

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O 1290021792

====[ADMISSÃO]=====

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

Caráter de Atendimento

URGÊNCIA

Origem do Paciente

RESIDÊNCIA

Médico Solicitante

13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO	13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO
--	--

Procedimento Solicitado

0428050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Dias

====[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome

ZENJUTON SILVA DE ARAUJO

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

Mãe

HELENA SILVA FEITOSA DE ARAUJO

Conjuge

CICERA DE OLIVEIRA PINHEIRO

CNS Registro
 838091985392811 201800360007058

País

BRASIL

Município de Residência

JATI/CE

Número Complemento

SN

Fone Móvel Fone Fixo
 130,9882.19618

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

CEP
 63275-006



03

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

Clínica

CLÍNICA OBSTÉTRICA

Acomodação/Leito

AP107/02

Posto de Enfermagem

POSTO FEMININO

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

====[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

JOSIVAL SOUZA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ZENJUTON 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

O Órgão Oficial é o AUTENTICAÇÃO
 VALOR DE AUTENTICIDADE: Autentico a presente cópia reprodutiva por ser
 CARTÓRIO MUNICIPAL 2º OFÍCIO um reprodução fiel e original que me foi apresentado,
 nº 3551-0 com o qual conferi (Art. 7º V, Lei 8.935/94).
 Brejo Santo-CE, 15 de fev de 2019
 Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelia Pública
 Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta
 Cicero Wilson de Melo - Escrevente
 Maria Willany de Almeida Siqueira - Escrevente
 Fernanda Guedes da Cunha Sampaio - Escrevente

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

LAU DO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

===[PACIENTE]===[/]

Nome

ZENIUTON SILVA DE ARAUJO

Nascimento Idade Religião
14/12/1974 43 Anos CATÓLICO(A)

Acompanhante Internação Anterior
* [X] Sim [] Não []

Sexo

MASCULINO

===[ADMISSÃO]===[/]

Número Data Hora Convênio/Plano
201821005111 16/08/2018 12:14 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/UNICO

===[HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO]===[/]

===[DIAGNÓSTICO INICIAL]===[/]

===[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

CID10 : AUTENTICAÇÃO
VALIDO SOMENTE COM AUTORIZAÇÃO
CARTÃO MARCAZ 2019
SELÔ DE AUTENTICAÇÃO
CARTÃO MARCAZ 2019
Belo Santo-CE : Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelia Pública
Belo Santo : Engrada Leila Brasil Sampaio - Substituto
Belo Santo : Cicero Wilson de Melo - Escrevente
Belo Santo : Maria Willany de Almeida Siqueira - Escrevente
Belo Santo : Demissão Elias da Almeida Diniz - Procurador

===[ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO]===[/]

Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida - ICMA



RECIBO DE CONSULTA MÉDICA

PACIENTE:

DATA E HORA: 14/03/2019 PRESCRIÇÃO

PERÍODO: 2019

ESPECIALIZAÇÃO:

Dra. Liane

01 FEV. 2019

Patrícia da Silveira
Paciente por 1 dia
12/11/21.
Dra. Liane
Ginecologista

Dir. 06 ✓
Dir. 06 ✓

CRRM: 6609
Ortopediatra/traumatologista
Dr. Wellington Pachêco

CRM: 6609
Ortopediatra/traumatologista
Dr. Wellington Pachêco



03

AUTENTICAÇÃO:
Autentico a presente cópia reprodutiva por ser
reprodução fiel e original que me foi apresentado,
com o qual confiei (Art. 7º V. Lei 8.935/94).
15 de 01 de 2019
Cícero Wilson de Melo - Escrevente
Brejo Santo-CE
1º Ofício de Tabelião Pùblico
Tabelião de Notas e Escrivão
1º Ofício de Tabelião Pùblico
1º Ofício de Tabelião Pùblico

Nome: Silvana
Data: 12/11/2019
Assinatura: Silvana
CPF: 000.000.000-00
RG: 000.000-00
Endereço: Rua das Flores, 123
Bairro: Centro
Cidade: Brejo Santo
UF: CE
CEP: 85300-000

Patrícia da Silveira
Paciente por 1 dia
12/11/21.
Dra. Liane
Ginecologista

Dr. Wellington Pachêco
CRM: 6609
Ortopediatra/traumatologista
Dir. 06 ✓

Ministério da Justiça e da Segurança Pública

Brasil
Ministério da
Justiça e da Segurança Pública

Brasília, 25 de fevereiro de 2019

Assunto: VISA

Patrulha Civil
Prefeitura do Rio Preto
Túlio M. P. S. G. S. P.

Túlio M. P. S. G. S. P.
Túlio M. P. S. G. S. P.

Or. Willony

Or. Willony
Or. Willony
Or. Willony
Or. Willony

Dr. Willony de Almeida Siqueira - Escrevente

03



AUTENTICAÇÃO

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

Belo Horizonte, 01 de fevereiro

de 2019

Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelial Pública
Engrácia Leita Brasil Sampaio - Substituta
Cícero Wilson de Melo - Escrivente
Maria Willony de Almeida Siqueira - Escrevente



Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida - KIAMI

HOSPITAL GERAL
DE SÃO JOÃO
DE DEUS

RELATÓRIO MÉDICO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: *Washington L. Rechne* / 27/07/1987
DATA E EVOLUÇÃO: 01/02/2019

PREScrição

NO MÉDICO
OBSERVAÇÃO

1. Dado de alta
2. Dado de alta
3. Dado de alta
4. Dado de alta
5. Dado de alta

Dr. Washington L. Rechne
Ortopedia/Trumatologia
CRM: 6609

Dr. Washington L. Rechne
Ortopedia/Trumatologia
CRM: 6609

01 FEV. 2019

LEITO / ENF.

OBSERVAÇÃO

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente clara, reprográfica por ser

uma reprodução fidedigna que me foi apresentada,

com o qual confrontei (Art. 7º V.I do B.935/93).

03



VÁLIDO SOMENTE COM O NÚMERO DE AUTENTICADA
PERTÔRIO MATIAS 2019-01-04
Belo Horizonte, MG
03/01/2019

Dr. Washington L. Rechne
Ortopedia/Trumatologia
CRM: 6609

Autentico a presente clara, reprográfica por ser
uma reprodução fidedigna que me foi apresentada,
com o qual confrontei (Art. 7º V.I do B.935/93).

03/01/2019

Dr. Washington L. Rechne
Ortopedia/Trumatologia
CRM: 6609

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

21

REGISTRATION

01 FEV. 2019



"VÁLIDO SOMENTE COM 2
SELO DE AUTENTICIDADE"
CARTÓRIO MATIAS 2º OFIC 3
Selo Santo-CE - F. 3531-04-4

AUTENTICAÇÃO

Anexo à presente cópia reprográfica foi se

AUTENTICAÇÃO
Aut. sólido a presente cópia reproduzida por ser
(im) reprodução feita e original que me foi apresentada
com o qual concorda (Art. 7º V. Lei 8.935/94).
Belo Horizonte, 01 de outubro de 2019.

Maria Brasil Semprão - 2º Tabelião Pública
Engenho Leite Brasil Semprão - Substituta
Cícero Mello - Escrivão
Márcia Willian de Almeida Silveira - Escrivão
Danielle Cunha - Escrivão

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 Médico Responsável
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
24/12/1974 43 Anos CATÓLICO(A) 99118 201800360007058

====[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

16/08/18 16:00

Milaneucho

CRM: 6609
ORTOPEDISTA / MATOLOGA
D. WILIANNE L.M. Ferreira

====[MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA]=====

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 com sua decisão

BREJO SANTO(CE),

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



VALIDO SOMENTE COM CARTÃO OFICIAL AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprodutiva por ser uma reprodução fisi e original que me foi apresentada, com o qual conferi (Art. 7º V, Lei 8.935/94).
SELDO DE AUTENTICAÇÃO Brejo Santo-CE, 15/01/2019
CARTÓRIO MATEUS DE LIMA, Brejo Santo-CE.
1) Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelião Pública
2) Engracia Lene Prati Sampaio - Substituta
3) Cicero Wilson de Matos - Escrivente
4) Maria Willany de Almeida Siqueira - Escrivente

15.00

G. 6
G. 5

1994
1995
1996
1997

	100000	1000000	10000000	100000000
1. <i>Arctocephalus</i>	✓			
2. <i>Leopardus</i>		✓		
3. <i>Urocyon</i>			✓	
4. <i>Canis</i>				✓
5. <i>Felis</i>				
6. <i>Mustela</i>				
7. <i>Thylamyces</i>				
8. <i>Thylamys</i>				
9. <i>Thomomys</i>				
10. <i>Otus</i>				
11. <i>Strix</i>				
12. <i>Trochilus</i>				
13. <i>Colaptes</i>				
14. <i>Piculus</i>				
15. <i>Campephilus</i>				
16. <i>Coracopsis</i>				
17. <i>Coracina</i>				
18. <i>Corvinus</i>				
19. <i>Coracina</i>				
20. <i>Coracina</i>				
21. <i>Coracina</i>				
22. <i>Coracina</i>				
23. <i>Coracina</i>				
24. <i>Coracina</i>				
25. <i>Coracina</i>				
26. <i>Coracina</i>				
27. <i>Coracina</i>				
28. <i>Coracina</i>				
29. <i>Coracina</i>				
30. <i>Coracina</i>				
31. <i>Coracina</i>				
32. <i>Coracina</i>				
33. <i>Coracina</i>				
34. <i>Coracina</i>				
35. <i>Coracina</i>				
36. <i>Coracina</i>				
37. <i>Coracina</i>				
38. <i>Coracina</i>				
39. <i>Coracina</i>				
40. <i>Coracina</i>				
41. <i>Coracina</i>				
42. <i>Coracina</i>				
43. <i>Coracina</i>				
44. <i>Coracina</i>				
45. <i>Coracina</i>				
46. <i>Coracina</i>				
47. <i>Coracina</i>				
48. <i>Coracina</i>				
49. <i>Coracina</i>				
50. <i>Coracina</i>				
51. <i>Coracina</i>				
52. <i>Coracina</i>				
53. <i>Coracina</i>				
54. <i>Coracina</i>				
55. <i>Coracina</i>				
56. <i>Coracina</i>				
57. <i>Coracina</i>				
58. <i>Coracina</i>				
59. <i>Coracina</i>				
60. <i>Coracina</i>				
61. <i>Coracina</i>				
62. <i>Coracina</i>				
63. <i>Coracina</i>				
64. <i>Coracina</i>				
65. <i>Coracina</i>				
66. <i>Coracina</i>				
67. <i>Coracina</i>				
68. <i>Coracina</i>				
69. <i>Coracina</i>				
70. <i>Coracina</i>				
71. <i>Coracina</i>				
72. <i>Coracina</i>				
73. <i>Coracina</i>				
74. <i>Coracina</i>				
75. <i>Coracina</i>				
76. <i>Coracina</i>				
77. <i>Coracina</i>				
78. <i>Coracina</i>				
79. <i>Coracina</i>				
80. <i>Coracina</i>				
81. <i>Coracina</i>				
82. <i>Coracina</i>				
83. <i>Coracina</i>				
84. <i>Coracina</i>				
85. <i>Coracina</i>				
86. <i>Coracina</i>				
87. <i>Coracina</i>				
88. <i>Coracina</i>				
89. <i>Coracina</i>				
90. <i>Coracina</i>				
91. <i>Coracina</i>				
92. <i>Coracina</i>				
93. <i>Coracina</i>				
94. <i>Coracina</i>				
95. <i>Coracina</i>				
96. <i>Coracina</i>				
97. <i>Coracina</i>				
98. <i>Coracina</i>				
99. <i>Coracina</i>				
100. <i>Coracina</i>				
101. <i>Coracina</i>				
102. <i>Coracina</i>				
103. <i>Coracina</i>				
104. <i>Coracina</i>				
105. <i>Coracina</i>				
106. <i>Coracina</i>				
107. <i>Coracina</i>				
108. <i>Coracina</i>				
109. <i>Coracina</i>				
110. <i>Coracina</i>				
111. <i>Coracina</i>				
112. <i>Coracina</i>				
113. <i>Coracina</i>				
114. <i>Coracina</i>				
115. <i>Coracina</i>				
116. <i>Coracina</i>				
117. <i>Coracina</i>				
118. <i>Coracina</i>				
119. <i>Coracina</i>				
120. <i>Coracina</i>				
121. <i>Coracina</i>				
122. <i>Coracina</i>				
123. <i>Coracina</i>				
124. <i>Coracina</i>				
125. <i>Coracina</i>				
126. <i>Coracina</i>				
127. <i>Coracina</i>				
128. <i>Coracina</i>				
129. <i>Coracina</i>				
130. <i>Coracina</i>				
131. <i>Coracina</i>				
132. <i>Coracina</i>				
133. <i>Coracina</i>				
134. <i>Coracina</i>				
135. <i>Coracina</i>				
136. <i>Coracina</i>				
137. <i>Coracina</i>				
138. <i>Coracina</i>				
139. <i>Coracina</i>				
140. <i>Coracina</i>				
141. <i>Coracina</i>				
142. <i>Coracina</i>				
143. <i>Coracina</i>				
144. <i>Coracina</i>				
145. <i>Coracina</i>				
146. <i>Coracina</i>				
147. <i>Coracina</i>				
148. <i>Coracina</i>				
149. <i>Coracina</i>				
150. <i>Coracina</i>				
151. <i>Coracina</i>				
152. <i>Coracina</i>				
153. <i>Coracina</i>				
154. <i>Coracina</i>				
155. <i>Coracina</i>				
156. <i>Coracina</i>				
157. <i>Coracina</i>				
158. <i>Coracina</i>				
159. <i>Coracina</i>				
160. <i>Coracina</i>				
161. <i>Coracina</i>				
162. <i>Coracina</i>				
163. <i>Coracina</i>				
164. <i>Coracina</i>				
165. <i>Coracina</i>				
166. <i>Coracina</i>				
167. <i>Coracina</i>				
168. <i>Coracina</i>				
169. <i>Coracina</i>				
170. <i>Coracina</i>				
171. <i>Coracina</i>				
172. <i>Coracina</i>				
173. <i>Coracina</i>				
174. <i>Coracina</i>				
175. <i>Coracina</i>				
176. <i>Coracina</i>				
177. <i>Coracina</i>				
178. <i>Coracina</i>				
179. <i>Coracina</i>				
180. <i>Coracina</i>				
181. <i>Coracina</i>				
182. <i>Coracina</i>				
183. <i>Coracina</i>				
184. <i>Coracina</i>				
185. <i>Coracina</i>				
186. <i>Coracina</i>				
187. <i>Coracina</i>				
188. <i>Coracina</i>				
189. <i>Coracina</i>				
190. <i>Coracina</i>				
191. <i>Coracina</i>				
192. <i>Coracina</i>				
193. <i>Coracina</i>				
194. <i>Coracina</i>				
195. <i>Coracina</i>				
196. <i>Coracina</i>				
197. <i>Coracina</i>				
198. <i>Coracina</i>				
199. <i>Coracina</i>				
200. <i>Coracina</i>				
201. <i>Coracina</i>				
202. <i>Coracina</i>				
203. <i>Coracina</i>				
204. <i>Coracina</i>				
205. <i>Coracina</i>				
206. <i>Coracina</i>				
207. <i>Coracina</i>				
208. <i>Coracina</i>				
209. <i>Coracina</i>				
210. <i>Coracina</i>				
211. <i>Coracina</i>				
212. <i>Coracina</i>				
213. <i>Coracina</i>				
214. <i>Coracina</i>				
215. <i>Coracina</i>				
216. <i>Coracina</i>				
217. <i>Coracina</i>				
218. <i>Coracina</i>				
219. <i>Coracina</i>				
220. <i>Coracina</i>				
221. <i>Coracina</i>				
222. <i>Coracina</i>				
223. <i>Coracina</i>				
224. <i>Coracina</i>				
225. <i>Coracina</i>				
226. <i>Coracina</i>				
227. <i>Coracina</i>				
228. <i>Coracina</i>				
229. <i>Coracina</i>				
230. <i>Coracina</i>				
231. <i>Coracina</i>				
232. <i>Coracina</i>				
233. <i>Coracina</i>				
234. <i>Coracina</i>				
235. <i>Coracina</i>				
236. <i>Coracina</i>				
237. <i>Coracina</i>				
238. <i>Coracina</i>				
239. <i>Coracina</i>				
240. <i>Coracina</i>				
241. <i>Coracina</i>				
242. <i>Coracina</i>				
243. <i>Coracina</i>				
244. <i>Coracina</i>				
245. <i>Coracina</i>				
246. <i>Coracina</i>				
247. <i>Coracina</i>				
248. <i>Coracina</i>				
249. <i>Coracina</i>				
250. <i>Coracina</i>				
251. <i>Coracina</i>				
252. <i>Coracina</i>				
253. <i>Coracina</i>				
254. <i>Coracina</i>				
255. <i>Coracina</i>				
256. <i>Coracina</i>				
257. <i>Coracina</i>				
258. <i>Coracina</i>				
259. <i>Coracina</i>				
260. <i>Coracina</i>				
261. <i>Coracina</i>				
262. <i>Coracina</i>				
263. <i>Coracina</i>				
264. <i>Coracina</i>				
265. <i>Coracina</i>				
266. <i>Coracina</i>				
267. <i>Coracina</i>				
268. <i>Coracina</i>				
269. <i>Coracina</i>				
270. <i>Coracina</i>				
271. <i>Coracina</i>				
272. <i>Coracina</i>				
273. <i>Coracina</i>				
274. <i>Coracina</i>				
275. <i>Coracina</i>				
276. <i>Coracina</i>				
277. <i>Coracina</i>				
278. <i>Coracina</i>				
279. <i>Coracina</i>				
280. <i>Coracina</i>				
281. <i>Coracina</i>				
282. <i>Coracina</i>				
283. <i>Coracina</i>				
284. <i>Coracina</i>				
285. <i>Coracina</i>				
286. <i>Coracina</i>				
287. <i>Coracina</i>				
288. <i>Coracina</i>				
289. <i>Coracina</i>				
290. <i>Coracina</i>				
291. <i>Coracina</i>				
292. <i>Coracina</i>				
293. <i>Coracina</i>				
294. <i>Coracina</i>				
295. <i>Coracina</i>				
296. <i>Coracina</i>				
297. <i>Coracina</i>				
298. <i>Coracina</i>				
299. <i>Coracina</i>				
300. <i>Coracina</i>				
301. <i>Coracina</i>				
302. <i>Coracina</i>				
303. <i>Coracina</i>				
304. <i>Coracina</i>				
305. <i>Coracina</i>				
306. <i>Coracina</i>				
307. <i>Coracina</i>				
308. <i>Coracina</i>				
309. <i>Coracina</i>				
310. <i>Coracina</i>				
311. <i>Coracina</i>				
312. <i>Coracina</i>				
313. <i>Coracina</i>				
314. <i>Coracina</i>				
315. <i>Coracina</i>				
316. <i>Coracina</i>				
317. <i>Coracina</i>				
318. <i>Coracina</i>				
319. <i>Coracina</i>				
320. <i>Coracina</i>				
321. <i>Coracina</i>				
322. <i>Coracina</i>				
323. <i>Coracina</i>				
324. <i>Coracina</i>				
325. <i>Coracina</i>				
326. <i>Coracina</i>				
327. <i>Coracina</i>				
328. <i>Coracina</i>				
329. <i				

NAME, GENDER	AGE	RELATIONSHIP	ADDRESS	PHONE NUMBER
CLERMONT, MALE	45	MOTHER	1234 BOSTON AVENUE MILTON, MASS.	(617) 555-1234
HAN, ANNE, FEMALE	22	SISTER	1234 BOSTON AVENUE MILTON, MASS.	(617) 555-1234
HAN, MURRAY, MALE	22	BROTHER	1234 BOSTON AVENUE MILTON, MASS.	(617) 555-1234
HAN, MICHAEL, MALE	22	BROTHER	1234 BOSTON AVENUE MILTON, MASS.	(617) 555-1234
HAN, RAY, MALE	22	BROTHER	1234 BOSTON AVENUE MILTON, MASS.	(617) 555-1234
HAN, SALLY, MALE	22	BROTHER	1234 BOSTON AVENUE MILTON, MASS.	(617) 555-1234
HAN, TONY, MALE	22	BROTHER	1234 BOSTON AVENUE MILTON, MASS.	(617) 555-1234
HAN, WALTER, MALE	22	BROTHER	1234 BOSTON AVENUE MILTON, MASS.	(617) 555-1234

01 FEB. 2019

卷之三

Mean (standard deviation)	1.04 (1.14)	1.56 (0.97)	1.04 (1.04) \pm 0.14
Initial value	1.04 (1.14)	1.56 (0.97)	1.04 (1.04) \pm 0.14
Final value	1.04 (1.04) \pm 0.14	1.56 (0.97)	1.04 (1.14)
Change	-0.01 (1.14)	-0.01 (0.97)	-0.01 (1.04) \pm 0.14



Sistema
Ministério
Único
da
Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARD GADELHA DA ROCHA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUENTE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARD GADELHA DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Zeneth A. Souza

5 - N° DO PRONTUÁRIO

33346

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8981015103513028N11

6) DATA DE NASCIMENTO

11/12/74

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Helena SIlva Góisem da Hora

11 - TELEFONE DE CONTACTO

884610352

12 - ENDERECO (RUA, N. BARRA)

BR 360 Km 37 - Genipabu

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

03.03.70

15 - UF

CE

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Imaici.

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tin pello

N

12. torc a filha prof

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

12x + le +

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

12x + le +

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

f +, planos l6 L1P

21 - CID 10 PRINCIPAL

1821

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ta lera

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0998910019

26 - CLÍICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Pronto

28 - DOCUMENTO

() CNS CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

77499066784

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Paulo Jayme Ferreira
Oftopedia e Terapeuta Profissional
CRM-SE 39158 / SBOT: 11263

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/12/10

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

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/12/10

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

Jr. Vanderlan Fechine

Médico Auditor

CRM-6247

CPF: 472953073-53

01 FEV 2010

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

2318300975355

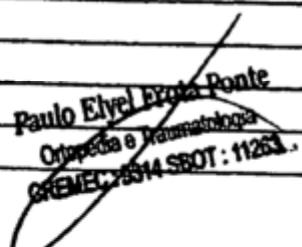
2318300975355

2318300975355



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

Nº 33346

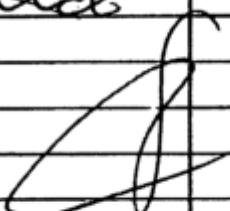
NOME: Jenilton Silva de Araújo					
DATA DE NASCIMENTO: 14.12.74	IDADE: 43	COR:	SEXO: M	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE: 2071876329	Nº CPF			CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: Francisco Joaquim de Araújo, Helena Silva Ferreira de Araújo					
ENDERECO DO PACIENTE: BR 222 Km 17 N°					
BAIRRO: Genipabu	MUNICÍPIO: Caucaia			FONE: 88466353	
NOME DO RESPONSÁVEL: Francisco Dias FONE:					
ENDERECO DO RESPONSÁVEL: (o mesmo)					
DATA DE ADMISSÃO: 28/07/18		HORA DE EMISSÃO: 08:08		FUNCIONÁRIO: Rafa	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: Pain: "Aldant - mto" (p.c.)					
EXAME FÍSICO: Tr. pecten (E) No ex + escam					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Tr. fnt + pla + fnt (E)					
EXAMES COMPLEMENTARES: ls: O tr. lns					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:  ASSINATURA					



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

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: Rebeca Sica Nº PRONTUÁRIO: 44-123456789

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
20/18/08	paciente encontrase ESTÁVEL	
18/08/08	alguns queixas de dor no esterno do tórax ao respirar em ambas as direções.	 Dr. Valcir Filho Ortopedista e Traumatologista CRM-SP 14.033 - CRF-SP 6841 Oficina de Traumatologia Clínica de Traumatologia Goiânia - GO 011 3211-1133
19	paciente agende laje	
20	pe Hospital leste.	
21	CD: n brach	



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

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

CENTRO DE IMAGEM

LORENA AMARAL

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





Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida - 
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 SAMU DA APENAS

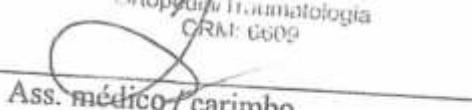
Está em tratamento de saúde e necessita 90 (novez) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Vem em tratamento desde _____ com diagnóstico (CID) S 823

OBS.:



Brejo Santo, 20 de 08 de 2019

Dr. MARCELO LIMA
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

CENTRO DE IMAGEM

LORENA AMARAL

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





**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
Leitor ORT
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 à disposição do médico para quaisquer esclarecimentos necessários.

01 FEV. 2019



SOLICITAÇÃO DE EXAMES RADIOLÓGICOS E ULTRASSONOGRAFICOS

Nome: Zeniuton Silva de Araujo Idade: 43

Sexo M F

Leito _____ Aptº. _____
 Enf. _____

Exame(s): _____

Hipótese(s) Diagnóstica: _____

ASS. MÉDICO

CREMEC

DATA

21.08.2018

LAUDO

Favosura com placa tibial +
Placa

CRM: 8609

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 DR. WESLINGTON FERREIRA

Conclusão: _____

ASS. RADIOLOGISTA

CREMEC

DATA

VALIDO SOMENTE COM
 SELO DE AUTENTICIDADE OFICIAL
 GESTÓRIO MATIAS DE FREITAS
 Brejo Santo-CE - F. 3531-01

ALIMENTAÇÃO

Autorizo a preceituar cópia reprodutiva por ser
 uma reprodução fisiológica que me foi apresentada
 com o qual concordo (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

Brejo Santo-CE, dia 15 de Agosto de 2019

Maria Brasil Sampaio - 7º Tabelião Pública
 Graciela Lotte Brant Sampaio - Subsílvia
 Cícero Wilson da Melo - Escrevente
 Maria Wiltony de Oliveira Souza - Escrevente
 Domingos Soares de Almeida Sampaio - Escrevente





Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida -  IMAV

Ax. Pref. João Inácio de Lucena, 1225 - (088) 3521.1082 - Fax: (088) 3521.1176

CNPJ: 06.272.658/0001-83 | BREJO SANTO - CEARÁ

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS

CONSULTAS E INTERNAMENTOS EM CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL, CIRURGIA VASCULAR, UROLOGIA,
TRAUMATOLOGIA, CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS, PEDIATRIA, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.
EXAMES COMPLEMENTARES: RAID X, ELETROCARDIOGRAMA, ULTRASSONOGRAFIA, DOPPLER VASCULAR,
MAMOGRAFIA, RISONÂNCIA, ENDOSCÓPIA, HISTEROSCÓPIO, TOMOGRAFIA, LABORATÓRIO DE ANAIS CLÍNICAS ETC..

Zona da Saude do Apoio.

J. L. Laut

Prontuário: 1000
ME(E)

2089

Det. Dr. Agn

13/11/2013

ORTOPEDISTA / REumatologista
CRM: 6609
Dr. Terciliano Alves da Silva

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



Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida - 

Ax. Prof. Júlio Inácio da Lucena, 1225 - (888) 3531.1882 - Fax: (888) 3531.1176
CNPJ: 06.272.659/0001-03 | BREJO SANTO - CEARÁ

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS

CONSULTAS E INTERNAMENTOS EM: CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA GERAL, CIRURGIA VASCULAR, UROLOGIA,
TRAUMATOLOGIA, CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS, PEDIATRIA, GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.
EXAMES COMPLEMENTARES: RAYO X, ELETROCARDIOGRAMA, ULTRASESONOGRAFIA, DOPPLER VASCULAR,
MAMOGRAFIA, BIOPSIAS, ENDOSCOPIA, HISTEROSCÓPIO, TONOGRAFIA, LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS ETC...

Pf Zenitron Sun NS MMW

Chueta

- FISIOTERAPIA MM
NDE

- DORS

- Reabilitação

Dr. Washington L. M. Fechine

ORTOPEDISTA/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 12900721792

====[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821005111	16/08/2018	12:14	SUS	SISREG AIH
Caráter de Atendimento				
URGÊNCIA				
Origem do Paciente				Clinica/Especialidade
RESIDÊNCIA				CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMATOLOGÍCA
Médico Solicitante				Médico Responsável
13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO				13841 - JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO
Procedimento Solicitado				Dias
0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL				3

====[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome	ZENIUTON SILVA DE ARAUJO	Sexo	MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	
14/12/1974	43 Anos	PARDA	
Mãe		Estado Civil	
HELENA SILVA FEITOSA DE ARAUJO		CASADO(A)	
Conjuge		Pai	
CICERA DE OLIVEIRA PINHEIRO		FRANCISCO JOAQUIM DE ARAUJO	
CNS	Registro	Responsável	Prontuário
898091985392811	201800360007058	JOSIVAL SOUZA DA SILVA	99118
País		Documento Informado	
BRASIL		RG: 2071876229	
Município de Residência		Município de Naturalidade	
JATI/CE		JATI/CE	CEP
Número	Complemento	Bairro	53275-000
SN		SITIO MAE DA AGUA	
Fone Móvel	Fone Fixo	ZONA RURAL	
182/9882.19618		Ponto de Referência	

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
OUTRA / TRABALHADOR VOLANTE DA AGRICULTURA

====[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito	
O RESPONSÁVEL	AP107/02	
Tipo de Acomodação	Clinica	Posto de Enfermagem
APARTAMENTO	CLÍNICA OBSTÉTRICA	POSTO FEMININO
Atendente: raimunda		
====[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====	Data: 16/08/2018 Hora: 12:17:55	Tempo: 00:03:00

JOSIVAL SOUZA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ZENIUTON SILVA DE ARAUJO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza os 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

O(a) F. 3531-094 AUTENTICAÇÃO
VALIDEZA DE AUTENTICAÇÃO 2º OFÍCIO
RESPONSÁVEL: F. 3531-094 Autentico a presente cópia reprodutiva por ser
um reprodução fiel e original que me foi apresentado,
com o qual conferi (Art. 7º V. Lei 8.935/94).
BREJO SANTO-CE, 01 de fevereiro de 2019
Cartório: 1) Ana Brasil Sampaio - 2ª Tabelia Pública
2) Engracia Leite Brasil Sampaio - Substituta
3) Cicero Wilson de Melo - Escrevente
4) Maria Willacy de Almeida Siqueira - Escrevente
5) Rosângela Gomes da Silveira Sampaio - Escrevente

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

LAU DO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

====[PACIENTE]=====

Nome

ZENIUTON 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]=====

====[DIAGNÓSTICO INICIAL]=====

CID10

03



====[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]=====

01 FEV. 2019

====[TRATAMENTO REALIZADO]=====

[] Clínico [] Cirúrgico [] Outros

====[ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO]=====

CID10 :
AUTENTICAÇÃO :
Autentico a presente cópia reprográfica por ser
uma reprodução fidedigna do original que me foi apresentado,
com o qual conferi (Art. 7º V. Lei 8.935/94)
Amor Santo-CE, 01 de 2019
15/01/2019
VALIDOSAMENTE CARIMBADO F. 35319
CARTEIRA MATRASCE F. 35319
1) Maria Brasil Sampaio - 2ª Tabelia Pública
2) Engracia Leite Urist Sampaio - Secretaria
3) Cícero Wilson de Melo - Escrivão
4) Maria Willany de Almeida Souza - Escrivão
5) Hamann Lucas de Almeida Souza - Escrivão



INSTITUTO
MADRE TERESA DE
APOIO À VIDA

ESTADO DA
CASA MATER
DE APÓIO À VIDA

INSTITUTO Madre Teresa de Apoio à Vida

PACIENTE:

DATA E EVOLUÇÃO: 14/03/2019 PRESCRIÇÃO

NOTA 200

01 FEV. 2019

VERIFICAÇÃO

Januário da Silva
Pereira

Profissão: Portador
CRM: 6609

Ortopedista Traumatologista
Dr. Wellington L. M. Ferreira

Residência: Rua

Academia: Rua

Carona:

et: Presente

CRM: 6609
Ortopedista Traumatologista
Dr. Wellington L. M. Ferreira

CRM: 6609
Ortopedista Traumatologista
Dr. Wellington L. M. Ferreira

03



AUTENTICAÇÃO

Autêntico é o presente cópia reprográfica por ser
uma reprodução fiel e original que me foi apresentado,

com o qual confiro (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

15/01/2019
Cicero Wilson de Melo - Escrivão

Brejo Santo-CE

AUTENTICAÇÃO
Autêntico é o presente cópia reprográfica por ser
uma reprodução fiel e original que me foi apresentado,
com o qual confiro (Art. 7º V, Lei 8.935/94).
15/01/2019
Cicero Wilson de Melo - Escrivão
Brejo Santo-CE

Atestado com o
Cartório de Registro
de Pessoas

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

ALTA HOSPITALAR

====[INTERNAÇÃO]=====

====[INTERNAÇÃO]=====
Número Data Hora Convênio/Plano
201821005111 16/08/2018 12:14 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/UNICO
Médico Solicitante Médico Responsável
JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO - 13841
JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO - 13841

SEGUIMENTO
SEU PACIENTE

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

==== ACOMODAÇÃO 1=

ALERTAÇÃO/Leite Tipo de Acomodação CLÍNICA OBSTÉTRICA POSTO FEMININO
0127/82 - APARTAMENTO

—[DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO]

CID10 [

NATUREZA DA INFECÇÃO HOSPITALAR 1

Não Sim Descrição:

ALTA 1

Data Hora Motivo

(2215818) (69:64)

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA 1

CRM/CARIMBO

único responsável:

Data: Hora: 01 FEV. 2019

— DECLARAÇÃO DE ALTA A PEDIDO]

JOSIVAL SOUZA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ZENEUTON
SILVA DE ARAUJO, solicita alta hospitalar do mesmo, da(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.

BORGES SANTO (CE),

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



responsável pelo paciente ZENUTON
do mesmo, do(a) INSTITUTO MADRE
contra-se internado, ciente de
dos médicos do referido
gralmente, a responsabilidade por
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprodutiva por ser
uma reprodução fiel e original que me foi apresentada,
com o qual concordo (Art. 7º V, Lei 8.935/94).

VALIDO SOMENTE SELO DE AUTENT	Brejo Santo-CE - F	de
CARTÓRIO MÁTICAS	<i>B B B B B</i>	<i>B B B B B</i>
Brejo Santo-CE - F	<i>B B B B B</i>	
	(<input checked="" type="checkbox"/>) Maria Brasil Sampaio - 2º Tabelião P	P
	(<input checked="" type="checkbox"/>) Engrac e Lene Brasil Sampaio - Substituta	P
	(<input checked="" type="checkbox"/>) Cicero Wilson de Mora - Escrevente	P
	(<input checked="" type="checkbox"/>) Maria Willany de Almeida Siqueira - Escrevente	P
	(<input checked="" type="checkbox"/>) Rosângela Elias da Silva - Escrevente	P

21/80/4

—
Troy, Minnesota Oct 19
1909.

01 FEV. 2019

Dario
Darien
Darien

to others may have
been made of
~~such men~~
~~such men~~

<p>AUTO SOMENTE COM 2</p> <p>SEL DE AUTENTICIDADE</p> <p>CARTORIO MATIAS 2º OFIC 2</p> <p>3º reg São José F-3531-01-14.</p>	<p>AUTENTICAÇÃO</p> <p>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).</p> <p>Brejo Santo-CE, 15 de Outubro de 2019</p> <p>Contupol</p>
<p><input type="checkbox"/> Mano Brasil Senecc - Tabelião Pùblico</p> <p><input type="checkbox"/> Engracia Leite Bras Sampaio - Substituta</p> <p><input type="checkbox"/> Cicero Wilson da Mota - Escrevente</p> <p><input type="checkbox"/> Maria Willany de Almeida Siqueira - Escrevente</p> <p><input type="checkbox"/> Damaris Elias de Oliveira - Escrevente</p>	



TÉCNICA ANESTÉSICA E ANOTAÇÕES

Data de emissão:		03/03/2024
Número da carteira:		03-114
Nome:		WILIAN MATEUS SOUZA
Sexo:		MASCULINO
Profissão:		ESTUDANTE
Endereço:		Rua das Flores, 123 - Centro - Brejo Santo - CE
Cidade:		BREJO SANTO
UF:		CE
E-mail:		wiliano.souza@outlook.com.br
Tel. fixo:		(85) 98888-8888
Tel. celular:		(85) 98888-8888
Carteira de identidade:		Nº 123456789012345678
Data de validade:		03/03/2029
Assinatura:		
Foto:		
Linha de aprovação:		SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA
Assinatura:		
Data de emissão:		03/03/2024
Número da carteira:		03-114
Nome:		WILIAN MATEUS SOUZA
Sexo:		MASCULINO
Profissão:		ESTUDANTE
Endereço:		Rua das Flores, 123 - Centro - Brejo Santo - CE
Cidade:		BREJO SANTO
UF:		CE
E-mail:		wiliano.souza@outlook.com.br
Tel. fixo:		(85) 98888-8888
Tel. celular:		(85) 98888-8888
Carteira de identidade:		Nº 123456789012345678
Data de validade:		03/03/2029
Assinatura:		
Foto:		
Linha de aprovação:		SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA
Assinatura:		
Data de emissão:		03/03/2024
Número da carteira:		03-114
Nome:		WILIAN MATEUS SOUZA
Sexo:		MASCULINO
Profissão:		ESTUDANTE
Endereço:		Rua das Flores, 123 - Centro - Brejo Santo - CE
Cidade:		BREJO SANTO
UF:		CE
E-mail:		wiliano.souza@outlook.com.br
Tel. fixo:		(85) 98888-8888
Tel. celular:		(85) 98888-8888
Carteira de identidade:		Nº 123456789012345678
Data de validade:		03/03/2029
Assinatura:		
Foto:		
Linha de aprovação:		SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA
Assinatura:		
Data de emissão:		03/03/2024
Número da carteira:		03-114
Nome:		WILIAN MATEUS SOUZA
Sexo:		MASCULINO
Profissão:		ESTUDANTE
Endereço:		Rua das Flores, 123 - Centro - Brejo Santo - CE
Cidade:		BREJO SANTO
UF:		CE
E-mail:		wiliano.souza@outlook.com.br
Tel. fixo:		(85) 98888-8888
Tel. celular:		(85) 98888-8888
Carteira de identidade:		Nº 123456789012345678
Data de validade:		03/03/2029
Assinatura:		
Foto:		
Linha de aprovação:		SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA
Assinatura:		



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 17/05/19

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 Uniclinic - 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



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

Flássida 11^a de Oliveira fant.

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

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 GENIPABU, 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 oº 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 28.07.2018, 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 mandado.



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 LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-129 - Caucaia / CE
Tel: (085) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade
Reconheço por AUTENTICIDADE à assinatura
indicada de ZENIUTON SILVA DE ARAUJO. Dou Fé
Caucaia-CE, 28 de janeiro de 2019.

Em Test^o da Verdade.
Lucas Andrade Silva - Escrivente Autorizado

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



Nº CM 615096 YIV

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039079/19

Vítima: ZENILTON SILVA DE ARAUJO

CPF: 501.969.523-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: ZENILTON SILVA DE ARAUJO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2018

ZENILTON SILVA DE
ARAUJO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ZENILTON SILVA DE ARAUJO

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 atrofias 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (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 atrofias 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. Nexo 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 ás 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. Gracine Freitas Covalente
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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.

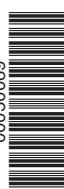
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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.

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** 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. 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno 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.

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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	501.969.523.87	ZENIUTON SILVA DE APAUJO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: ZENIUTON SILVA DE APAUJO		CPF: 501.969.523.87	
Profissão:	Endereço: BR 222 KM 17	Número:	Complemento:
Bairro: GENIPABU	Cidade: CAUCAJA	Estado: CEARA	CEP: 61616006
E-mail:	Tel.(DDD): (85) 987241586		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3281 <input type="checkbox"/> CONTA: 43257 <input type="checkbox"/> 0 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small>

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

 Local e Data: Caucaia CE 28/01/2019 Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS
	1º Nome: _____ CPF: _____
	Assinatura: Assinatura de quem assina A ROGO
(*) Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Zeniuton Silva de Apaújo Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura: Assinatura do Procurador (se houver)
	Assinatura: Assinatura
	Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) 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 inteiro 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 N° 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 quedou 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 MODRA 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 N° 201 - 789 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Xeninton Silva de Araujo.

VISTO DO DELEGADO(A) : lucas g
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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	501.969.523.87	ZENIUTON SILVA DE APAUJO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: ZENIUTON SILVA DE APAUJO		CPF: 501.969.523.87	
Profissão:	Endereço: BR 222 KM 17	Número:	Complemento:
Bairro: GENIPABU	Cidade: CAUCAJA	Estado: CEARA	CEP: 61616006
E-mail:	Tel.(DDD): (85) 987241586		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3281 <input type="checkbox"/> CONTA: 43257 <input type="checkbox"/> 0 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small>

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:
Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 da vítima ou beneficiário declarante	Local e Data: Caucaia CE 28/01/2019	TESTEMUNHAS
	Name: _____	1º Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura: Assinatura de quem assina A ROGO	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura
Zeniuton Silva de Apaújo		Assinatura

(*) 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 cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PROUP DE ATO DECLARATÓRIO



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 nº 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
Correios Postal Soluções Financeiras
Cep: 04301-970

CEP: 04301-970

- 01 - CACHA POSTAL CANCELADA
- 02 - ENDERGOGO INEUFICIENTE
- 03 - NÃO ENTRAR NO ENDERECO
- 04 - NÃO PROCURADO
- 05 - DESEMBLOCADO
- 06 - FALHA CORRELENTE (COLLETIVO)
- 07 - AUSENTE
- 08 - NÚDOS-SE
- 09 - OBJETO DANIFICADO
- 10 - FALTA CORRESPONDÊNCIA NA LOCALIDADE
- 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
- 12 - FALTA CORRESPONDÊNCIA (COLLETIVO)
- 13 - RECUSADO



1011 bdf9

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

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



7210190783739291000294482430020119



CHEGOU
A Fatura do seu Cartão Atacadão

O MELHOR NEGÓCIO DE SEMPRE
AGORA COM PRAZO PARA PAGAR



01 FEV. 2019

O Cartão Atacadão conta com a tecnologia de pagamento sem fio, através de pagamento via NFC com o seu smartphone ou tablet. Consulte sua tabela de vendas. O pagamento é feito através de seu dispositivo móvel e pode ser feito em qualquer loja que aceite pagamentos via NFC.

O Cartão Atacadão conta com a tecnologia de pagamento sem fio, através de pagamento via NFC com o seu smartphone ou tablet. Consulte sua tabela de vendas. O pagamento é feito através de seu dispositivo móvel e pode ser feito em qualquer loja que aceite pagamentos via NFC.

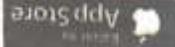
Teléfone 0800 701 0088 (número de atendimento ao cliente) ou 0800 701 0184 (número de atendimento ao cliente) ou 0800 701 0236 (número de atendimento ao cliente).

Demais telefones: 0800 772 6877

SAC Cartão Atacadão (atendimento a demandas): 1000 701 0088

Demais telefones: 0800 772 6899

Central de Relacionamento Cartão Atacadão



Nº DO CLIENTE
9681143

A Tarifa Social de 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 07.047.261/0001-70 | 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 Poste 0000 0000
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 420119223-72 CGF
Nome do Responsável

DATAS

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda [Aqui](#) para mais detalhes.

Conjunto Nov/2018

Mês DICII = 0,00 P

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquotas	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
	48,57	27,00%	13,11	Mensal	Mensal
DIC			5,31	Trim.	Trim.
FIC			3,30	Anual	Anual
DMIC			3,03		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1A68.3086.046B.C717.8E70.3D08.96A9.9416

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lcit. Atual	Lcit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Corr. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 2912	2845	1,00	67	0,00	67	0,72504	48,57

DESCRICAÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)

48,57

9,35

VENCIMENTO

05/02/2019

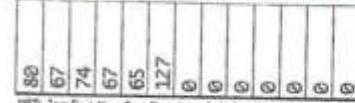
TOTAL A PAGAR (R\$)

57,92

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	18,04
Transmissão	1,92
Distribuição	10,25
Encargos Setoriais	2,76
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	15,57
TOTAL	48,57

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

26,16 0,00 0

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISO DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Change 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 à PIS e COFINS. As quotas: PIS:0,91% e COFINS:4,17%
(Art. 9º Reg. 100-2003 - ANEEL e Instr. n. 10.637-02 e 10.633-03)

Bandeira verde em Jan-19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o
consumidor. Informações: www.enel.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 de Controle: 0009681143 00005 39062 76

83800000000-9 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 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu SOSE ADÉBILSON 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 INVALIDEZ 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:

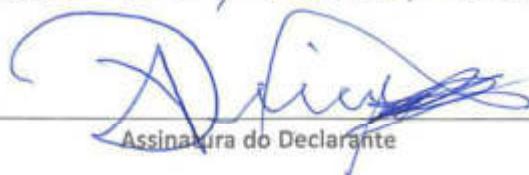
Recuso informar

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>276</u>	Complemento:	<u></u>
Bairro:	<u>MARQUE SEDADE</u>	Cidade:	<u>CAUCASIA</u>	Estado:	<u>CEARA</u>
E-mail:				CEP:	<u>61603070</u>

Tel.(DDD):
(85) 98724 1586

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



Assinatura do Declarante

Denis Luz
98724-1586
99778-5612

01 FEV. 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

Eu, CICERA OLIVEIRA PINHEIRO,

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

Órgão SSP.CE, portador do CPF nº 908.295.733.72,

com domicílio na cidade de CAUCASIA, 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: 9C2KCC081R128566

Data do Acidente: 28/07/2018

Local e Data: Caucasia 31-01-19


a Oliveira 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
TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucasia / CE
Tel: (85) 3621.7601 E-mail: carterio@carterioximenes.com.br

Valido somente com o selo de autenticidade
Confira os dados do ato em:
selodigital.jucec.jus.br/portal



NEQS
DEFIMA
No CM 712011

Reconheço por AUTENTICIDADE à assinatura
indicada de CICERA OLIVEIRA PINHEIRO. Dou Fé. Caucasia-
CE, 30 de janeiro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

01 FEV. 2019