DNS: SUBFACIL:

ENDER.: ARRAIAL O

BAIRRO: DISTRITO - MASSAPE

-CE- CEP: 62140000

40000

QP:

HDA:

Pts Vizinhas de bloco - perto x Centro,
rua Caspary, A - 1º andar

B - 2º andar

C - 3º andar, sala 101

D - 4º andar

EXAME FÍSICO:

E - 5º andar, sala 101
sem exame

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Pulso

CONDUTA:

Tratado

Centro-Oeste de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
p. Maria Tracema Machado
Andreia R. Montenegro
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO FINAL:

[Assinatura]



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



Aten: 5014156 Dt. Atende: 05/11/2017 - 20:28

Reg.: 5014156 Dt. Receb: 15/11/2017

Nome: JOSE CARLOS CESAR RICHARDS

End.: ARAIAL O

DISTRITO: MASSAPÉ-DE: CEP: 62140000

Nº PRONTUÁRIO

LEITO:

NOME:

SETOR:

ENFERMARIA:

DATA

03/11/17

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

04.11.17

TCE + restrição
de movimento de membros inferiores
que
salvo CT com
movimento normal

Jardus Campolo
Cirurgião Plástico
CRM 20520 - RQE 2679

Santa Casa de M. de São Paulo
CAME
CORRETO COM O ORIGINAL
D. M. Montenegro
COORDENADORA



ATENÇÃO: 501418 Dt. Atendimento: 05/11/2017 - 22:34
Reg.: 501418 Dt. Receb.: 15/11/2017

Nome:

Nome: JESSE CARLOS CESAR MAGNANO

End.: 4560111 0

Data:

DISTRITO: PASSA-FE-DE: CEP: 62140000

05/11/17

LANÇO TERAPÊUTICO

Clinica:

End: S12

Leito: 1

Matr: 1

Reg: 1

Poso: 1

Altura: 1

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

Carla Oreste M. de Sousa
Coordenadora

O paciente apresenta melhora da tosse, porém ainda com expectoração espessa e amarelada. Não há febre, tosse seca, nem dispnéia. O paciente está bem hidratado e com bom estado geral. A ausculta pulmonar não apresenta alterações. O paciente está em uso de medicação prescrita e não apresenta efeitos adversos.

SINAIS VITAIS

HORA	TEMP	PA	FC	FR
08:30	36,5	120/80	94	18
14:30	36,5	120/80	94	18

USO O₂ e AR COM

USO	RESPIRADOR
01	01
02	02
03	03
04	04
05	05
06	06
07	07
08	08
09	09
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22

GLICEMIA
HORA VALOR HORA VALOR
08:30 120 14:30 120

BOMBAS DE INFUSÃO
Medicação Quantidade
01 01

ECG
01 01

RAXAS
01 01

ECG
01 01

ECG
01 01

ECG
01 01



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 5017166 DT. ATEND.: 7/11/2017 - 15:30
MATER.: 921280 NASCIMENTO.: 15/11/1974
NOME.: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
NME.: MARIA IRACEMA MACHADO
CPF.: 04545430341 CNIS: 706590522284391 SUSFACIL:
ENDER.: ARAIAL O
BAIRRO: DISTRITO - MASSAPE -CE- CEP: 62140000

QP:

HDA: Paciente vítima de acidente de trânsito, re-
sultando em lesões extensas na face, necessita de
tratamento cirúrgico.

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
P. Maria Lúcia da Silva
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Lesão Extensa na Face

CONDUTA: Tratamento Cirúrgico

DIAGNÓSTICO FINAL:

Antônia Agostinha Moura
MCA-60
CREMEC: 5430

DATA:

Horas:

Ass. ICDM:

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 921287
Paciente: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Sexo: MASCULINO
Dt. Nasc.: 15/11/1974
Mãe: MARIA IRACEMA MACHADO
Pai: JOSE SEVERIANO MACHADO
E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: ARRAIAL
Bairro: DISTRITO
Cidade: MASSAPE
Fone: 992457670
CPF: 04545430341
Idade: 42a 11m 20d
Cor: PARDA
CNS:
Nº: 0000
CEP: 52140-000
UF: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Documento:
Cidade:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 5014158
Data: 03/11/2017
Procedimento: 0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Médico: ADERBAL BEZERRA MARTINS
Unidade Int.: UI EMERGENCIA ADULTA
Leito: LEITO 1-1 EMERG. ADULTA
Convênio: SUS - SIH
Plano: 1
Carteira:
M. Guia:

Atendente: THALYSSON ALB
Hora: 21:41
Permanência: 0 Dias

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
RITA DOS SANTOS CHAVES
COORDENADORA

Página: 01
Emitido por: RITA_CHAVES
Em: 07/11/2017 14:49

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento de Internação
Unidade de Alta Hospitalar do Paciente

Atendimento: 5014158

Dt. Atendimento: 03/11/2017 - 21:41

Dt. Alta: 07/11/2017 - 14:49

Paciente: 921287 JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Serviço: 6 CIRURGIA PLASTICA REPARADO
Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 483 LEITO 7 3 ONCOLOGIA
Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 51 PERMANENCIA POR REOPERAÇÃO
Usuário: RITA_CHAVES

COD: 107

TRAUMATISMOS MULTIPLOS DE USO ESPECIAL ADOS

Procedimento de Alta

0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Unidade de Alta

RITA DOS SANTOS CHAVES



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
UNIDADE CIRÚRGICA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: 3677.1930 - Sobral-CE.

Boletim de Cirurgia (Preencher todos os campos após a cirurgia - Retirar a folha)

NOME DO PACIENTE:

JOÃO Carlos Lima Mota

DIAGNÓSTICO:

Prontidão para a cirurgia

OPERAÇÃO:

Prontidão para a cirurgia

61 MATERIAL DE SALA

Lâminas, Manchas, frangos, etc.

65

Medicamentos de sala

74

Oxigênio

Nº DA AIIH

CIRURGIA

REG.

CÓDIGO CID

CONVERSO CATEGORIA DETALHES

CÓDIGO SSM

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

Medicamentos de sala

1. PEQUENA 4. SIKULT.
2. MÉDIA 5. MAU T.
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDARIA

INÍCIO TÉRMINO DURAÇÃO

DIA MÊS ANO DIA ÚT

Tipo

DOSAG

QUANT.

V

Sim

Não

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Ass. da Enfermagem

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERE COMO ORIGINAL
Andreia A. M. de Aguiar
COORDENADORA

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAIS)

4-3-78 em AD

2. Quir - + antipm et. comp

3. Neoplasia

- Debulmanet e quipm
- Neoplasia (abris 40)
- Neoplasia em asa prof
- Neoplasia eutro furo
- Neoplasia eutro + eutro

CRM 6330 - RCE 2818
Jardas Samir de
Cirurgia Plástica

Conta Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Assinatura e Carimbo
André R. Montenegro
COORDENADORA

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

PRESCRIÇÃO: 1750513 DATA: 04/11/2017 09:32
USUÁRIO: JOSE MAURO
ATENDIMENTO: 5014158 DT NASC: 15/11/1974 (42A 11M 21D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 921287 - JOSE CARLOS CESAR MACHADO
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERPRETAÇÃO: 03/11/2017 21:41 1 SÍAS(S) INT

1ª VIA

Rúbrica do Médico

MÉDICO: ADERBAL BEZERRA MARTINS SERVIÇO: OUTROS SERVIÇOS
UNID. INT.: UI EMERGENCIA ADULTA LEITO: LEITO 1-1 EMERG. ADULTA COBERTURA: OBSERVAÇÃO ADULTA
CID: T07 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS CICLO: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

JOSE CARLOS MACHADO, 42 ANOS, 1 DIH POR POLITRAUMA.

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, REFERE DOR EM FACE, NEGA FEBRE, NEGA NAUSEAS E VÔMITOS, SEM SE ALIMENTAR. MIURSE E EVACUAÇÃO PRESENTES, BOA CONCILIAÇÃO SONO/VIGILIA.

/ O EXAME
FEG, AAA, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO
ACP: FISIOLÓGICO
/ BD: INOCENTE
EXT: PPP, SEM EDEMA

CIDAO CC, AOS CUIDADOS DA PLÁSTICA

5014158

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Ad	Frequência	Data Horários
1 DIETA ZERO	1					[04/11] . 09:32

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Ad	Frequência	Data Horários
2 RINGER COM LACTATO 500ML	4	FRASCO		EV	ACM	500 500 500 500

C.C. CEFALOTINA 1G - TO
Justificativa: prescrita

Obs.: DILUIR EM 100ML DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%. INJEZAR EM 10 MINUTOS.

1-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% FR. 100ML
1-> EQUIPO PARA SORO
1-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12
1-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER
LOCK

1 FRASCO
1 UND
1 UNIDADE
1 UND

4 C.C. DIPIRONA - TO

Obs.: Diluir em 20ml de AD

1-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
1-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12
1-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML

1 AMPOLA
1 UNIDADE
1 UND

EV 05X06 HOR [04/11] . 12 . 18
[05/11] . 00 . 06

CONFERE COM ORIGINAL
P. Maria R. Montenegro
COORDENADORA

S. A. 11/11/2017

6. 11/11/2017

7. 11/11/2017

8. 11/11/2017

12/11/2017

11/11/2017

11/11/2017

1ª Via

Rubric
 Medical

5017166

DIETA LIVRE

Ord.	Unidade	Siv.	Adl.	Frequência	Data Horária
1	PRASCO AM		EV	12X12 HOR	10/02
2	AMPOLA				
3	UNID. DE				

Org. Unid.Orig.	SN	Ant.	Frequência	Data HoraOrig.
FRASCA	EV	ACM		

1 FRASCO AM EV 04X04 HOR [06-11] 10 14 18 22
[03-11] 02 06
1 UND
1 UNIDADE
1 UND

1 AMPOLA EV 06X06 MOR [08:11] 12 18
[09:11] 00 03

1 AMPOLA

1 UNIDADE

1. AMPOLA
1 UNIDADE

6 CUIDADOS GERAIS

[illegible]

CRN/C: 5430

ANTONIO AGOSTINHO MOURA
CRM 5430

Conta Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
P. P. Maria Cláudia de Sobral
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 921287
Paciente: JOSE CARLOS CESAR MACHADO CPF: 04545430341
Sexo: MASCULINO Idade: 42a 11m 24d
Dt. Naso: 15/11/1974 Cor: BRANCA
Mãe: MARIA IRACEMA MACHADO CNS: 706500322284351
Pai: JOSE SEVERIANO MACHADO
E. CIVIL: SOLTEIRO
Endereço: ARRIAL Nº: 9
Bairro: DISTRITO CEP: 62140-000
Cidade: MASSAPE UF: CE
Fone: 082457670

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: [REDACTED]
Endereço: [REDACTED]
Telefone: [REDACTED]

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 5017166 Atendente: CLERSON
Data: 07/11/2017 Hora: 15:30 Permanência: 3 Dias
Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Médico: ANTONIO AGOSTINHO MOURA
Unidade: CLÍNICA ONCOLOGIA
Leito: 463 LEITO 7-3 - ONCOLOGIA
Convênio: SUS - SIH
Fluxo: 11
Carteira: [REDACTED]
M. O. de: [REDACTED]

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
P. P. Maria da Silva
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento de Internação
Anamnese de Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: JUVENILDE
Em: 11/11/2017 14:16

Atendimento: 5017166

Dt. Atendimento: 07/11/2017 - 15:30

Dt. Alta: 11/11/2017 - 14:18

Paciente: 921287 JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Serviço: 34 OUTROS SERVICOS

Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 463 LEITO 7-3 - ONCOLOGIA

Fluxo: 1 SUS - SIH

Fluxo de Alta: 1 ALTA MELHORADA

Unidade: JUVENILDE

CID: PDZ CANCER NA C/ SEXTILADA - OUTRA PARTE

Procedimento de Alta: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Carteira de Alta

PRESCRIÇÃO: 1752396 DATA: 07/11/2017 12:27
USUÁRIO: AGOSTINHO
ATENDIMENTO: 5014158 DT NASC: 15/11/1974 (24 ANOS)
CONVÊNIO: SUS - SIN
PACIENTE: 921287 - JOSE CARLOS CESAR MACHADO
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA.
INTERVENÇÃO: 03/11/2017 21:41 4 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Medico

5714158

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

DIETA LIVRE

Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data Horários
					(07/11) 12:27

ANTIMICROBIANOS

- C.C. CEFTRIAXONA 1G FRASCO AMPOLA
Justificativa: prescrição
-> AGUA BI-DESTRADA 10ML AMPOLA
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data Horários
1	FRASCO AM		EV	12X12 HOR	(07/11) 12:27
2	AMPOLA				
1	UNIDADE				

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

RINGER COM LACTATO 500ml
Obs:

Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data Horários
1	FRASCO		EV	ACM	

- C.C. CEFALOTINA 1G - TO
Justificativa: prescrição
-> EQUIPO PARA SORO
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER-LOCK
Obs:

Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data Horários
1	FRASCO AM		EV	04X04 HOR	(07/11) 14:18 22:10
1	AMPOLA				
1	UNIDADE				
1	AMPOLA		EV	04X06 HOR	(07/11) 18:00 02:12

- AGUA BI-DESTRADA 10ML AMPOLA
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

1	AMPOLA				
1	UNIDADE				

DECLUTICAÇÃO PREJUDICADA

6 CUIDADOS GERAIS

Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	------	------------	---------------

Antonio Agostinho Moura
Médico
CRM 5430

ANTONIO AGOSTINHO MOURA
CRM 5430

Conta Cash de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
P. P. Maria Cláudia da Silva
Gerente R. Montenegro
COORDENADORA

PRESCRIÇÃO: 1754524 DATA: 11/11/2017 08:02
USUARIO: AGOSTINHO
ATENDIMENTO: 5017166 DT NASC: 15/11/1974 (60 ANOS 27D)
CONVENIO: SUS SIR
PACIENTE: 921287 - JOSE CARLOS CESAR MACHADO
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 07/11/2017 15:30 4 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Medico

ANTONIO AGOSTINHO MOURA
RUA GADIRFENA N.º 100 - JARDIM SANTA MARIA - SOBRAL - CE - 62010-000
FONE: (85) 3333-1111
E-MAIL: agostinho@scmsobral.com.br

5017166

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA LIVRE

Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
1					[11/11]	08:02

ANTIMICROBIANOS

2 C.C. CEFTRIAXONA 1G FRASCO AMPOLA
Justificativa: prescrição
-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
1	FRASCO AM		EV	12X12 HOR		
2	AMPOLA					
1	UNIDADE					

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

3 RINGER COM LACTATO 500ML
Obs.: prescrição

Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
4	FRASCO		EV	ACM		

4 C.C. CEFALOTINA 1G - TO
Justificativa: prescrição
-> EQUIPO PARA SORO
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER
LOCK
-> DILUENTONA TO
Obs.: prescrição

Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
1	FRASCO AM		EV	04X04 HOR	[11/11]	10 14 18 22
					[12/11]	02 06
1	UND					
1	UNIDADE					
1	UND					
1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[11/11]	12 18
					[12/11]	00 06

-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

1	AMPOLA					
1	UNIDADE					

DEGLUTICAÇÃO PREJUDICADA

6 CUIDADOS GERAIS

Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

Santa Casa de M. de Sobral
AS AME
CONFERE COM ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

ANTONIO AGOSTINHO MOURA
CRM 5430

[Assinatura]

ANTONIO AGOSTINHO MOURA
Medico
CRM-CE 5430



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
ENTIDADE FILANTRÓPICA

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908

Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que José Carlos da Silva

Necessita de 30 (trinta) dias de Licença para
tratamento de Saúde.

Devido:

Tratamento de saúde

C.I.D.

Antônio Agostinho Moura
CIRURGIÃO PLÁSTICO
CREMEE: 5.439 - RBE 0.175

Sobral, 04/11/2017

Assinatura do Médico e Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

Polícia Dileta



José Carlos Cesar Machado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2808294950 - 0

DATA DE EMISSÃO: 14/08/2012

NOME: JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO

PAI: JOSÉ SEVERIANO MACHADO

MÃE: MARIA TRACENA MACHADO

NATURALIDADE: MASSAPÉ - CE

DATA DE NASCIMENTO: 15/11/1974

DDI: 00000

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO. TERMO: 1826 FOLHA: 120

LIVRO: B-23 MASSAPÉ - CE

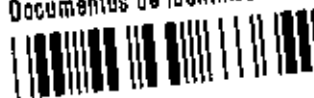
RG: ANT: 2913466-94

P.: 120

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/13

Documentos de Identificação





Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

045.454.303-41

Nome

JOSÉ CARLOS CESAR MACHADO

Nascimento

25/11/1974

MOTOR / KOBELCO DIVERS/A
CNRJ: 09.249.608/0001-04

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233748/18
Vítima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
CPF: 045.454.303-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/11/2017
Titular do CPF: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



JOSE CARLOS CESAR MACHADO : 045.454.303-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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 cancela 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: 25/06/2018
Nome: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
CPF/CNPJ: 045.454.303-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE CARLOS CESAR MACHADO
 DATA DO ACIDENTE 03/11/2017 CPF DA VÍTIMA 045.754.303-41
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSE CARLOS CESAR MACHADO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Distrito Anápolis
 Nº S/N COMPLEMENTO _____ BAIRRO Montebelo
 CIDADE Montebelo UF CE CEP 60.740-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 3613-3737

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 2008287550-0
 ASSINATURA Jose Carlos Machado

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA na cahele

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes

Superintendente de Sinistros

arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

027.882.573-76

Nome

MARIA FRANCISCA NUNES SEVERINO MACHADO

Nascimento

11/06/1982



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233748/18

Número do Sinistro: 3180298992

Vítima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

CPF: 045.454.303-41

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/11/2017

Titular do CPF: JOSE CARLOS CESAR
MACHADO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE CARLOS CESAR MACHADO : 045.454.303-41

Autorização de pagamento

OUTROS



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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 29/10/2018
Nome: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
CPF: 045.454.303-41

JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2018

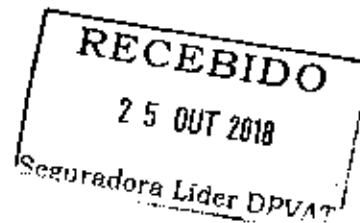
Aos Cuidados de: **JOSE CARLOS CESAR MACHADO**
Nº Sinistro: **3180298992**
Vítima: **JOSE CARLOS CESAR MACHADO**
Data do Acidente: **03/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180298992**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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 13299288



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233748/18

Número do Sinistro: 3180298992

Vítima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

CPF: 045.454.303-41

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/11/2017

Titular do CPF: JOSE CARLOS CESAR MACHADO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE CARLOS CESAR MACHADO : 045.454.303-41

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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 29/10/2018
Nome: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
CPF: 045.454.303-41

JOSE CARLOS CESAR MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO