

DOCUMENTO 1 *T10/n*



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, URBANO FERREIRA DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 22.262.933-2 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 25/06/02 E
 CPF 014491193-20 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA URBANO FERREIRA DE SOUSA, 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.

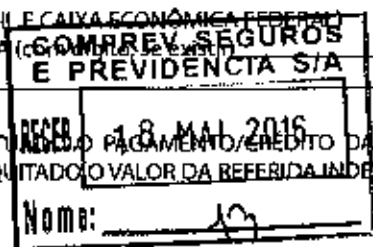
IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5446 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3437-1

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.

NOVO ORIENTE, 20 de FEVEREIRO de 2016

LOCAL E DATA

Urbano Ferreira de Sousa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



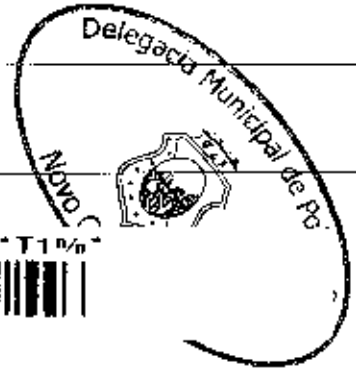
ATENÇÃO

- 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.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 169 / 2016



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/03/2016 15:15:05**
Data / Hora da Ocorrência : **03/08/2015 06:45:00**
Endereço da Ocorrência: **R LAGOA DO TIGRE SUL**



DOCUMENTO 1

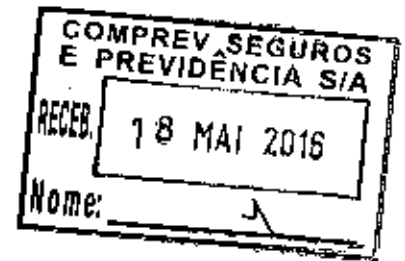
T1 1/10

LAGOA DO TIGRE SUL NOVO ORIENTE /CE

Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO MATADOURO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **URBANO FERREIRA DE SOUSA**
Nascimento : **19/12/1945**
RG: **222629332** Órgão Emissor: **SSP** UF: **-** CPF:
Filiação: **FRANCISCO FERREIRA VIANA**
MARIA FERREIRA DE SOUSA
Endereço: **SIT LOCALIDADE DE BAIXA FRIA**
ZONA RURAL
NOVO ORIENTE CE BRASIL



Telefone:

Histórico

INFORMA O REGISTRANTE QUE NO DIA E HORA MENCIONADOS ACIMA ESTAVA COMO GARUPEIRO DA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS 2009/2010 COR AZUL PLACA NQO 5400 NOVO ORIENTE/CE RENAVAM 00182944140 EM NOME DE URBANO FERREIRA DE SOUSA CONDUZIDA POR RAIMUNDO SOUSA OLIVEIRA EM DIREÇÃO A ESTA URBE QUANDO NAS PROXIMIDADES DO MATADOURO DESTA URBE QUANDO O CONDUTOR DO REFERIDO VEÍCULO AO FAZER UMA CURVA NO VEÍCULO PERDEU O CONTROLE DO MESMO VINDO AMBOS A CAIR AO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO POR UM HOMEM DE NOME CÍCERO COELHO QUE O LEVOU AO HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO DATADO DE 03/08/2015 E ASSINADO PELO DR. VICTOR M.R. CARVALHO E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCIO CRISTIANI SOARES SILVA - MAT.: 300065-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

Antônio Eurásio de Araújo
Antônio Eurásio de Araújo

Raimundo Sousa Oliveira
Raimundo Sousa Oliveira



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, URBANO FERREIRA DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 22.262.933-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 101.440.193-20, residente e domiciliado na PV- BAIXA FRIA, Cidade NOVO ORIENTE, 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.

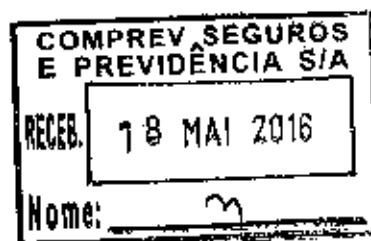
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Urbano Ferreira de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Novo Oriente - Ce, 20 de fevereiro, 2016.

Local e data





Até desobontais

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEFFÃO

N.º DATA 03/08/16

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carolina Carolina de Souza
Mãe: Maria Carolina de Souza
UNIS: 89

Est. Civil: Separado IN: 01/12/1995 Idade: 69
Profissão: Administrador RG: 252.983-2 CPF: U.N.O

Endereço: Bairro: Faria Lima Cidade: U.N.O

2. Sinais e Sintomas: Assintomático
paciente em tratamento
com insulina
de 40 unidades

3. Diagnóstico: Diabetes Mellitus

4. Conduta: acompanhar
com dieta
de 1500 kcal

Assinatura do Médico: Felipe de Souza

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
RECEB. 18 MAI 2016
Nome: 2



Nº DO CLIENTE
3467958-8

A Divisão de Energia Elétrica
for criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

coelce

Rua Padre Venâncio, 190
CEP 60175-040 Fortaleza CE
LNP 01.041 25.0001-99/CEP 05.105.808-9

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO R | SÉRIE R-1 | Nº 418526183

Rota 24 38031 01 163000 - 5 Data de Emissão 03/02/2016

Nome URBANO FERREIRA DE SOUSA

End. Postal PV BAIXA FRIA 00000
BAIXA FRIA - NOVO ORIENTE - 63740000

Medidor 23034328

Posto 0000 C30L

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Penfria 0,00

RG / CPF / CNPJ 101449193-20

CGF

Nome do Responsável

DÍZIMOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECEDOR	
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letura	Conjunta	Mês
Fev/2016	03/02/2016	04/03/2016	03/2015	0,00
			02/2015	1,07
			01/2015	0,00

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apresento Individual		
			Integral	Três	Anual	Máximo	Atual	Resíduo
10,87			10,87	21,74	43,48	0,00	0,00	0,00
7,55			7,55	15,10	30,20	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Let. Anual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (R\$)	Consum. Res.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
03/02/16	05/01/16	35	1,00	0,00	0,28	12,34	12,34
		28	1,00	0,00	0,44	12,34	12,34

VALOR CONSUMO DO MÊS 12,34
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 10,69
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS (R\$ 1,60)

VENCIMENTO 04/03/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 23,03

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO (R\$) (Mês: 02)											
Consumo	12,34	02	01	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03
Saldo Anterior	10,69	02	01	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03
TOTAL	23,03	02	01	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO ₂ (Kg/MWh)		
Emissão (kg CO ₂)	Compensado (kg CO ₂)	Compensação Biológica (kg CO ₂)
15,13	0,00	0,00

Informações importantes e avisos de vencimento
 Para consultar os números acesse

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A
 RECB. 18 MAI 2016
 Nome: 15



Nº DO CLIENTE
4807751-8

A Tarifa Social de Energia Elétrica
fora de vigor para Lei nº 10.142/01
de 26 de maio de 2002.

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B - 2
Rota: 65 38030 01 031500 - 2
Nome: ANTONIA VILANI BERNARDES SOUSA
End. Postal: RUA ELPIDIO RODRIGUES 00289
CHAPADA DOS POLINOS - NOVO ORIENTE - 63740000
Medidor: 3100391
Data de Emissão: 07/04/2016

Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ: 757105013-87
Nome do Responsável: [blank]
Posto: 0000 0000
Fator de Tarif.: 0,00
CSF

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO DE FATURAMENTO: 07/04/2016
DATA DE FIM DO PERÍODO DE FATURAMENTO: 09/05/2016
Mês: MAI/2016
Valor do Imposto: 28,14

Descrição	Valor	Valor do Imposto	Valor Total
Valor do Consumo	104,23	0,00	104,23
Valor do Imposto	0,00	28,14	28,14
TOTAL	104,23	0,00	104,23

Descrição	Valor	Valor do Imposto	Valor Total
Valor do Consumo	104,23	0,00	104,23
Valor do Imposto	0,00	0,00	0,00
TOTAL	104,23	0,00	104,23

RESERVAÇÃO
VALOR CONSUMO DO MÊS
JUROS DO MÊS
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

PERÍODO DE FATURAMENTO: 25/04/2016

CONTROLO DO VALOR DO CONSUMO: TOTAL A PAGAR (R\$) 120,47

Consumo Consciente	Consumo Inconsciente	Total
70,45	0,00	70,45

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
RECER. 18 MAI 2016
Nome: A



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

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

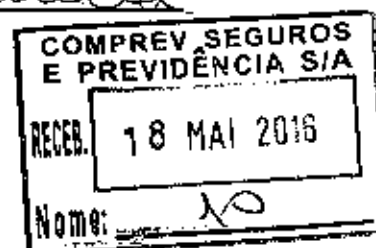
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIA VILANI B. SOUSA, portador(a) do RG nº 297400095, expedido por OSP-CE, em 30/06/95, CPF/CNPJ nº 757.105.013-87, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) URBANO FERREIRA DE SOUSA do sinistro de DPVAT da natureza _____ da vítima URBANO FERREIRA DE SOUSA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AVTÔNOMA Renda Mensal: R\$ 1.500,00

Documentos comprobatórios: _____

Antônia Vilani Benna de Sousa
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

N.º DATA 03/08/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carolina Ferreira de Sousa
Pai: Marcelo Ferreira de Sousa
Mãe: Carolina Ferreira de Sousa
Cidade: U.N.O
CNPJ: 09

Est. Civil: Separado RG: 11111111 IN: 11/12/1995 Idade: 09
CPF: 111.111.111-11

Profissão: Enfermeira Endereço: U.N.O

Endereço: Rua ...
2. Situação e Sintomas: paciente apresenta escarlate e ...
... de ...

3. Diagnóstico: Infecção de ...

4. Conduta: ...
...

Carolina Ferreira de Sousa
ASSISTENTE DE ENFERMAGEM

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 18 MAI 2016
Nome: 4

CRATEUS - CE
Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 099714	Atendimento 0001	Nome do Paciente URBANO FERREIRA DE SOUSA	CNS 698003953991975	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 222629332		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 19/12/1945	Local NOVO ORIENTE/CE		Idade 69 Ano(s)	
Pai FRANCISCO FERREIRA VIANA		Mãe MARIA FERREIRA DE SOUSA		
Endereço CAMPO BAIXA FRIA, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 63740-000	Município NOVO ORIENTE
Profissão	Empresa	Cônjugue		UF CE
Responsável URBANO FERREIRA DE SOUSA		CPF do Responsável	Endereço CAMPO BAIXA FRIA, SN	
				Município NOVO ORIENTE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/08/2015	Hora 10:43	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DOS SANTOS SCATENA		CRM/UF 678490/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente		Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA		
Observação referencia dia 03/08				
Sala		Data/Hora Liberação	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T(°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

TRAVIA

Rx Duplas D

ADIF

Tudo certo - 03/08

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM 52 67849-0

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 18 MAI 2015

Nome: _____

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM 52 67849-0

Adriano Dos Santos Scatena - CRM: 678490

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: URBANO FERREIRA DE SOU



FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, enviar 2ª via ao usuário, orientando-o para tomar com a 1ª via a Unidade de Origem.

Unidade de Origem: HUMANA
Distrito Sanitário: _____ Município: NOVO ORIENTE

Nome: VIVIANO FERREIRA DE SOUSA Prontuário Nº _____
Sexo: M F Data de Nascimento: 19/12/95 Ocupação: _____
Endereço: ~~SANTA~~ RUA PAIXA BRITA

Motivo do Encaminhamento?
Vista de acidente de trabalho
Resultado de Exames:
Exame realizado em ambulatório

Consulta já Realizada: RX Anteroposterior
Realizada em ambulatório

Impressão Diagnóstica: FRATURA FEMORAL (E)
*Carlos Henrique M. Almeida
Médico
CRM 13306
Assinatura*

Encaminhamento para atendimento: _____ AGENDAMENTO _____
Procedimento: RX FEMORAL Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Unidade de Referência: HU 2 Profissional: TRUANDA OCISTA
Data: 03/08/15 Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 18 MAI 2016
Nome: 6

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

N.º DATA 03/08/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carolina Ferreira de Sousa
Pai: Marcelo Ferreira de Sousa
Mãe: Carolina Ferreira de Sousa
Cidade: U.N.O
CNPJ: 09

Est. Civil: Separado RG: 11111111 IN: 11/12/1995 Idade: 09
CPF: 111.111.111-11

Profissão: Enfermeira Endereço: U.N.O

Endereço: Rua ...
2. Situação e Sintomas: paciente apresenta escurecimento
na pele do abdômen essencialmente na região
da cintura

3. Diagnóstico: paciente de atendimento 2 de ...

4. Conduta: ... 2 ...
... 3 ...
... 4 ...

Carolina Ferreira de Sousa
ASSISTENTE DE ENFERMAGEM

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 18 MAI 2016
Nome: 4

CRATEUS - CE
Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 099714	Atendimento 0001	Nome do Paciente URBANO FERREIRA DE SOUSA	CNS 698003953991975	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 222629332		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 19/12/1945	Local NOVO ORIENTE/CE		Idade 69 Ano(s)	
Pai FRANCISCO FERREIRA VIANA		Mãe MARIA FERREIRA DE SOUSA		
Endereço CAMPO BAIXA FRIA, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 63740-000	Município NOVO ORIENTE
Profissão	Empresa	Conjuge		UF CE
Responsável URBANO FERREIRA DE SOUSA		CPF do Responsável	Endereço CAMPO BAIXA FRIA, SN	
				Município NOVO ORIENTE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/08/2015	Hora 10:43	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DOS SANTOS SCATENA		CRM/UF 678490/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente		Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA		
Observação referencia dia 03/08				
Sala		Data/Hora Liberação	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T(°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg)

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

TRAVMA

Rx Duplas D

MDIF

Tudo certo - 03/08/15

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM 52 67849-0

Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM 52 67849-0

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 18 MAI 2015

Nome: _____

Adriano Dos Santos Scatena

ADRIANO DOS SANTOS SCATENA - CRM: 678490

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: URBANO FERREIRA DE SOU



FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, enviar 2ª via ao usuário, orientando-o para tomar com a 1ª via a Unidade de Origem.

Unidade de Origem: HUMANA
Distrito Sanitário: _____ Município: NOVO ORIENTE

Nome: VIVIANO FERREIRA DE SOUSA Prontuário Nº _____
Sexo: M F Data de Nascimento: 19/12/95 Ocupação: _____
Endereço: ~~SANTA~~ RUA DA PAZ

Motivo do Encaminhamento?
Vista de acidente de trabalho
Resultado de Exames:
em anexo

Consulta já Realizada: RX Anteroposterior

Impressão Diagnóstica: FRATURA FEMORAL (E)
Caros Henrique M. Araújo
Médico
03/08/15
Data

Encaminhamento para atendimento: AGENDAMENTO
Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Procedimento: 700010 Profissional: TRAUMATOLOGISTA
Unidade de Referência: HU 2 Data: 1/1/ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: 1/1/

Resumo Clínico/Cirúrgico:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 18 MAI 2016
Nome: 6

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CADETELA NACIONAL DE MARTIAGUÁ

ANTONIA VILAS (REMANEJO) - SC004

418707035

28700005 - CEP - CR
 757.105.013-87 - DAN RENOVADO 17/02/1968

Nome: ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA
 SALMENDA RODRIGUES DE OLIVEIRA

07/06/2015 18/09/1996

418707035

07/06/2015 18/09/1996

418707035

15/06/2011

418707035

418707035

OLIVAR DE OCTARA

DOCUMENTO 3 "T3%"



COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A
 RECEB: 18 MAI 2015
 Nome: 21



PROCURAÇÃO

Outorgante: URBANO FERREIRA DE SOUSA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua PV. BALSA FREIA, nº, bairro, Município de NOVO ORIENTE, Estado de(o) CEARA, Cep: 63440-000 portador(a) do Rg nº 2262933-2, SSP/CE e CPF nº 101.449.193-20

Outorgado: ANTONIA VILANI B. SOUSA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado(a) à Rua ELPIDIO RODRIGUES, nº 289, bairro CHAPADA DOS PONHOS, Município de NOVO ORIENTE, Estado de (o) CEARA, Cep: 63440-000 portador (a) do RG nº 294800095 SSP/ CE e CPF nº 457.105.03-54

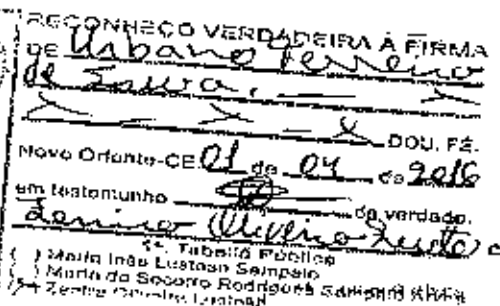
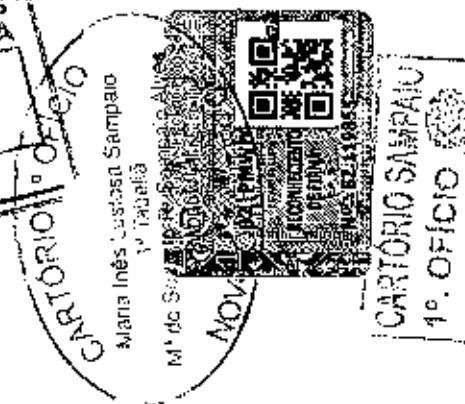
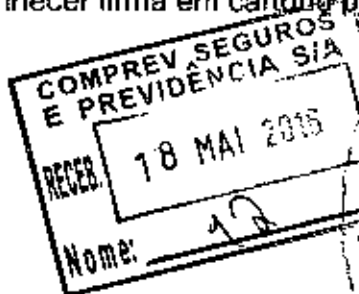
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) URBANO FERREIRA DE SOUSA, ocorrido em 03.10.2015, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Novo Oriente - CE 01 de Abril de 2016.

Urbano Ferreira de Sousa
Outorgante
CPF Nº 101.449.193-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Zenira Oliveira Lustosa
Escrivente Compromissada
CART. 1º OFÍCIO