

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MANOEL DE SALES

Nº Sinistro: 3180437414

Vitima: JOSE MANOEL DE SALES

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180437414**.

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 13395328



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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.

19 SET 2018

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.

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

**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
	214.737.143-20	JOSE MANOEL DE SALES

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
JOSE MANOEL DE SALES		214.737.143-20	AGRICULTOR
Endereço		Número	Complemento
SÍTIO ESPINHAÇO - ARAJARA		491	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ZONA RURAL	BARBALHA	CEARA	63180-000
Email			Telefone (DDD)
			(88) 9.9248-3095

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 POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRCL DVV CONTA NRCL DVV  
 1034 3 33597 5  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRCL  
 AGÊNCIA NRCL DVV CONTA NRCL DVV  
 (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.

BARBALHA, 10 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

*JOSE MANOEL DE SALES*  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

28/08/2018 - BANCO DO BRASIL - 13:42:24  
884212135 0263  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE MANOEL DE SALES  
AGENCIA: 1824-3 CONTA: 33.532-5 VAR:51

=====

DATA	28/08/2018
NR. DOCUMENTO	88.421,213,500,263
VALOR DINHEIRO	
VALOR TOTAL	

=====

NR. AUTENTICACAO 7,708.84F,63B,588,F4A

Creditos a partir de 04 05 2012 estao  
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,  
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

RECEBEMOS

19 SET 2018

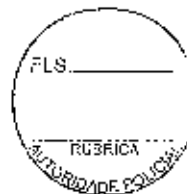
Maria Gacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-00

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1693 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **18/07/2018 10:15:32**Data / Hora da Ocorrência: **06/07/2017 16:30:00**Endereço da Ocorrência: **SÍTIO BOA ESPERANÇA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**RG: **99029112540**Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES****MANOEL JOAQUIM DE SALES**Endereço: **SÍTIO ESPINHAÇO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BARBALHA/CE**País: **BRASIL**CEP: **Telefone: (88) 9611-8826****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: HXB4451 Uf: CE Município: BARBALHA Chassi:****9C2JC30101R097345 Renavam: 754344916 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS Ano****Fabricação: 2001 Ano Modelo: 2001 Combustível: GASOLINA Cor:****VERDE Proprietário: JOSE RICARDO ALVES COUTINHO Situação: NÃO****INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO****Histórico**

Afirma o(a) noticiante/vítima, advertido(a) das penas cominadas para os crimes de denúncia caluniosa e falsa comunicação de crime/contravenção penal, que era o garupeiro da motocicleta pilotada por José Ricardo Alves Coutinho. Aduz que estavam no Sítio Boa Esperança quando, ao pararem na entrada e rampa - da rodovia que dá acesso ao Distrito do Caldas, nesta cidade, o piloto pisou num buraco e com isso a motocicleta pesou e perderam seu equilíbrio, momento em que pularam da moto. A vítima, ora noticiante, ao pular, caiu de mal jeito e sofreu uma lesão no pé direito. O condutor da motocicleta não sofreu nenhuma lesão. Depois do acidente que acaba de narrar, foram para casa. Após chegar em casa, a dor não cessava e o inchaço era visível, por isso pediu para que um sobrinho fosse deixá-lo no Hospital. Foi levado para o Hospital São Vicente, em Barbalha/CE. Ao dar entrada na unidade hospitalar, foi submetido a exame de Raio-X, teve o pé imobilizado e foi orientado a voltar no dia seguinte, já que naquele horário não havia médico especialista para atendê-lo. No dia seguinte voltou e foi atendido por um especialista. Depois de fazer alguns exames, poucos dias depois foi submetido a cirurgia, uma vez que ficou constatado que a vítima sofrera uma fratura no pé direito. Após a cirurgia, recebeu alta. Precisou fazer algumas sessões de fisioterapia para conseguir melhorar os movimentos do pé. Ainda hoje sente dores no pé direito. O condutor da motocicleta, que também é proprietário, possui CNH.

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

José Ailton Saraiva Calixto Júnior

ESCRIVÃO DE POLÍCIA Pág. 1 de 2

Mat.: 300.307.153 Impressão em: 18/07/2018 10:25:51

Ass - 0344463/18  
3180437414.

Jose Ricardo Alves Coutinho

+ JSS Manoel de Sales

tem o.o. 1  
Jg



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1693 / 2018**

Ressalta que somente a vítima restou lesionado em decorrência da queda. O piloto nada sofreu. Não contratou ninguém para auxiliá-lo no protocolo do Seguro DPVAT. O piloto da motocicleta está presente e confirma os fatos narrados, além assinar o presente boletim de ocorrência. Está ciente de que as informações prestadas neste registro são de inteira responsabilidade da vítima.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA**

José Ailton Saraiva Calixto Júnior  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
Mat.: 300.937-1-3

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*X Ricardo Almeida Lobo*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

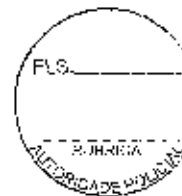
**JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8**

**RECEBEMOS**  
19 SET 2018

Maria Geineide F. Nobre  
Corretora de Seguros E  
CNPJ 21.487.736/0001-00

*X José Ricardo Almeida Lobo*

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1893 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**  
Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 15:34:45**  
Data / Hora da Ocorrência: **06/08/2018 15:34:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA MAJOR SAMPAIO, 45**  
Complemento: **DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL**  
Bairro: **CENTRO** Município: **BARBALHA/CE**  
Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**  
Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**  
RG: **99029112540** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES**  
**MANOEL JOAQUIM DE SALES**  
Endereço: **SITIO ESPINHAÇO**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **BARBALHA/CE**  
País: **BRASIL**

**RECEBEMOS**

**19 SET 2018 UF: CE**

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CEMPJ: 21.487.735/0001-08

Telefone: **(88) 9611-8826**

**Histórico**

Cuida-se de registro de boletim de ocorrência para retificar dados do BO nº 421-1693/2018, considerando que o acidente de trânsito ocorreu no dia 06/06/2017, por volta das 16h30min, e no registro do BO nº 421-1693/2018 consta dia 06/07/2017. A retificação tem base em Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência, emitida pelo Hospital São Vicente de Barbalha/CE. Onde se lê: Data/Hora da Ocorrência: 06/07/2017 16:30:00. Leia-se: Data/Hora da Ocorrência: 06/06/2017 16:30:00.

José Ailton Saraiva Calixto Júnior  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
Mat.: 300.907-1-3

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Francisco Marcelo Moura de Almeida*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <u>JOSE MAYOEL DE SALES</u>	CPF da Vítima <u>214.737.143-20</u>	Data do Acidente <u>06-06-2017</u>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a (trinta) dias do respectivo pedido.

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

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

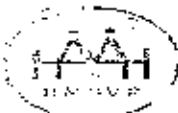
BARCELHA-CE 10 de SETEMBRO de 2017

Local e Data

Jose Manoel de Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



06/06/2017

- Data de Emissão

## Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SFNHA

## Dados do Paciente

Nome: JOSE MANOEL SALES

Paciente: 444891

Nome da Mãe: MARIA BRASILINA SALES

Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 10/01/1961 Idade: 56 Anos / 4 Meses / 27 Dias

Endereço: SÍTIO ESPINÍFACO

Bairro: RURAL

CEP: 63180970

Cidade: BARBALHA

Telefone: 96118826

Profissão Declarada: AGRICULTOR

## Dados do Atendimento

Data: 06/06/2017

Hora: 17:24:53

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Serviço

CIRURGIA GERAL

Queixas:

T:

P:

F:

FAIRMACOVIGILÂNCIA Alérgica: ( ) Sim ( ) Não A que?

Hora médica: 17:24:53

Hipótese Diagnóstica:

Cód. CID 10

E00.0

Procedimento

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-09

Imagem

Laboratório:

Cultura:

Conduta

Assinatura do Paciente ou Responsável

PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMD/VO)

CRM

H11212

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MANOEL DE SALES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01024-3

CONTA: 000010033597-7

---

Nr. da Autenticação 5D1522AD50497693

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE MAIOEL DE SALES

RG nº 99029113540, data de expedição 24/05/90, Órgão SSP-CE

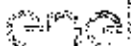
CPF nº 214.737.143-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio ESPINHAÇO ARAJÁ</u>		
Número	<u>441</u>		
Apto / Complemento			
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>	<b>RECEBEMOS</b> 19 SET 2018 Maria Cecineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ.21.487.736/0001-06	
Cidade	<u>BARBALHA</u>		
Estado	<u>CEARA</u>		
CEP	<u>63180-000</u>		
Telefone de Contato	<u>(88)9.9246-5102 - 9.9248-3095</u>		
E-mail			

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARBALHA-CE 10-09-2018

Assinatura do Declarante: Jose Maioel de Sales



Para aplicar este monograma, utilize o nº 10000  
 sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 532911762  
 Rote 39 13014 04 745000 - 6 Data de Emissão 12/07/2018  
 Nome MARIA DO SOCORRO SALES  
 End. Postal ST ESPINHACO ARAJARA 00491  
 DISTRITO ARAJARA - BARBANA - 63100000  
 Medidor 9581172 Poste 0000 0000  
 Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFÁSICO BAIXA RENDA  
 RG / CPF / CNPJ 006612823-41 CPF

**DAIS**

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Lição
Jul./2018	13/08/2018	13/08/2018

INFORME DE QUALIDADE DO FORNECEDOR

Vale a pena ler o verso desta carta.

Conjunta	2010	
Mês	31/2010	US\$ 13,92

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
150.000,00	15%	22.500,00

	Accounting Method			Apuração Individual		
	Menor	Maior	Atual	Menor	Maior	Atual
DIC	15,44	20,39	41,76	3,91	6,63	10,54
PIC	7,52	15,36	32,05	2,39	6,04	13,73
DIMIC	8,92			2,56		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5749-5752, 1991, 307, 155, 102.

**-INFORMAÇÕES SOBRE O SATURAMENTO DO CONSUMO**

Unit: Annual	Est. Previous	Constant	Consumption (RWH)	Consum. Inc. L	Constant	Est. Feb.	Turb. (RWH)	Value (40)
FF 20255	20139	1.00	25	0.00	56	56	1.00000	3.88
					-5		0.00000	18.57
13-07-13	13-06-12		25	0.00	86			25.50

**• RESUMEN**

VALOR CONSUMO DO MES	24,50
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,00
PTS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,35
DOACAO FUNDACAO TERRA (85) 3296 - 3600	5,00
DOACAO PAST DA CRIANCA - TEL 85 3254 6441	2,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 2,34 )	

**VENCIMENTO** 20/03/2018

TOTALA  
FAGAR [RS]

45.89

can be used to evaluate the complexity

Energia .....	12,61
Transporto .....	1,85
Distribucija .....	7,79
Preparavai Statistika .....	1,93
Reikavai MGS PIS-GEFAS .....	2,77
<b>Suma .....</b>	<b>26,95</b>

### HISTÓRICO DE CONSUMO

87
66
36
58
45
88
84
95
74
83
331
79
04

CONSULTING ENGINEERS: KINGSFORD P&C, INC./KUNH

Emissão kg CO <sub>2</sub>	Consumo de água (m <sup>3</sup> )	Consumo de energia elétrica (kWh)
33,57	0,00	0,00

[illegible]

1999-2000: 100% (100% of 100%)

Chave de vizinhos e amigos e entre os debates ao Instituto Brasileiro de Defesa da Democracia, Zika e Chiquinho. Ministério da Saúde, Gov. Federal

120 Pp. PAPERBACK. CO. 959 LEITUNG 722; FET 4601A-LEIT BILDESTRE 421 RE 305 410

Consta desta fatura R\$ 2,57 referente a FIS e O.FINANCIAIS: FIS: 33, e O.FINANCIAIS: 33.

[illegible]

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

2767309-0

Para obter o seu comprovante de pagamento, consulte o site [www.enel.com.br](http://www.enel.com.br) ou o aplicativo Enel. O comprovante de pagamento é válido para a cobrança de energia elétrica.

Atividade: Serviço de Energia Elétrica  
 Endereço: Rua da Energia, 1000  
 CEP: 01000-000  
 CNPJ: 07.042.151/0001-70

Conta de Energia Elétrica - Grupo B (Residência)

Nome: 28 13814-01.119700 - 5  
 Data de Emissão: 12/06/2018

Nome: CÍCERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
 End. Postal: ST LAMBEFOUR 01505  
 CABECEIRAS - BARBALHA - 69120200

Medidor: 12163791  
 Classe: 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO  
 NG/CPF/CNPJ: 010969643-33

Nome do Responsável: Vitor do Nascimento

Período de Cobrança: 11/07/2018 a 11/07/2018

Valor a pagar: R\$ 121,53

Descontos: R\$ 0,00

Valor Total: R\$ 121,53

Composição do Valor de Consumo:

Descrição	Valor (R\$)
Energia	58,39
Transmissão	9,27
Distribuição	17,49
Energia Solar	4,69
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,25
TSTL	59,39

Consumo Consecutivo - Energia de 60 dias

Consumo (kg CO <sub>2</sub> )	Consumo (kg CO <sub>2</sub> )	Consumo (kg CO <sub>2</sub> )
50,34	0,20	0,20

Prezado Cliente, este é o seu comprovante de pagamento. O valor de R\$ 121,53 é devido até o dia 15/07/2018. O valor de R\$ 121,53 é devido até o dia 15/07/2018. O valor de R\$ 121,53 é devido até o dia 15/07/2018.

RECEBEMOS  
19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Enel  
 CNPJ: 21.487.736/0001-02

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RICARDO ALVES COUTINHO,

RG nº 200.202.9076568 data de expedição 20/03/18,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 003.563.043.03, com

domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de

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

SITIO ESPINHAÇO, nº \_\_\_\_\_,

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 JOSE MARYDELIDESALES, cujo o condutor era

JOSE RICARDO ALVES COUTINHO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 TITAN KS

Ano: 2001-2001

Placa: HXB4451

Chassi: 9C2J30101M8F345

Data do Acidente: 06.06.2017

Local e Data: BARBALHA - CE - 08.08.2018

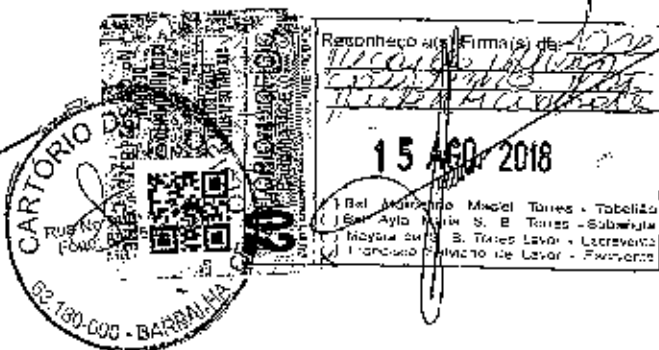
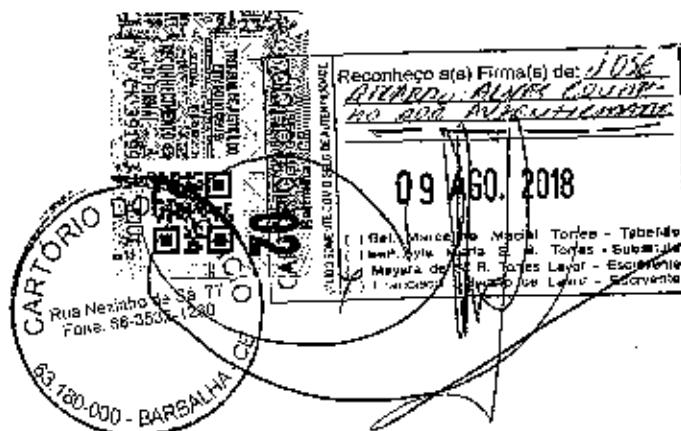
RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Assinatura do Declarante

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





**HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 239 - Barbalha - Ceará

Nome: Levi Manoel

Nº doc. \_\_\_\_\_

*Relatório Médico*

*Relato que o peti  
seguiu acidente de  
transito no dia 06/08/18,  
necessitando de 02  
antipséptico.*

107 11212-8  
Dr. Paulo César D. Solon  
Radiologia Intervencionista  
CRM-CE 11212

Dr. (a) \_\_\_\_\_

*07/08/18*  
Voltando à consulta traga esta receita

**RECEBEMOS**

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ:21.487.736/0001-08

50,474



## Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

### Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3014432  
Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL SALES  
Solicitante.....: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)  
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO  
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 761893  
Idade.....: 56a 6m 7d  
Atendido.....: 06/06/2017  
Lado.....: 06/06/2017

### PÉ DIREITO

- Fratura antiga não consolidada da base do 1º metatarso.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06



# Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

CIRURGIA

07/06/2017  
Data de Emissão

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANO  
Usuário do Atendimento : ANPEREIRA

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento : 10/01/1961

Idade : 56 Anos / 4 Meses / 28 Dias

Endereço : SÍTIO ESPINHACO

Bairro : RURAL

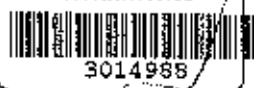
CEP : 63180970

Cidade : BARBALHA

Telefone : 96118826

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Número :



3014988

## Dados do Atendimento

Data : 07/06/2017

Hora : 09:00:46

CONVÊNIO : SUS - AMBULATORIO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço

ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

T :

PA :

P :

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgica : ( ) Sim ( ) Não A que? \_\_\_\_\_

Hora médica : \_\_\_\_\_

*Prontidão vital, com dor*  
*de trauma, 5/6, 1/2*  
*de PI*

Hipótese Diagnóstica : \_\_\_\_\_

Cód. COD 10 : \_\_\_\_\_

☐ Imagem :

☐ Laboratório :

☐ Outros :

Procedimento

Conduta

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Excl.  
CNPJ: 21.487.736/0001-00

Dr. Waydson Basílio dos Santos  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - CE 9048

WAYDSON BASILIO DOS SANTOS  
CRM 9048

Assinatura do Paciente ou Responsável



2-2 da  
humana



HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO  
Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Jos. Nogueira  
Doc. \_\_\_\_\_

Atolado  
CIDIO S923

Trocar no p<sup>o</sup> ②  
testado cirurgicamente e  
deverá operar-se por 04  
(Quatro) meses e trinta e

Dr. (a) Dr. Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-8022  
470929  
Voltando à consulta traga esta receita

50.474

RECEBEMOS  
19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06



## Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

### Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3129207

Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL DE SALES

Solicitante.....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 789306

Idade.....: 56a 9m 17d

Atendido.....: 26/10/2017

Laudo.....: 26/10/2017

### PÉ DIREITO

- Alteração morfoestrutural pós-traumática no terço proximal do 1º metatarso do pé direito.
- Osteopenia difusa.
- Partes moles sem alterações.

Dra. Evelyn Santana  
CRM-CE 17228

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-11



Hospital do  
Coração do Corini  
SEU CORAÇÃO EM BONS MÃOS

O Sr. JOSÉ MANOEL DE SALES DE  
56 ANOS DE IDADE, APRESENTA RISCO  
CARDÍACO BAIXO PARA CIRURGIA ORTODONTICA,  
(FRATURA L. FIC. @).

ACV - BENT 5/50 ml FC - 65 bpm  
PA - 130 x 80 mmHg

AD - MU 4/5 BIL S/RA

PRIC - BOA PERFUSÃO

NEURO - VIVE OK

(APTO COM BAIXO RISCO)

Dr. Charles Pinheiro de Almeida  
Cardiologia  
CRM 9842

Voltando à consulta, trazer esta receita

16/06/17

HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CORINI

R. Zúia Sampaio - 585 - Jd. São José - 3532-7707

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ: 21.497.736/0001-08



## Ficha de Atendimento - INTERNACAO

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: SIUCIANC

Paciente: 441891

Idade: 56 Anos / 6 Meses / 0 Dia

Nome do Paciente: JOSE MANOEL SALES

Data Nascimento: 10/01/1961

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

Religião:

Profissão: AGRICULTOR

Naturalidade: BARBALHA

Endereço: SÍTIO ESPINHACO

Número:

Bairro: RURAL

Cidade: BARBALHA

CEP: 63180970

Telefone: 996118825

Identidade: 9902911540

CPF: 21473714320

CNS: 702909566054575

Nome da Mãe: MARIA BRASILINA SALES

Nome do Pai: MANOEL JOAQUIM DE SALES

Profissão Declarada: AGRICULTOR

## Dados do Responsável

Nome: JOSE MANOEL SALES

Parentesco: O MESMO

Fone: 996118825

Endereço: SÍTIO ESPINHACO

Número:

Complemento:

CEP: 63180970

## Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: LUNIOR

Número: 3038537



Data: 10/07/2017 Hora: 07:33:45

Origem: INTERNACAO

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA F.F.T

Unidade de Internação: BLOCO IV

Leito: ENF 29-2

Médico do Atendimento: 570 CASSIO MURILLO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM - C6002

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF: 34631348372

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Carteira:

Guia:

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Acomodação: ENFERMARIA 8 LEITOS

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT. CIRURGICA

CID: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimento principal: 0408050195

REDUÇAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO MI

Local de Procedência:

## Motivos

Dr. Cassio Murilo da Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 6002  
CPF - 34631348372

CASSIO MURILLO DA SILVA (HMSVP)  
CRM 6002

Paciente/Responsável

RECEBEMOS  
19 SET 2017

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 08.187.736/0001-05



# Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nº 12790017783

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2564211
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2564211

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
JOSE MANOEL SALES	444891			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Étnia
70290966054575	10/01/1961	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	02 - Preta	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA BRASILINA SALES	8895118826			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
MARIA BRASILINA SALES				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
SITIO ESPINHACO, - RURAL				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
BARBALHA	230190	CE	83180970	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
PACIENTE ADMITIDO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA EM MEDIO PE DIREITO21 - Condições que Justificam a Internação  
TTO CIRÚRGICO22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
RDA = RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

24 - CID 10 Principal

S923

25 - CID 10 Secundário

V89

26 - CID 10 Causas Associadas

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO P

28 - Código do Procedimento

0408050196

29 - Especialidade

CIRURGICO

30 - Caracter de Atendimento

1

31 - Documento

☒ (X) CNS ☐ ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

128368744590001

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

CASSIO MURILO DA SILVA

34 - Data da Solicitação

08/06/2017

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

6002

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bônus

41 - SUSE

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - ( ) Acid. Trabalho Típico

45 - Vínculo com a Previdência

☐ ( ) Empregado☐ ( ) Empregador☐ ( ) Autônomo☐ ( ) Desempregado☐ ( ) Aposentado☐ ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

M230190101

48 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

49 - Documento

☐ ( ) CNS ☐ ( ) CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

28/06/2017

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Ora Lúcia Almeida  
CRM 123456  
Médica Autorizada - Barbalha

Código do Laudo: 3015936



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**2 - CNES  
**2564211**3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**4 - CNES  
**2564211**

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**Jose Manoel Sales**

6 - Nº DO FRONTOUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO  
**10/06/67**9 - SEXO  
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE  
**Maria Brasileira Sales**

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**Sítio Espinhoso S/N Rural**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**Barbalha**

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## NÚMERO DO PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI EXU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

RECEBEMOS

19 SET 2018

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

## 41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**Pc de necessidade de acompanhante**

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**19/09/2018**

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

( ) CNS ( ) CPP

**Dr. César Aurilio da Silva**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 60012

## AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ORDEM EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

( ) CNS ( ) CPP

2.0



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**

2 - CNES  
**2564211**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**

4 - CNES  
**2564211**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**Jose Manoel Sales**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO  
**30/01/61**

9 - SEXO  
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE  
**Maria Brásilina Sales**

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**Rua Urubitinga S/N Rural**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**Barbalha**

17 - CÓD. INSEE MUNICIPAL

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

**Parto normal menor**

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

**19 SET 2018**

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**Sem necessidade de provas  
foboras**

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

**Dr. Cassia Regina de Sá**

**Ortopedia e Traumatologia**

**CRM-OR 143372**

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

50 - CÓD. ORDEM EMISSOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

L. A.



Paciente: 00444891JOSE MANOEL SALES  
Atendimento: 03038537

Convênio: SUS -  
INTERNACAO  
Leito: , BLOCO IV, ENF  
29-2  
Serviço: ORTÓPEDIA E  
TRAUMAT  
CIRURGICA

Unidade: ENFERMARIA 6 LETTOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

*Evolução Médica*

# PACIENTE NO PO IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NIVEL DO PRIMEIRO RAI0.  
1º DPO

# EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE À MOVIMENTAÇÃO DO PÉ D, NEGANDO NÁUSEAS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. DIURESE PRESENTES E FISIOLÓGICA, NEGA EVACUAÇÃO. REALIZADO ENFAIXAMENTO ADICIONAL EM PÉ D POR EPISÓDIO DE SANGRAMENTO LOCAL DE PEQ INTENS APÓS CIRURGIA. PACIENTE EVOLUI NORMOTENSO E AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 18H.  
PACIENTE EM CONDIÇÕES DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR.

# AO EXAME FÍSICO:

ECT: EGR, EUPNEICO, AAA, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, COOPERATIVO.

ACV: BCNF, RCR 2T, NÃO AUSCULTO SOPROS.

AR: MV+ EM AHT, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS.

ABD: SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, RIIA+. INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, NÃO PALPO VMG.

EXT: MID EM ROTAÇÃO NEUTRA, PÉ D ENFAIXADO, PULSOS PEDIOSOS PALPÁVEIS, SENSIBILIDADE PRESERVADA.

# CD:

1. ALTA MÉDICA HOSPITALAR.

2. ORIENTO CUIDADOS GERAIS ACERCA DE FO.

3. PRESCREVO CEFALOXINA 500MG, 6/6H, 7D + SINTOMÁTICOS PARA CASA S/N.

4. ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL COM DR. CÁSSIO MURILO, MEDIANTE MARCAÇÃO EM AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA.

5. ORIENTO RETORNO, SE SINAIS DE GRAVIDADE.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06

ALUNO ACADÊMICO  
CRM - 000000



**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**

**Radiologia - HMSVP**

Atendimento: 3038537  
444891 - JOSE MANOEL SALES

Paciente.....  
Solicitante....: CASSIO MURILLO DA SILVA  
Convênio.....: SUS - INTERNACAO  
Bloco.....: BLOCO IV - CLIN MEDICA

Pedido....: 768075  
Idade.....: 56a 6m 7d

Atendido.: 10/07/2017  
Laudado..: 10/07/2017

### **PÉ DIREITO**

- Fratura antiga completa da base do 1º metatarso tendo sido realizado osteossíntese com pinos de fixação.
- Há referida fratura ainda não se encontra consolidada.

**RECEBEMOS**

19 SET 2018

Maria Geckneide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Dr. José Aécio de A. Barbalha  
R. 100, 1001  
CRM: 06.235





RECEBEMOS  
19 SET 2018  
Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Exel  
CNPJ 21.487.736/0001-14

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE		Nº 013570396656	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLACA	CPF/CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
7553447-5	00000000000	2018	26/04/2018
TITULAR			
JOSE RICARDO ALVES LOBATO			
BARBALHA, CE			
CPF 0055690485			
VEÍCULO			
MARCA/MODELO		COMBUSTÍVEL	
HONDA/CC 125 TITAN KS		GASOLINA	
CAP. POT. (CV)		ANO FAB. ANO MOD.	
28/12CV 124CV		2001 2001	
COR		USO PRINCIPAL	
ALUMINUM		LÍQUIDO	
CATEGORIA		VENC. 12/04	
1		1	
P		2	
V		3	
A		4	
PREMIO TARIFARIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
61,75		5,02	
VALOR DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
15,02		15,02	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE VENCIMENTO	
15/04/2018		15/04/2018	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO

JOSE RICARDO ALVES CORTINEO

Doc. Identific. (CPF) 2082029975568-589

CE

CPF 009.563.043-03

DATA NASCIMENTO 19/03/1984

FILIAÇÃO FRANCISCO BENJAMIN CORTINEO  
MARIA LUCIANA ALVES CORTINEO

PROFISSIONAL ☒ **PROFISSIONAL** ☐ **PROFISSIONAL** ☐ **PROFISSIONAL**

ASSISTENTE ☐ **ASSISTENTE** ☐ **ASSISTENTE** ☐ **ASSISTENTE**

USUÁRIO 15/03/2006

DATA EMISSÃO 20/05/2006

SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura do Registrante  
*Jose Ricardo Alves Cortineo*

Assinatura do Registrado  
*Jose Ricardo Alves Cortineo*

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO 20/03/2018

53524508710  
CE164223533

CEARA

1497340534

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROVIDO PASTIFICAR

RECEBIMOS

19 SET 2019

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Etc  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eire  
CNPJ: 21.487.736/0001-13

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333  
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário

JUNHO/2018

Código	Nome do Funcionário	CBO	Funç.	Local	Depos.	Sector	Seção	Id.
025	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA	2521-05	-	ADMINISTRADOR				

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
101	PRÓ-LABORE	30,00d	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRFF S.SALARIO	7,5%		54,83

SEÇÃO TER NEEBIDO A IMPACTAÇÃO LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Valor Líquido	Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.793,17	3200,00	406,83

Salário Base	Sal. Depto. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
3200,00	3200,00			2848,00	02

C. Cicero Daniel dos Santos Silva

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437414 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MANOEL DE SALES **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO 1º METATARSO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PINOS DE FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437414 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MANOEL DE SALES **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO 1º METATARSO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PINOS DE FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344463/18

**Vítima:** JOSE MANOEL DE SALES

**CPF:** 214.737.143-20

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 06/06/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE MANOEL DE SALES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE MANOEL DE SALES : 214.737.143-20

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](http://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: 19/09/2018  
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
CPF: 010.969.643-33

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE