

INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA IMTAVI  
AV PREFEITO JOAO INACIO DE LUCENA, 1255 - CENTRO - BREJO SANTO(CE)  
CNPJ: 06.272.659/0001-83 CNES: 248064-6

FICHA DE INTERNAÇÃO 1290022179.2

===[ ADMISSÃO ]==

Número 201821005111 Data 16/08/2018 Hora 12:14 Convênio SUS Classificação  
Caráter de Atendimento URGENCIA SISREG AIN

Origem do Paciente

RESIDÊNCIA

Médico Solicitante

13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO

Procedimento Solicitado

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome

JENIUTON SILVA DE ARAUJO

Nascimento Idade 14/12/1974 43 Anos Raça/Cor PARDA

Mãe

HELENA SILVA FEITOSA DE ARAUJO

Conjuge

CICERA DE OLIVEIRA PINHEIRO

CNS

898001985392811 Registro 201800360007058

País

BRASIL

Município de Residência

JATI/CE

Número Complemento

SN

Fone Móvel

182/9882.19618

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

OUTRA / TRABALHADOR VOLANTE DA AGRICULTURA

===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==

Em caso de urgência avisar

O RESPONSÁVEL

Tipo de Acomodação

APARTAMENTO

Atendente: raimunda

===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

Clinica/Especialidade

CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMATOLÓGICA

Médico Responsável

13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO

Dias 3

Estado Civil

CASADO(A)

Pai

FRANCISCO JOAQUIM DE ARAUJO

Responsável

JOSIVAL SOUZA DA SILVA

Documento Informado

RG: 2071876229

Município de Naturalidade

JATI/CE

Logradouro

SITIO MAE DA AGUA

Bairro

ZONA RURAL

Ponto de Referência

Religião

CATÓLICO(A)

Prontuário

99118

CEP

63275-688



Acomodação/Leito

AP107/02

Posto de Enfermagem

POSTO FEMININO

Data: 16/08/2018 Hora: 12:17:55 Tempo: 00:03:09

JOSIVAL SOUZA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente JENIUTON SILVA DE ARAUJO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA IMTAVI, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

BREJO SANTO(CE), 16 de agosto de 2018

01 FEV. 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentada, com o qual conferi (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

Brejo Santo-CE, 15 de fevereiro de 2019

Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelia Pública  
Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta  
Cicero Wilson de Melo - Escrevente  
Maria Wilany de Almeida Siqueira - Escrevente  
Raimunda Costa de Lima - Escrevente

LAUDO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

==[ PACIENTE ]==

Nome

ZENILTON SILVA DE ARAUJO

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade Religião

14/12/1974 43 Anos CATÓLICO(A)

Acompanhante Internação Anterior

\* [ X ] Sim [ ] Não [ ]

==[ ADMISSÃO ]==

Número Data Hora Convênio/Plano

201821005111 16/08/2018 12:14 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/UNICO

==[ HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO ]==

Plano com fratura de  
fêmur direito com fratura  
de fêmur esquerdo

==[ DIAGNÓSTICO INICIAL ]==

fr. fêmur

CID10

==[ SUMÁRIO DE EVOLUÇÃO ]==

ALTA CONDIÇÃO

- ☐ Curado
- ☐ Melhorado
- ☐ Estacionário
- ☐ Piorado
- ☐ Em tratamento
- ☐ Não tratado

TIPO DE ALTA

- ☐ Decisão Médica
- ☐ A pedido
- ☐ Transferência
- ☐ Para Diagnóstico
- ☐ Para tratamento AMB
- ☐ Transitória

TIPO DE ÓBITO

- ☐ Operatório
- ☐ Pós-Operatório
- ☐ Imediato (12 Horas)
- ☐ Mediato (1 Semana)
- ☐ Tardio (Após 1 Semana)
- ☐ Tratamento Clínico
- ☐ Sem tratamento \*

\* Causa:



==[ DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ]==

fr. fêmur

01 FEV. 2019

==[ TRATAMENTO REALIZADO ]==

- ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Outros

==[ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ]==

*[Handwritten signature]*

VALIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE  
CARTÃO MATAS 2.º ONCO  
Brejo Santo-CE - F. 353 3014

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser  
uma reprodução fiel e original que me foi apresentada  
com o qual confiro (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

Brejo Santo-CE, 15 de fev. de 2019  
Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública  
Tengracy Leila Brasil Sampaio - Substituta  
Cícero Wilson de Melo - Escrevente  
Maria Wilany de Almeida Siqueira - Escrevente  
Demilson Costa de Almeida Siqueira - Escrevente



# Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida - IMAV



EST. ANT. 02.000.000-0000

EST. ANT. 02.000.000-0000

PACIENTE:

DATA E EVOLUÇÃO: 14 / 03 / 2019

PRESCRIÇÃO

HISTÓRICO

01 FEV. 2019

LEITO / ENTE:

PRESCRIÇÃO

Direito Livre

Paracetamol 1000mg + 100ml de 12/11/2019

Acetaminofeno 3) 1000mg + 100ml de 12/11/2019

Dr. Presença

Dr. Washington L. M. Fachine  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM: 6609

Dr. Washington L. M. Fachine  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM: 6609



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentado, com o qual conferi (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

- Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública
- Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta
- Cicero Wilson de Melo - Escrevente
- Maria Wiliany de Almeida Silveira - Escrevente
- Normanda Costa de Almeida - Escrevente

VALIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE  
CARTÓRIO MATIAS 2º OFIC. 3  
Brejo Santo-CE - F. 3531-0114

Paracetamol 1000mg + 100ml de 12/11/2019

Acetaminofeno 3) 1000mg + 100ml de 12/11/2019

Dr. Presença

Dr. Washington L. M. Fachine  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM: 6609



# Instituto Brasileiro de Medicina dos Apoiados à Vida - IBAMV

INSTITUTO BRASILEIRO DE MEDICINA DOS APOIADOS À VIDA

ESTRADA ANTONIO CARLOS DE ALMEIDA, 100 - JARDIM

ANTONIO CARLOS DE ALMEIDA, 100 - JARDIM

PÁG. 001 DE 001

DATA DE EMISSÃO: 21/02/2019

PROFISSIONAL: 11/00114

IDENTIFICADO

DESCRIÇÃO: 01

21/02/2019  
Paciente: 11/00114

Exame: 11/00114

11/00114

Exame: 11/00114

Exame: 11/00114

Exame: 11/00114

Exame: 11/00114

Exame: 11/00114

Dr. Washington L. da Rocha  
Ortopedia/Traumatologia

Dr. Washington L. da Rocha  
Ortopedia/Traumatologia



## AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentada, com o qual confio (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

Brasão de Armas do Brasil, 15 de Fevereiro de 2019

- Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública
- Engelina Leite Brasil Sampaio - Substituta
- Cícero Wilson de Melo - Escrevente
- Maria Wiltony de Almeida Gouveia - Escrevente
- Norma Rosa de Almeida Gouveia - Escrevente

01 FEV. 2019

VALIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE  
CERTIFICADO MATIAS 2º OFICIO  
Brasão de Armas do Brasil - F. 3531-01/14





## RELATÓRIO MÉDICO

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PATIENTS:

Armadilha 10/03/2013

## PRESCRIÇÃO

# NOTES

LEITAO / ENF.

## DISCUSSÃO

Journal in March

2174 25 MAR

Dr. Thomas

5051 Broadway St.

500

Александр Александрович

Dinner - 4.50, 66¢

60 29 2011

Ed. Pearson

Edna Webb

Sto. dt. road rd, 30/925500

Dr. Washington L. M. Tecmina  
- Ortopedia Traumatologia  
CRM: 6609

Dr. Washington E. M. Fekline  
Ortopedia/Traumatologia  
CRA-6609

AUTENTICAÇÃO

AUTOMATON a presenta cdiia reprodutrica por ser

03

União Brasileira Sincrotrão - 7ª Edição Publicação

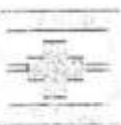
( ) Engreça Leite Brasil Sargalo - Subsidiária

Escritora

1. **Introduction**  
 2. **Methodology**  
 3. **Results**  
 4. **Discussion**  
 5. **Conclusion**  
 6. **References**  
 7. **Appendix**  
 8. **Index**  
 9. **Table of Contents**  
 10. **Summary**  
 11. **Abstract**  
 12. **Keywords**  
 13. **Subject Headings**  
 14. **Notes**  
 15. **Footnotes**  
 16. **Endnotes**  
 17. **References**  
 18. **Appendix**  
 19. **Index**  
 20. **Table of Contents**  
 21. **Summary**  
 22. **Abstract**  
 23. **Keywords**  
 24. **Subject Headings**  
 25. **Notes**  
 26. **Footnotes**  
 27. **Endnotes**  
 28. **References**  
 29. **Appendix**  
 30. **Index**  
 31. **Table of Contents**  
 32. **Summary**  
 33. **Abstract**  
 34. **Keywords**  
 35. **Subject Headings**  
 36. **Notes**  
 37. **Footnotes**  
 38. **Endnotes**  
 39. **References**  
 40. **Appendix**  
 41. **Index**  
 42. **Table of Contents**  
 43. **Summary**  
 44. **Abstract**  
 45. **Keywords**  
 46. **Subject Headings**  
 47. **Notes**  
 48. **Footnotes**  
 49. **Endnotes**  
 50. **References**  
 51. **Appendix**  
 52. **Index**  
 53. **Table of Contents**  
 54. **Summary**  
 55. **Abstract**  
 56. **Keywords**  
 57. **Subject Headings**  
 58. **Notes**  
 59. **Footnotes**  
 60. **Endnotes**  
 61. **References**  
 62. **Appendix**  
 63. **Index**  
 64. **Table of Contents**  
 65. **Summary**  
 66. **Abstract**  
 67. **Keywords**  
 68. **Subject Headings**  
 69. **Notes**  
 70. **Footnotes**  
 71. **Endnotes**  
 72. **References**  
 73. **Appendix**  
 74. **Index**  
 75. **Table of Contents**  
 76. **Summary**  
 77. **Abstract**  
 78. **Keywords**  
 79. **Subject Headings**  
 80. **Notes**  
 81. **Footnotes**  
 82. **Endnotes**  
 83. **References**  
 84. **Appendix**  
 85. **Index**  
 86. **Table of Contents**  
 87. **Summary**  
 88. **Abstract**  
 89. **Keywords**  
 90. **Subject Headings**  
 91. **Notes**  
 92. **Footnotes**  
 93. **Endnotes**  
 94. **References**  
 95. **Appendix**  
 96. **Index**  
 97. **Table of Contents**  
 98. **Summary**  
 99. **Abstract**  
 100. **Keywords**  
 101. **Subject Headings**  
 102. **Notes**  
 103. **Footnotes**  
 104. **Endnotes**  
 105. **References**  
 106. **Appendix**  
 107. **Index**  
 108. **Table of Contents**  
 109. **Summary**  
 110. **Abstract**  
 111. **Keywords**  
 112. **Subject Headings**  
 113. **Notes**  
 114. **Footnotes**  
 115. **Endnotes**  
 116. **References**  
 117. **Appendix**  
 118. **Index**  
 119. **Table of Contents**  
 120. **Summary**  
 121. **Abstract**  
 122. **Keywords**  
 123. **Subject Headings**  
 124. **Notes**  
 125. **Footnotes**  
 126. **Endnotes**  
 127. **References**  
 128. **Appendix**  
 129. **Index**  
 130. **Table of Contents**  
 131. **Summary**  
 132. **Abstract**  
 133. **Keywords**  
 134. **Subject Headings**  
 135. **Notes**  
 136. **Footnotes**  
 137. **Endnotes**  
 138. **References**  
 139. **Appendix**  
 140. **Index**  
 141. **Table of Contents**  
 142. **Summary**  
 143. **Abstract**  
 144. **Keywords**  
 145. **Subject Headings**  
 146. **Notes**  
 147. **Footnotes**  
 148. **Endnotes**  
 149. **References**  
 150. **Appendix**  
 151. **Index**  
 152. **Table of Contents**  
 153. **Summary**  
 154. **Abstract**  
 155. **Keywords**  
 156. **Subject Headings**  
 157. **Notes**  
 158. **Footnotes**  
 159. **Endnotes**  
 160. **References**  
 161. **Appendix**  
 162. **Index**  
 163. **Table of Contents**  
 164. **Summary**  
 165. **Abstract**  
 166. **Keywords**  
 167. **Subject Headings**  
 168. **Notes**  
 169. **Footnotes**  
 170. **Endnotes**  
 171. **References**  
 172. **Appendix**  
 173. **Index**  
 174. **Table of Contents**  
 175. **Summary**  
 176. **Abstract**  
 177. **Keywords**  
 178. **Subject Headings**  
 179. **Notes**  
 180. **Footnotes**  
 181. **Endnotes**  
 182. **References**  
 183. **Appendix**  
 184. **Index**  
 185. **Table of Contents**  
 186. **Summary**  
 187. **Abstract**  
 188. **Keywords**  
 189. **Subject Headings**  
 190. **Notes**  
 191. **Footnotes**  
 192. **Endnotes**  
 193. **References**  
 194. **Appendix**  
 195. **Index**  
 196. **Table of Contents**  
 197. **Summary**  
 198. **Abstract**  
 199. **Keywords**  
 200. **Subject Headings**  
 201. **Notes**  
 202. **Footnotes**  
 203. **Endnotes**  
 204. **References**  
 205. **Appendix**  
 206. **Index**  
 207. **Table of Contents**  
 208. **Summary**  
 209. **Abstract**  
 210. **Keywords**  
 211. **Subject Headings**  
 212. **Notes**  
 213. **Footnotes**  
 214. **Endnotes**  
 215. **References**  
 216. **Appendix**  
 217. **Index**  
 218. **Table of Contents**  
 219. **Summary**  
 220. **Abstract**  
 221. **Keywords**  
 222. **Subject Headings**  
 223. **Notes**  
 224. **Footnotes**  
 225. **Endnotes**  
 226. **References**  
 227. **Appendix**  
 228. **Index**  
 229. **Table of Contents**  
 230. **Summary**  
 231. **Abstract**  
 232. **Keywords**  
 233. **Subject Headings**  
 234. **Notes**  
 235. **Footnotes**  
 236. **Endnotes**  
 237. **References**  
 238. **Appendix**  
 239. **Index**  
 240. **Table of Contents**  
 241. **Summary**  
 242. **Abstract**  
 243. **Keywords**  
 244. **Subject Headings**  
 245. **Notes**  
 246. **Footnotes**  
 247. **Endnotes**  
 248. **References**  
 249. **Appendix**  
 250. **Index**  
 251. **Table of Contents**  
 252. **Summary**  
 253. **Abstract</**

01 FEV. 2019





# Comunidade Indígena de Aporoto e Vidua

SECRETARIA DE CULTURA E PATRIMÔNIO

SECRETARIA DE CULTURA E PATRIMÔNIO

SECRETARIA DE CULTURA E PATRIMÔNIO

SECRETARIA DE CULTURA E PATRIMÔNIO

SECRETARIA DE CULTURA E PATRIMÔNIO

SECRETARIA DE CULTURA E PATRIMÔNIO

SECRETARIA DE CULTURA E PATRIMÔNIO

SECRETARIA DE CULTURA E PATRIMÔNIO

SECRETARIA DE CULTURA E PATRIMÔNIO

01 FEV. 2019



## AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentada, com o qual confio (Art. 7º V, Lei 8.933/94).

Brasão de Armas do Estado de São Paulo

VÁLIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE DO  
PARTICULAR MATIAS 2º OFICIN  
São Paulo - SP - F. 3531-04-4

- ( ) Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública
- ( ) Engenheiro Leite Brasil Sampaio - Substituta
- ( ) Cicero Wladimir de Melo - Escrevente
- ( ) Maria Mariana de Almeida Sampaio - Escrevente
- ( ) Rosângela de Melo - Escrevente

Declaro que a presente cópia reprográfica é fiel e original, conforme consta no documento original, e que a mesma foi entregue em minha presença, com o qual confio (Art. 7º V, Lei 8.933/94).



ALTA HOSPITALAR

) Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública  
 ) Engracia Leite Brand Sampaio - Substitua  
 ) Cicero Wilson de Melo - Escrivente  
 ) Maria Wilanny de Almeida Siqueira - Escrivente  
 ) Damaris Cury de Oliveira Siqueira - Escrivente

818044

15.00 15.30  
15.00 15.30

১২০০ (১২০০)

Winn

9)  $99, 99, 99, 99, 99$

Vol. 13-111

1421 OLIVER  
10002316000 +  
MAY 11 1996  
11-10-96  
BIO. 0

Category	Sub-category	Value
Total	Direct	100
	Indirect	100
Total	Direct	100
	Indirect	100
Total	Direct	100
	Indirect	100
Total	Direct	100
	Indirect	100
Total	Direct	100
	Indirect	100

SPC	SPC
ECG	ECG
ECG	ECG
HR	HR
DIAPHRAGM	DIAPHRAGM
CHLORIDE	CHLORIDE
TEMPERATURE	TEMPERATURE
APR	APR
PHYSICIAN	PHYSICIAN



1. VALDO SEMENTE COM 3  
SELO DE AUTENTICIDADE  
2. JARICRO MATIAS 2º OFIC 3  
3. Brejo Santo-CE - F.3531-24-14  
( ) Maria Basti Gontijo - 2ª Tabuleiro Pública  
( ) Engenheira Leide Bessa Cordeiro - Substância  
( ) Cicero Wilson de M. da - Escrevente  
( ) Maria Wilma de Almeida Sobrinha - Escrevente  
( ) Domiano Elias da Silva - Escrevente

15 de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Autenticado e presente copia reprográfica por ser  
com o qual comparei (Art. 2º V, Lei 8.935/94),  
e original que me foi apresentada,

AUTENTICAÇÃO

Case	Age	Sex	Site	Pathologic	Survival
1	65	M	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr
2	68	F	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr
3	70	M	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr
4	72	F	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr
5	75	M	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr
6	78	F	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr
7	80	M	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr
8	82	F	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr
9	85	M	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr
10	88	F	Rectum	Adenocarcinoma	10 yr

[illegible]

Kil  
Dunk  
13-11-1

[illegible]

01 FEB. 2019

[illegible][illegible]

2000-01-01  
 2000-01-01  
 2000-01-01  
 2000-01-01

Wieder  
Wieder  
Wieder

### CONCLUSIONS

— 5 —





Sistema Único  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAZETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Dr. Vanderlan Fachine

Médico Auditor  
CRM - 6242

CPF: 472933073-53

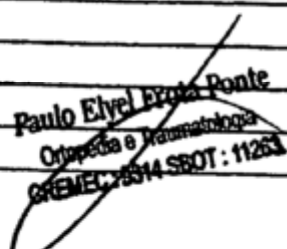
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2318100975355



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 31346

NOME: <u>Lenilton Silva de Araújo</u>					
DATA DE NASCIMENTO: <u>14.12.74</u>	IDADE: <u>43</u>	COR:	SEXO: <u>M</u>	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE: <u>2671876229</u>		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: <u>Francisco Joaquim de Araújo, Helena Silva Freitas de Araújo</u>					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>BR 222 Km 17</u>					Nº
BAIRRO: <u>Genipabu</u>		MUNICÍPIO: <u>Caucaia</u>		FONE: <u>88460353</u>	
NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Francisco Dias</u>				FONE:	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: <u>(o mesmo)</u>					
DATA DE ADMISSÃO: <u>28/07/18</u>		HORA DE EMISSÃO: <u>08:08</u>		FUNCIONÁRIO: <u>Rta</u>	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: <u>1ºm: "Acid + met" (p.c.)</u>					
EXAME FÍSICO: <u>Tr. pulm. (E)</u>					
<u>do + ex + exam</u>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <u>1º fr. + pla. + Lp (E)</u>					
EXAMES COMPLEMENTARES: <u>la: 0 fr. len</u>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
<div style="text-align: center;"> Paulo Elvel Freixo Ponte Ortopeda e Traumatologia CREMEC: 75314 SBO: 11261</div>					
ASSINATURA					

01 FEV. 2019

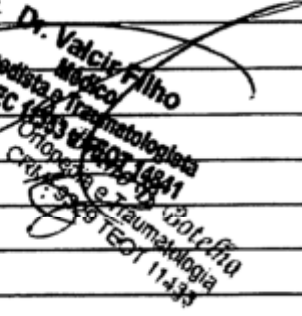




GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA  
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

## FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: ZEACILSON SILVA Nº PRONTUÁRIO: 12

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
21/8/18	PACIENTE ENCONTADO ESTÁVEL	
	CA: MANTIDA	
18/08/18	Apresenta transtornos de ansiedade com o uso de medicação para o mesmo, além de história de AVC.	 Dr. Valcir Filho Ortopedista e Traumatologista CRM 11433 CREMEC 11433 Ortopedia e Traumatologia Cruzeiro 11433
14/08/18	Paciente agredido por paciente hospitalar.	
08/08/18	CA: MANTIDA	



SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR  
PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]



Paciente: ZENIUTON SILVA DE ARAUJO

Data de Nasc: 14/12/1974

Médico: DR. MARCUS VINICIUS ESMERALDO MELO

Formulário: 189855

Data: 15/01/2019

**RAIO-X JOELHO ESQUERDO**

- Osteopenia difusa.
- Placa e parafusos metálicos de fixação na tibia proximal.
- Redução do espaço articular tibio-femoral medial.

  
**DR. ALAMO GRANJA COSTA**  
RADIOLOGISTA - CRM 7387

01 FEV. 2019



clínica  
**MURILO AMARAL**



**Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida - IMTAVI**  
Av. Prof. João Inácio de Lucena, 1225 - (088) 3531.1082 - Fax: (088) 3531.1176  
CNPJ: 06.272.659/0001-83 | BREJO SANTO - CEARÁ

### ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE ZENIVTON SUMU DO AMARAL

Está em tratamento de saúde e necessita

90 (noventa) dias de afastamento das suas

funções para recuperação. Vem em tratamento desde

com diagnóstico (CID) S82.3

OBS.:

Brejo Santo, 20 de 08 de 2019

Dr. [Assinatura]  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 6609

Ass. médico / carimbo

#### NOTA:

Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento do trabalho.

01 FEV. 2019



**Paciente: ZENIUTON SILVA DE ARAUJO**

**Data de Nasc: 14/12/1974**

**Médico: PEDIDO PROPRIO**

**Formulário: 185319**

**Data: 07/11/2018**

**RX de PERNA ESQUERDA**

Material de osteossíntese em tibia proximal.  
Espaços articulares conservados.  
Tecidos moles sem alterações.

  
**DR. FREDERICO T BONATES**  
CRM 14030

01 FEV. 2019



clínica

**MURILO AMARAL**

Mais cuidado à sua saúde



INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA  
HOSPITAL GERAL DE BREJO SANTO - CE  
AV PREFEITO JOAO INACIO DE LUCENA, 1255.  
BREJO SANTO - CE, 63.260-000

**NOME DO PACIENTE:** SINAM EXT-ZENIUTON SILVA DE ARAUJO-43 ANOS - **ID:** 0000039729

**DATA DE NASCIMENTO:** 14/12/1974 - **SEXO:** MASCULINO

**Exame(s) Realizado(s):** TIBIA/FIBULA E em 18/09/2018 12:46:32 - **Solicitante:** null

**PERNA E:**

Controle de osteossíntese com placa e parafusos no terço proximal da tíbia esquerda.

Há formação de calo ósseo e observa-se fusão óssea adiantada.

Dr Celso Henrique Pante - CRMES 8186  
Especialista  
Médico Radiologista

\*DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE POR Dr. Celso Henrique Pante - CRM: 8186-RS.

LAUDO RADIOLOGICO CRIADO EM 18/09/2018 15:07:59 (HORARIO DE BRASILIA).

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição acima mencionada. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca a disposição do médico para quaisquer esclarecimentos necessários.

01 FEV. 2019





**Instituto Madre Teresa de Apolo à Vida - IMAVI**  
 Av. Prof. João Inácio de Lucena, 1225 - (088) 3531.1082 - Fax: (088) 3531.1178  
 CNPJ: 06.272.859/0001-83 | BREJO SANTO - CEARÁ

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES RADIOLÓGICOS E ULTRASSONOGRAFICOS

Nome: Zenilton Silva de Araújo Idade: 43

Sexo ☒ M  
☐ F

Leito Apt°  
 Enf.:

Exame(s):

Hipótese(s) Diagnóstica:

ASS. MÉDICO

CREMEC

21.03.2018  
 DATA

### LAUDO

Fratura com platon tibial +  
placa

2

CRM: 8609  
 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
 Dr. Washington de F. Rocha

Conclusão:

ASS. RADIOLOGISTA

CREMEC

DATA

**AUTENTICAÇÃO**  
 Autentico a presente cópia reprográfica por ser  
 uma reprodução fiel e original que me foi apresentada,  
 com o qual conferi (Art. 7º V, Lei 8.935/94).  
 Brejo Santo, CE, de 15 de março de 2018  
Dr. Washington de F. Rocha  
 ( ) Maria Brade Sampaio - 2ª Tabelá Pública  
 ( ) Engracia Leite Brand Sampaio - Substituta  
 ( ) Cicero Wilson de Melo - Escrevente  
 ( ) Maria Wilany de F. Brand Sampaio - Escrevente  
 ( ) Edmundo Leão de Almeida Ribeiro - Escrevente





Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida - I.T.A.V.I.

Av. Prof. João Inácio de Lucena, 1225 - (88) 3531.1082 - Fax: (88) 3531.1175  
CNPJ: 06.272.658/0001-83 | BREJO SANTO - CEARÁ

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS

HOSPITAL GERAL  
DE BREJO SANTO  
HGP HOSPITAL GERAL

CONSULTAS E INTERNAMENTOS EM CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL, CIRURGIA VASCULAR, UROLOGIA,  
TRAUMATOLOGIA, CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS, PEDIATRIA, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.  
EXAMES COMPLEMENTARES: RAO X, ELETROCARDIOGRAMA, ULTRASSONOGRAFIA, DOPPLER VASCULAR,  
NANOGRÁFIA, BIÓPSIAS, ENDOSCOPIA, HISTEROSCÓPIO, TOMOGRAFIA, LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS ETC.

Zenilda Silva do Amaral

Shunt

Provisório para  
MTE (E)

2039

Dentista Am

13/11/2019

CRAM 6609  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Dr. RICHARDO M. FERREIRA

"Não devemos permitir que alguém saia de nossa presença sem se sentir melhor e mais feliz."  
MADRE TERESA DE CALCUTA



Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida - TAVI

Av. Prof. João Inácio de Lucena, 1225 - (888) 3531.1882 - Fax: (888) 3531.1176  
CNPJ: 06.272.658/0001-83 | BREJO SANTO - CEARÁ

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS

HOSPITAL GERAL  
DE BREJO SANTO  
DEPARTAMENTO

CONSULTAS E INTERNAMENTOS EM CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL, CIRURGIA VASCULAR, UROLOGIA,  
TRAUMATOLOGIA, CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS, PEDIATRIA, GINECOLOGIA E OBSTETRICA.  
EXAMES COMPLEMENTARES: RASG E, ELETROCARDIOGRAMA, ULTRASSONOGRAFIA, DOPPLER VASCULAR,  
MAMOGRAFIA, BIÓPSIAS, ENDOSCOPIA, HISTEROSCÓPIO, TOMOGRAFIA, LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS ETC.

Pl ZENIVTON Sum MS ARNUNDO

Cheneta

- FISIOTERAPIA MR

NAIE

- 20RS

- Pernambuco

Dr. Washington L. M. Fachine  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM: 6609

"Não devemos permitir que alguém saia de nossa presença sem se sentir melhor e mais feliz."  
MADRE TERESA DE CALCUTÁ



FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ ADMISSÃO ]==

Número 201821005111 Data 16/08/2018 Hora 12:14 Convênio SUS Classificação

Caráter de Atendimento

URGÊNCIA

SISREG

AIH

Origem do Paciente

RESIDÊNCIA

Clinica/Especialidade

CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMATOLÓGICA

Médico Solicitante

Médico Responsável

13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO

13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO

Procedimento Solicitado

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Dias 3

==[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome

JENIUTON SILVA DE ARAUJO

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade 14/12/1974 43 Anos

Raça/Cor

PARDA

Estado Civil

CASADO(A)

Religião

CATÓLICO(A)

Mãe

HELENA SILVA FEITOSA DE ARAUJO

Pai

FRANCISCO JOAQUIM DE ARAUJO

Conjuge

CICERA DE OLIVEIRA PINHEIRO

Responsável

JOSIVAL SOUZA DA SILVA

Prontuário

99118

CNS

Registro

898091985392811 201800360007058

Documento Informado

RG: 2071876229

País

BRASIL

Município de Naturalidade

JATI/CE

CEP

63275-000

Município de Residência

JATI/CE

Logradouro

SITIO MAE DA AGUA

Número Complemento

SN

Bairro

ZONA RURAL

Fone Móvel

Fone Fixo

Ponto de Referência

188/9882.19618

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

OUTRA / TRABALHADOR VOLANTE DA AGRICULTURA

==[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==

Em caso de urgência avisar

O RESPONSÁVEL

Acomodação/Leito

Tipo de Acomodação

Clinica

AP107/02

APARTAMENTO

CLÍNICA OBSTÉTRICA

Posto de Enfermagem

Atendente: raimunda

POSTO FEMININO

==[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

Data: 16/08/2018 Hora: 12:17:55 Tempo: 00:03:09

JOSIVAL SOUZA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente JENIUTON SILVA DE ARAUJO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA IMTAVI, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

BREJO SANTO(CE), 16 de agosto de 2018

01 FEV. 2019

RESPONSÁVEL

*Josival Souza da Silva*

TESTEMUNHAS

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentada, com o qual conferi (Art. 7º V Lei 8.935/94).

Brejo Santo-CE, 15 de fev. de 2019

Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública  
( ) Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta  
( ) Cicero Wilson de Melo - Escrevente  
( ) Maria Wiliany de Almeida Siqueira - Escrevente  
( ) Raimunda Costa de Almeida Sampaio - Escrevente



LAUDO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

==[ PACIENTE ]==

Nome

ZENIUTON SILVA DE ARAUJO

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade

14/12/1974 43 Anos

Religião

CATÓLICO(A)

Acompanhante Interação Anterior

\* [ X ] Sim [ ] Não [ ]

==[ ADMISSÃO ]==

Número

Data

Hora

Convênio/Plano

201821005111

16/08/2018

12:14

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/UNICO

==[ HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO ]==

Lib. Com. Ant. de 10  
Plano. Inicial. Com. de 10  
Necessária de 10

==[ DIAGNÓSTICO INICIAL ]==

Am. Plavio

CID10 [ ]

==[ SUMÁRIO DE EVOLUÇÃO ]==

ALTA CONDIÇÃO

TIPO DE ALTA

TIPO DE ÓBITO

[ ] Curado

[ ] Decisão Médica

[ ] Operatório

[ ] Melhorado

[ ] A pedido

[ ] Pós-Operatório

[ ] Estacionário

[ ] Transferência

[ ] Imediato (12 Horas)

[ ] Piorado

[ ] Para Diagnóstico

[ ] Mediato (1 Semana)

[ ] Em tratamento

[ ] Para tratamento AMB

[ ] Tardio (Após 1 Semana)

[ ] Não tratado

[ ] Transitória

[ ] Tratamento Clínico

[ ] Sem tratamento \*

\* Causa: \_\_\_\_\_



==[ DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ]==

01 FEV. 2019

==[ TRATAMENTO REALIZADO ]==

[ ] Clínico [ ] Cirúrgico [ ] Outros

==[ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ]==

VALIDO SOMENTE CEMO  
SELO DE AUTENTICIDADE  
CARTÃO DE MATIAS 2º Q. 100  
3/fev/2019

AUTENTICAÇÃO

Autentico e presente cópia reprográfica por ser  
uma reprodução list e original que me for apresentado  
com o qual conferi (Art. 7º V. Lei 8.935/94)

Brejo Santo-CE, 15 de fev de 2019

\_\_\_\_\_  
Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelão Pública  
\_\_\_\_\_  
Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta  
\_\_\_\_\_  
Cicero Wilson de Melo - Escrevente  
\_\_\_\_\_  
Maria Wilany de Almeida Siqueira - Escrevente  
\_\_\_\_\_  
Denilson E. de Almeida Siqueira - Escrevente





LOTE 3 - ANEXO 100 - INF 3000330

END: 31 ANEXO 100 - 1º ANDAR - 31000000000000000000

PACIENTE:

DATA E EVOLUÇÃO: 14 / 05 / 2019 PRESCRIÇÃO

HISTÓRICO

01 FEV. 2019

RESERVAÇÃO

Dieta Líquida

Paracetamol 1000mg 1 comprimido 4x ao dia

do Paracetamol 1000mg

Acidometria

Arteriais

Dr. Presença

Dr. Washington L. M. Pachine  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM: 6609

Dr. Washington L. M. Pachine  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM: 6609



### AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentada, com o qual conferi (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

- 1) Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabela Pública
- 1) Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta
- 1) Cicero Wilson de Melo - Escrevente
- 1) Maria Wiliany de Almeida Sampaio - Escrevente
- 1) Daniela Costa de Almeida Sampaio - Escrevente

VALIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE  
CARTÓRIO MATIAS 2ª OFICINA  
Belo Horizonte - F. 3531-0114

Paracetamol 1000mg 1 comprimido 4x ao dia  
do Paracetamol 1000mg  
Acidometria  
Arteriais  
Dr. Presença

Dr. Washington L. M. Pachine  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM: 6609

Dr. Washington L. M. Pachine  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM: 6609



INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA IMTAVI  
AV PREFEITO JOAO INACIO DE LUCENA, 1255 - CENTRO - BREJO SANTO(CE)  
CNPJ: 06.272.659/0001-83 CNES: 248064-6

ALTA HOSPITALAR

===[ INTERNAÇÃO ]==

Número Data Hora Convênio/Plano  
201821005111 16/08/2018 12:14 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/UNICO  
Médico Solicitante  
JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO - 13841 JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO - 13841  
Procedimento Solicitado  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

===[ PACIENTE ]==

Nome Sexo  
ZENIUTON SILVA DE ARAUJO MASCULINO  
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro  
14/12/1974 43 Anos CATÓLICO(A) 99118 201800369007058

===[ ACOMODAÇÃO ]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
AP107/02 APARTAMENTO CLÍNICA OBSTÉTRICA POSTO FEMININO

===[ DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO ]==

CID10 [

Código [

===[ NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR ]==

[ ] Não [ ] Sim Descrição:

===[ ALTA ]==

Data Hora Motivo

16/08/2018 10:00

===[ MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA ]==

CRM: 6609  
Dr. Washington L. M. Fecine  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM/CARIMBO

ASSINATURA

Usuário responsável:

Data: Hora: 01 FEV. 2019

===[ DECLARAÇÃO DE ALTA A PEDIDO ]==

JOSIVAL SOUZA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ZENIUTON SILVA DE ARAUJO, solicita alta hospitalar do mesmo, do(a) INSTITUTO MADRE TERESA DE APOIO A VIDA IMTAVI onde este encontra-se internado, ciente de estar agindo contra a orientação e parecer dos médicos do referido estabelecimento de saúde, e assumindo integralmente, a responsabilidade por sua decisão.

BREJO SANTO(CE),

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



VÁLIDO SOMENTE COM  
SELO DE AUTENTICAÇÃO  
CARTÓRIO MATIAS - OFIC 3  
Brejo Santo-CE - F 3631-0114

Autentico a presente cópia reprográfica por ser uma reprodução fiel e original que me foi apresentada, com o qual conferi (Art. 7º V. Lei 8.935/94).

Brejo Santo-CE, de 01 de 2019

Marie Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública  
Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta  
Cicero Wilson de Melo - Escrevente  
Maria Wilany de Almeida Siqueira - Escrevente

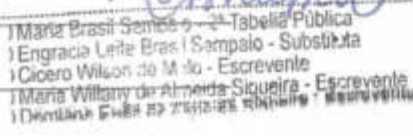
Love you & Miss  
Thy friend  
J. L. Davis

12/20/20

## J. A. Swett

✓

99.99



Polysyllabic words  
Bipartite parallel O.S.  
Monosyllabic  
Endrhymic

Date:  
Page no:  
Page:

01 FEB. 2019

NAME: \_\_\_\_\_

QUEST. NO. \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

TIME: \_\_\_\_\_

MARKS: \_\_\_\_\_

QUESTIONS

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_

11. \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_

13. \_\_\_\_\_

14. \_\_\_\_\_

15. \_\_\_\_\_

16. \_\_\_\_\_

17. \_\_\_\_\_

18. \_\_\_\_\_

19. \_\_\_\_\_

20. \_\_\_\_\_

21. \_\_\_\_\_

22. \_\_\_\_\_

23. \_\_\_\_\_

24. \_\_\_\_\_

25. \_\_\_\_\_

26. \_\_\_\_\_

27. \_\_\_\_\_

28. \_\_\_\_\_

29. \_\_\_\_\_

30. \_\_\_\_\_

31. \_\_\_\_\_

32. \_\_\_\_\_

33. \_\_\_\_\_

34. \_\_\_\_\_

35. \_\_\_\_\_

36. \_\_\_\_\_

37. \_\_\_\_\_

38. \_\_\_\_\_

39. \_\_\_\_\_

40. \_\_\_\_\_

41. \_\_\_\_\_

42. \_\_\_\_\_

43. \_\_\_\_\_

44. \_\_\_\_\_

45. \_\_\_\_\_

46. \_\_\_\_\_

47. \_\_\_\_\_

48. \_\_\_\_\_

49. \_\_\_\_\_

50. \_\_\_\_\_

51. \_\_\_\_\_

52. \_\_\_\_\_

53. \_\_\_\_\_

54. \_\_\_\_\_

55. \_\_\_\_\_

56. \_\_\_\_\_

57. \_\_\_\_\_

58. \_\_\_\_\_

59. \_\_\_\_\_

60. \_\_\_\_\_

61. \_\_\_\_\_

62. \_\_\_\_\_

63. \_\_\_\_\_

64. \_\_\_\_\_

65. \_\_\_\_\_

66. \_\_\_\_\_

67. \_\_\_\_\_

68. \_\_\_\_\_

69. \_\_\_\_\_

70. \_\_\_\_\_

71. \_\_\_\_\_

72. \_\_\_\_\_

73. \_\_\_\_\_

74. \_\_\_\_\_

75. \_\_\_\_\_

76. \_\_\_\_\_

77. \_\_\_\_\_

78. \_\_\_\_\_

79. \_\_\_\_\_

80. \_\_\_\_\_

81. \_\_\_\_\_

82. \_\_\_\_\_

83. \_\_\_\_\_

84. \_\_\_\_\_

85. \_\_\_\_\_

86. \_\_\_\_\_

87. \_\_\_\_\_

88. \_\_\_\_\_

89. \_\_\_\_\_

90. \_\_\_\_\_

91. \_\_\_\_\_

92. \_\_\_\_\_

93. \_\_\_\_\_

94. \_\_\_\_\_

95. \_\_\_\_\_

96. \_\_\_\_\_

97. \_\_\_\_\_

98. \_\_\_\_\_

99. \_\_\_\_\_

100. \_\_\_\_\_

[illegible]

100





# Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia e Artroscopia do Joelho  
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: ZENILTON SILVA DE ARAUJO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **28/07/2018**. **SOFREU FRATURA DE PLANALTO TIBIAL A ESQUERDA**. PACIENTE FOI SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE COM PLACA, SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM **DOR RESIDUAL, EDEMA E ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA DO JOELHO ESQUERDO**. **APRESENTA, AINDA, DÉFICIT DE FORÇA E DIFICULDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**. PACIENTE APRESENTA **INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 60% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**.

DATA 18/05/19

*Dr. Marcus Gadelha*  
Ortopedia e Traumatologia  
Artroscopia e Cirurgia do Joelho  
TEOT 12042 - RQE - 5137  
CRM 10184

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676  
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000  
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966  
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA

NÃO PLASTIFICAR



Zeniuton Silva de Araujo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

20.718.762-29 07-03-2012

ZENIUTON SILVA DE ARAUJO

FRANCISCO JOAQUIM DE ARAUJO

HELENA SILVA FEITOSA DE ARAUJO

JATI CE 14-12-1974

C.NAS. CM JUAZEIRO DO NORTE CE DS  
PADRE CÍCERO LV 09 FL 145 RT 9537  
501.969.523-87

Francilda M<sup>a</sup> de Oliveira *font*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

01 FEV. 2019

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194688

USO OBRIGATORIO  
PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 1º da Lei nº 8.966/94)

ASSINATURA DO PORTADOR

COBRANÇA

BARCODE

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DO GEARÁ  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

34130

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

FRANCISCO OTAVIANO DE AZEVEDO  
MARIA LUZANIRA LUZ DE AZEVEDO

NATURALIDADE  
PENTECOSTE-CE

DATA DE NASCIMENTO  
23/12/1975

CPF  
420.119.223-72

02 07/07/2018

00002287191 - SSP  
OBRIGADO DE PAGAR A TAXA

NÃO

MARCELO MOTA CORREIA DO AMARAL  
PRESIDENTE

01 FEV. 2019

## PROCURAÇÃO

Outorgante: ZENIUTON SILVA DE ARAUJO, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão AUTÔNOMO, residente e domiciliado à Rua BR. 222 K 17, nº 07, bairro GENS PARBU, Município de CAUCAIA, Estado de(o) CEARA, Cep: 61.616.000, portador(a) do Rg nº 20.718.762.29, SSP/CE e CPF nº 501.969.523-87

Outorgado: **JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO**, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o nº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, 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) ZENIUTON SILVA DE ARAUJO ocorrido em 28/07/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo:

INVALIDEZ

Podendo dito procurador, 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.



Caucaia CE, 28, de 01 de 2019.

01 FEV. 2019

Assinatura: Zeniuton Silva de Araujo  
Nome do Outorgante: Zeniuton Silva de Araujo  
CPF nº 501.969.523-87



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LÓDOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE  
Tel: (05) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade.

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura indicada de **ZENIUTON SILVA DE ARAUJO**. Dou Fé **Caucaia-CE**, 28 de janeiro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Andrade Silva - Escrevente Autorizado

Confira os dados do ato em:  
selo digital tpo.jus.br/portal





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039079/19

**Vítima:** ZENILTON SILVA DE ARAUJO

**CPF:** 501.969.523-87

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 28/07/2018

**Titular do CPF:** ZENILTON SILVA DE ARAUJO

**CPF de:** Próprio

## 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

### JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

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

### ZENILTON SILVA DE ARAUJO : 501.969.523-87

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: 01/02/2019  
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO  
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039079/19

**Número do Sinistro:** 3190090307

**Vítima:** ZENILTON SILVA DE ARAUJO

**CPF:** 501.969.523-87

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 28/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ZENILTON SILVA DE ARAUJO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 28/03/2019  
Nome: ZENILTON SILVA DE ARAUJO  
CPF: 501.969.523-87

ZENILTON SILVA DE ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190090307

**Cidade:** Caucaia

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ZENILTON SILVA DE ARAUJO

**Data do acidente:** 28/07/2018

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do platô tibial esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 110°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do platô tibial esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento datados em 28/07/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura do platô tibial esquerdo. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do joelho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do joelho esquerdo, em grau intenso, devido à redução da força e mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/07/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Trata-se de caso de reanálise com pagamento anterior de indenização por análise médica documental. Na primeira análise foi apurada sequela permanente no joelho esquerdo, em grau médio. Agora, após nova avaliação documental e exame físico a graduação demonstra-se inadequada, pois conforme verificado no exame resta como apropriada a nova adequação com pagamento de mais 25%, totalizando com o valor já pago 75% do joelho.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190090307 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ZENILTON SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 06/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3190090307

Nome do(a) Examinado(a): ZENILTON SILVA DE ARAUJO

Endereço do(a) Examinado(a): RODOVIA BR 222, 7, KM 7, 61.610-000, GENIPABU, Caucaia/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2071876229

Data e local do acidente: 28/07/2018 - Caucaia/CE

Data e local do exame: 08/07/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do platô tibial esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura do platô tibial esquerdo. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no joelho esquerdo.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 110°, presença de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta do joelho esquerdo, devido à redução da força e mobilidade.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

  
Dr. Grete Freitas Casalsante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico



---

**Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190090307**

**Vítima: ZENILTON SILVA DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 28/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ZENILTON SILVA DE ARAUJO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190090307**

**Vítima: ZENILTON SILVA DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 28/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ZENILTON SILVA DE ARAUJO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

**Recebedor: ZENILTON SILVA DE ARAUJO**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003281**

**Conta: 0000043257-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: ZENILTON SILVA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3190090307  
ZENILTON SILVA DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190090307**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190090307

Vítima: ZENILTON SILVA DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190090307

Vítima: ZENILTON SILVA DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ZENILTON SILVA DE ARAUJO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: ZENILTON SILVA DE ARAUJO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000043257-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	501.969.523.87	ZENIOTON SILVA DE ARAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ZENIOTON SILVA DE ARAUJO	501.969.523.87	
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
	BR 222 7 KM 17	
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
Geni PARU	CAUCAIA	CEARA 61616000
E-mail:		Tel. (DDD):
		(85) 987241586

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3281 CONTA: 43257 0

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital do sistema ou nome e endereço do beneficiário

Local e Data: Caucaia CE 28/01/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Zenilton Silva de Araujo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

01 FEV. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Impresso nº 201964412

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 789 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/01/2019 09:38:07**  
Data / Hora da Ocorrência: **28/07/2018 06:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA 2225 KM 22**  
Complemento:  
Bairro: **BUQUEIRÃO** Município: **CAUCAIA/CE**  
Ponto de Referência: **SEFAZ**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ZENIUTON SILVA DE ARAÚJO**  
Nascimento: **14/12/1974** CPF: **501.969.523-87**  
RG: **2071876229** Orgão Emissor: **SSPDC** UF:  
Filiação: **HELENA SILVA FEITOSA DE ARAÚJO**  
**FRANCISCO JOAQUIM DE ARAÚJO**  
Endereço: **RUA PRINCIPAL MURIBECA**  
Bairro: **GENIPABU**  
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.600-000**  
País: **BRASIL** Telefone: **8910-1570**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HXV6993** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9BWKA05Z374137570** Renavam: **917984234** Tipo do Veículo:  
**AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **VW/FOX 1.0** Ano Fabricação: **2007** Ano  
Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA**  
Proprietário: **PEDRO RODRIGUES PAIVA** Situação: **NÃO INFORMADO**  
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

2) Placa: **HYU1003** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:  
**9C2KC08108R128566** Renavam: **961695412** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano  
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**PRETA** Proprietário: **CICERA OLIVEIRA PINHEIRO** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

diz o declarante que no dia e hora acima mencionado pilotava a moto acima descrita quando foi trancado por veículo de placas HXV6993 entrou em sua frente de maneira brusca e colidiu na moto do declarante; Que o declarante caiu ao solo e na queda queda a sua perna esquerda na altura da Tíbia. Que o declarante foi levado para o hospital Municipal de Caucaia onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA 01 FEV. 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



**Impresso nº 201964412**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 789 / 2019**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Xenilton Silva de Araujo.

**VISTO DO DELEGADO(A) :**   
**LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X**

**01 FEV. 2019**



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	501.969.523.87	ZENIUTON SILVA DE ARAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ZENIUTON SILVA DE ARAUJO	501.969.523.87	
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
	BR 222 7 KM 17	
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
Geni PARU	CAUCAIA	CEARA 61.616.000
E-mail:		Tel. (DDD):
		(85) 98724.1586

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3281 CONTA: 43257 0

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital do sistema ou nome e endereço do beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: Caucaia CE 28/01/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Zeniuton Silva de Araujo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

01 FEV. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.




# PROUR DE ATO DECLARATORIO



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



## CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar ao Sr. **ZENIUTON SILVA DE ARAÚJO**, portador do RG n.º 20.718.762-29, SSP-BA, inscrito no CPF sob o n.º 501.969.523-87, no dia **28/07/2018** às 07h20, no município de Caucaia/CE, na Rodovia BR 222, KM 22, Bairro Bouqueirão, próximo a SEFAZ, vítima de acidente, **colisão entre carro e motocicleta**, sendo removido para o **AGR – Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha Da Rocha**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 17 de janeiro de 2019.

**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**

01 FEV. 2019

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ZENILTON SILVA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000043257-0

---

Nr. da Autenticação DC5BB0AD76F113E1

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ZENILTON SILVA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000043257-0

---

Nr. da Autenticação F605B1F226DA50C6

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO  
Carrefour Soluções Financeiras  
Caixa Postal 80405  
Cep: 04301-970

- |  |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01 - MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE Nº. INDICADO | <input type="checkbox"/> 04 - FALCIDO                         | <input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO                   | <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO               |
| <input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE  | <input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO         | <input type="checkbox"/> 09 - OBJETO DANIFICADO       | <input type="checkbox"/> 10 - ENQ. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE | <input type="checkbox"/> 11 - FALTA COMPLEMENTO (COLETA/OUT) | <input type="checkbox"/> 12 - CAIXA POSTAL CANCELADA |
- REENTREGADO AO  
SERVIÇO POSTAL EM:  
ASSINATURA DO ENTREGADOR:



6/11/19

CTCE FORTALEZA CE PL4  
ZENILTON ARAUJO  
RODOVIA BR 222 7 KM 17  
GENIPABU  
61616-000 CAUCAIA-CE



7210190783739291000294482430020119

73929 - 00000017991  
DATA DE POSTAGEM: 02/01/2019



O MELHOR NEGÓCIO DE SEMPRE  
AGORA COM PRAZO PARA PAGAR



A FATURA DO SEU CARTÃO ATACADÃO  
CHEGOU

01 FEV. 2019

O Cartão Atacadão cobra taxa de anuidade. Consulte tabela vigente. O cumprimento de qualquer oferta está vinculado à regularidade e pontualidade do pagamento da fatura. Condições válidas somente para pagamento com o Cartão Atacadão.  
Central de Relacionamento Cartão Atacadão  
Segunda a Sexta, das 8h às 17h (horário de Brasília)  
Bom dia! 0800-8899  
Demos! Localidades 0800-722 8412  
SAC Cartão Atacadão (atendimento e reclamações): todos os dias, 24 horas. Telefones 0800 704 0184 e 0800 704 0236 (excursivo para clientes portadores de deficiência auditiva e/ou de fala) (Gratuito). De segunda a sexta-feira, das 08:30h às 17:30h, horário de Brasília. Telefone 0800 208 2088 (se necessário registrar nº - de protocolo via SAC)





**Nº DO CLIENTE**  
**9681143**

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

**Companhia Energética do Ceará**  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 559890777

Rota 20 22000 08 044200 - 7 Data de Emissão 29/01/2019

Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

End. Postal RU PAULO GOMES DA SILVA 00226  
PARQUE SOLEDADE - CAUCAIA - 61603070

Medidor 2577879

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO Poste 0000 0000

RG / CPF / CNPJ 420119223-72

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

Mês Referência Jan/2019 Data da Apresentação 29/01/2019 Previsão Próxima Leitura 26/02/2019

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Nov/2018 EIED 16,04

Mês DICR1 = 0,00 P

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) 48,57 Aliquota 27,00% Valor do Imposto 13,11

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,31	18,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,00			0,00		

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

1A68.3C08.D46B.C717.BE70.3D04.96A9.C416

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 2912	2845	1,00	67	0,00	67	0,72004	48,57
29/01/19	28/12/18		32 DIAS		67		48,57

**DESCRIÇÃO**

VALOR CONSUMO DO MES  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

**VALOR (R\$)**  
48,57  
9,35

**VENCIMENTO** 05/02/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 57,92

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia .....	18,04
Transmissão .....	1,92
Distribuição .....	18,28
Encargos Setoriais .....	2,76
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	15,57
<b>TOTAL .....</b>	<b>48,57</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

80	67	74	67	65	127	0	0	0	0	0	0
----	----	----	----	----	-----	---	---	---	---	---	---

FEV Jan Dez Nov Out Set Ago Jul Jun Maí Abr Mar Fev

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 26,16 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00 Consciência Ecológica (NCO<sub>2</sub>)



**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,46 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,91% e COFINS:4,17% (Art. 9, Inc. I da Lei 10.833/03 - ANEEL e Lei n. 10.437/02 e 10.833/03)

Bandeira verde em Jan-19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: [www.eneel.gov.br](http://www.eneel.gov.br)

01 FEV. 2019

Nº do Cliente: 9681143 Referência: Jan/2019  
Data de Emissão: 29/01/2019 Total a Pagar (R\$): 57,92  
Nº da Nota Fiscal: 559890777 Nº do Controle: 0009681143 00005 39062 76

8380000000-9 57920031000-0 00096811430-0 00053906290-1



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu SOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ZENIOTON SILVA DE ARAUJO - Inscrito (a) no CPF sob o Nº 501.969.523 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INUTILIDADE da Vítima ZENIOTON SILVA DE ARAUJO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 501.969.523 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Paulo Gomes da Silva</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>PARQUE SOLEDADE</u>	Cidade: <u>CAUCAIA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail:	CEP: <u>61603-070</u>	Tel. (DDD): <u>(85) 98724 1586</u>

Local e Data: Caucaia CE, 28/01/2019

**Denis Luz**  
98724-1586  
99778-5612

  
Assinatura do Declarante

01 FEV. 2019



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, CICERA OLIVEIRA PINHEIRO,

RG nº 342708699, data de expedição 11/02/99

Órgão SSP.CE, portador do CPF nº 408.295.733.72

com domicílio na cidade de CAUCAIA, no Estado de

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

BR. 222 Km 17, nº 07,

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

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

ZENIUTON SILVA DE ARAUJO, cujo o condutor era

ZENIUTON SILVA DE ARAUJO.

Veículo: Moto Modelo: HONDA/CG 150 Ano: 2008

Placa: HYU 1003 Chassi: 9C2KCO81R128566

Data do Acidente: 28/07/2018

Local e Data: Caucaia 31-01-19

**CARTÓRIO  
XIMENES**

Cicera Oliveira Pinheiro

Assinatura do Declarante

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



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.897/0001-42  
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.609-120 - Caucaia / CE  
Tel: (85) 3521.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura  
indicada de CICERA OLIVEIRA PINHEIRO. Dou Fé. Caucaia

CE, 30 de janeiro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

Confira os dados do ato em:  
selodigital.tjce.jus.br/portal



01 FEV. 2019