

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE PIRES DO NASCIMENTO
Nº Sinistro: 3180486057
Vitima: JOSE PIRES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 09/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: PAULO ANDRE PONTES DE LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180486057**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Carta nº: 13502250

A/C: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180486057 ASL-0376816/18
Vitima: JOSE PIRES DO NASCIMENTO
Data Acidente: 09/06/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PAULO ANDRE PONTES DE LIMA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM COBERTURA TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/10/2018** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/06/2018** e, de acordo com a análise realizada, esclarecemos que o dano reclamado não é decorrente de evento sujeito à cobertura técnica pelo Seguro DPVAT.

Diante do exposto, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato com a SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado, ou conosco por meio do 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

752.699.963 - 91

Nome completo da vítima

JOSE' PIRES DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSE' PIRES DO NASCIMENTO	CPF titular da conta	752.699.963 - 91	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	RUA SEBASTIÃO LOURENCO	Número	113	Complemento	
Bairro	NUCUNA	Cidade	MARACANAÚ	Estado	CE
Email					Telefone (DDD) 8518526-0553

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
 Nome NRO.
 Bradesco 237
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 0295 0 886766 6
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

MARACANAÚ, 09 de OUTUBRO de 2018 LIBIA CORRETORA DE SEGURO
 Local e Data

16 OUT. 2018

Yosel Pires do NASCIMENTO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Paulo Antônio Penteado de Lima



16 OUT. 2018

ASS:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIALGoverno do Estado do Ceará
SSPDS/Polícia Civil/DPM
28º Distrito Policial

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 128 - 612 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

CARINA DE FREITAS SOARES - MAT.: 30119762

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Av. Dom Antônio Lins 1070 - Pague Á vista - Caucaia - Ceará - CEP 62145-000 CNPJ 15.211.000/0001-07 - CNAE 11.200-4

Certório Jurema - Tel: (85) 3237-1870
Rua Cláudia Carvalho Bezerra - Tabuleiro

Certifico que a presente cópia fotostática é
reprodução fiel do original
Da sua aut. f/c: Caucaia-CE 26 de setembro de 2018

Selo(s): 103226-HU*****
FRANCISCO CLAUDIO FRANCINHA DA SILVA - Escrivão de Jurema
Carimbo: 644738 Total: R\$ 2,30 Pedido: 9

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICADOR

AUTENTICAÇÃO
Nº HU 103226

WDDT

26/09/2018

*Vanília Rocha Franci Barros
Escrivão Autorizada*

16 OUT. 2018

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>JOSE PIRES DO NASCIMENTO</i>	CPF da Vítima <i>752.699.963-91</i>	Data do Acidente <i>09/06/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>PAULO ANDRÉ PONTES DE LIMA</i>	CPF do Representante legal <i>022.410.273-75</i>
Email <i>PAULO.PLIMA@OUTLOOK.COM</i>	Telefone (DDD) <i>13198215-1108</i>

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

MARACANAU, 09 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

LÍDER CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

Jose Pires do nas cimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FICHA DE ATENDIMENTO

Ato Declaratório

Nome:	JOSE PIRES DO NASCIMENTO				
Estado civil:	C	Sexo:	M	DN	12/03/1954
Nome da Mae:	MARIA PIRES DE SOUSA				
Naturalidade:	CAUCAIA		RG:	SUS	
1.4444E+167	CEL AFRO CAMPOS N645			Fone:	
Bairro:	CENTRO		Complemento:		
Município:	MPE				
Recepção:	JORGE FILHO	Enfermeiro (a):	RAQUEL	Data:	09/06/2018
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL () LEITO:					

Referiu lesão em mão e + edema na região temporal.
após colisão bicicleta x topic

EGO ALERGIA () NÃO SABE INFORMAR () ALERGIA A: Mercocilina.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Peso: PA: 120/96 mmHg T: 37 °C P: 71 bpm R: 16 mrm DX: Spo²: 98%

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

TRAUMA M.S E DORSAL
HÁ 1-03 NOS

EXAME SOLICITADOS:

RCG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Alta Médica () Alta a Pedido () Transferência: HMABM () Outros Hospitais () Óbito: -24h () +24h ()

Paciente Encaminhado:

Motivo:

X Antônio Lúcio

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1 - 200X M.S E- DORSAL		LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 16 OUT. 2018 40000 - 185 \$ 5
2 - PROFUND - TAN - 11:00		1007-18 Numadas Fute

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE PIRES MIGUEL
End. Lote/rua: RU SEBASTIAO LOURENCO, 116, PASSARE
Cidade: MARCINHOS
End. Entrega:

CEP: 63110-000

Cidade:

Local: 1-46 Setor: 083 Distrito: 0-130 Lote: 0-130 Cep: 00000-000
Setor: 00 Subdistrito: 00

CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(s)	Média Semanal (m³)
AGUA	A07F340002	004	005	1	0

DATAS

Leitura Atual: 20/09/2018 | Leitura Anterior: 20/09/2018 | Lote Agua: 030114
Leitura Anterior: 21/08/2018 | Próxima Leitura: 22/10/2018 | Lote Esqueleto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Envidas	103	103	030	103	103
Analizadas	111	111	110	110	110
Em conformidade	111	105	057	107	110

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 19 m³ | META: 15 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esqueleto (m³)
	24,40	Set/17	2	0
		OUT/17	0	0
		NOV/17	0	0
		DEZ/17	0	0
		JAN/18	3	0
		FEB/18	5	0
		MAR/18	2	0
		ABR/18	11	0
		MAY/18	10	0
		JUN/18	5	0
		JUL/18	11	0
		AGO/18	1	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	PAGAMENTO			
		Desconto	Valor (R\$)		
PIS	0,23	VALOR DO SERVIÇO		28,70	
COFINS	1,16	VALOR DO SUBSÍDIO		14,33	
VALOR TOTAL A PAGAR		24,40			

MÊS/ANO

09/2018

VENCIMENTO

08/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

24,40

ONDE PAGAR SUA Fatura:

L: 358162077602510 L: 0208 H: 1-1 50-05 R: 106 P: 001
Bancos, Bradesco, BNL, BNR, BIC, Banco do Brasil, Caixa
Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outras: Pagatáil
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de
sua fatura. Adive já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
Mobile

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h
às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h
às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autoridade de Regulação, Fiscalização e
Controle dos Serviços PÚBLICOS de Saneamento Ambiental: 0000 285 1918. Demais
localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado
do Ceará: 0800 275 3838.

Centro de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

155
SISTEMA DE
CORTEZ

L.D.H. CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ASS:

Nº DO CLIENTE

5541480-0

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.439 de 28 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELETRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

534403779

Rota 36 26021 04 001800 - 4 Data de Emissão 23/07/2018
 Nome PAULO ANDRE PONTES DE LIMA
 End. Postal RU TEIXEIRA DE SOUSA 00091 00091 CS A
 AMANARI - MARANGUAPE -
 Medidor 4894654 Posto 0000 D385
 Classe 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 01-COMERCIAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 022410273-75 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura

Jul/2018 23/07/2018 23/08/2018 Mês Conjunto Jul/2018 Jul/2018 R\$ 21,74

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
72,67	27,00%	19,62	Mensal Trm. Anual Mensal Trm. Anual	DIC 5,19 10,38 28,77 0,00 0,00 0,00
FNC 7810.BEE.000.D199.0873.87E0.0058			FIC 3,30 6,60 13,20 0,00 0,00 0,00	
			DMIC 2,94 0,00 0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Comat. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

FP 2390 2390 1,00 0,00 14 0,00745 72,67

23/07/18 22/06/18 31 DIAS 0,00 72,67

DESCRÍCION VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 72,67

MULTA MORATÓRIA REF 04/2018 1,19

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 16,57

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,70)

VENCIMENTO

05/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

90,43

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	26,63											
Transmissão	2,85											
Distribuição	15,21											
Encargos Setoriais	4,08											
Tributos (IAMS PIS-COFINS)	23,84											
TOTAL	72,67											
	87	90	85	91	84	104	82	86	71	110	58	129
	05	04	03	02	01	00	00	00	00	00	00	00
	Jul	Jun	May	Apr	Mar	Feb	Jan	Dec	Nov	Out	Sep	Ago

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

35,14 0,00 0,00 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AV190 IF RITRITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 158,42. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor
04/2018	75,82
05/2018	82,60

Consta desta fatura R\$ 4,22 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78% (Art. 3º da Lei 10.200/00 - ANEXO 1) (Lei nº 10.637-02 e 10.833-03)

Estamos em Bandeira vermelha Patamar 2 em Julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh quilometro-hora. Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 5541430-0 Referência: Jul/2018
 Data de Emissão: 23/07/2018 Total a Pagar (R\$): 90,43
 Nº da Nota Fiscal: 534403779 Nº de Controle: 0005541480 00061 39712 89

83820000000-2 90430031000-5 00055414800-5 0061397125596 SEG. LTDA.



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

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

INFORMAÇÕES 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu PAULO ANDRÉ PONTES DE LIMA inscrito (a) no CPF/CNPJ 022410.273-75, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PIRES DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 752.699.963-91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE PIRES DO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 752.699.963-91, 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>RUA TEIXEIRA DE SOUSA</u>		Número	<u>91</u>	Complemento
Bairro	<u>AMANARI</u>	Cidade	<u>MARANGUAPE</u>	Estado	<u>CE</u>
Email	<u>PAULO.PLIMA@OUTLOOK.COM</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>185198215-1108</u>

MARANGUAPE 09 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Paulo André Lima

Assinatura do Declarante

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara	CNES 2372150
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara	CNES 2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente JOSE PIRES DO NASCIMENTO		Nome Social	Nº Prontuário 8140
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 704108117380176		Data de Nascimento 12/03/1954	Sexo Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe ou Responsável MARIA PIRES DE SOUSA		DDD	Possui outre Convênio <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Município de Nascimento CAUCAIA	UF CE	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO
Nº 160	Bairro MUCUNÁ	Município de Residência MARACANAÚ	Código IBGE do Município 2307650
Ponto de Referência		Documento Nº	UF CE 61910000 CEP 61910000 Número CPF RG R.Civil PIS/PASEP Ignorado

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante	Nº Cons. Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
--	-----------------	-----	-----------------------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
<i>... Frene mte</i>

Crônicas que Justificam a Internação
<i>... mto</i>
<i>... COMISSÃO DEVISORIA DE PRONTUÁRIO CONFERE COM O ORIGINAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP Rua João Corrêa, Nº 363-Pajuçara CEP: 61.941-320</i>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)
<i>... mto</i>
<i>... MARACANAÚ 10/07/18</i>

Diagnóstico Inicial	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas	Nº Notif. Compulsória
---------------------	------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento Solicitado
<i>... mto</i>	<i>... mto</i>
Código do Caráter de Internação <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> Eletrivo	Clinica TRAUMATO ORTOPEDICA
Equipamentos Requeridos para Internação <i>... DR. CLAUDIO EUFRASIO ... MARACANAÚ ... CANELA...</i>	

Nome do Profissional Solicitante CLAUDIOJOSE FERNANDES EUFRASIO		
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 16242688387	Nº do Conselho de Classe 4078
Data da Solicitação 13/06/2018	Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe	Data Desejada para Internact 13/06/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
<input type="checkbox"/> AC DE TRANSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> ACID TRAB/TÍPICO			
<input type="checkbox"/> AC TRAB /TRAJETO	CNPJ da Empresa		CBOR

Vínculo com a Previdência <input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Apensado <input type="checkbox"/> Não Segurado

Nome do Profissional Autorizado	<i>... LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.</i>
Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizado
Data da Autorização	Código do Órgão Emissor M23C
Nº Registro Cons. de Classe	Ass. do Autorizado/Carimbo

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados do Internado)

ASS: *... LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.*

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

DR CLAUDIO EURRÓ
ODONTO. RAIMUNDO
CRM-CE: 4078

~~COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO~~
~~CONFERE COMO ORIGINAL~~
~~ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MARACANUCA DE PAJUCARA-AL~~
~~Rua João Conrado, 363-Pajuçara~~
~~CEP: 54.941-330~~
~~COOP. MARACANUCA~~
~~03/10/2018~~

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ASS:

Cirurgião	1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo



Nome:	JOSE PIRES DO NASCIMENTO				
Estado civil:	C	Sexo:	M	DN	12/03/1954
Nome da Mae:	MARIA PIRES DE SOUSA				
Naturalidade:	CAUCAIA		RG:	SUS	
1,4444E+167	CEL AFRO CAMPOS N645			Fone:	
Bairro:	CENTRO		Complemento:		
Municipio:	MPE				
Recepção:	JORGE FILHO	Enfermeiro (a):	RAQUEL	Data:	09/06/2018
CLASSEIFICAÇÃO DE RISCO :	VERMELHO ()	AMARELO ()	VERDE ()	AZUL ()	LEITO: _____

Refere lesão em mão t + edema na ^{Raquel Lopes de Souza Santos}
região ^{temporal} ~~região~~ ^{temporal} ~~temporal~~
após colisão bicicleta x ~~topic~~ ^{topic} ENFERMEIRA
MAREN-CE 435.534

EGO ALERGIA () NÃO SABE INFORMAR () ALERGIA A: Mercocilina

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Peso: PA: 140/96 mmHg T: 37 °C P: 71 bpm R: 16 mrm DX: Spo₂:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

TRAUMA M S E - Digital
há - 03 m

EXAME SOLICITADOS:

Urgente

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Alta Médica () Alta a Pedido () Transferência: HMABM () Outros Hospitais () Óbito: -24h () +24h ()

Paciente Encaminhado:

Motivo:

X Antóxia Prudam

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
<u>1 - 200 X M S E -</u> <u>10/06/18</u>		
<u>2 - Furofend - 100 - 11:00</u> <u>10/06/18</u>	<u>10:00</u> <u>- 18:00</u>	<u>LISIA CORREIOLA DE SEG. LTDA.</u> <u>18/06/2018</u> <u>Assinatura do Enfermeiro</u>



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2016317581-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/12/2016

NOME JOSE PIRES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO RAIMUNDO TAVARES DO NASCIMENTO

MARIA PIRES DE SOUSA

NATURALIDADE CAUCÁIA - CE

DATA DE NASCIMENTO 12/03/1954

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MIRAMBÉ TERMO: 62 FOLHA: 158 LIVRO: B

01 CAUCÁIA - CE
CNPJ 752.699.963-91

RG: ANT: 1121651 P.: 30

1. VIA ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA 7.116 DE 2000/03/2018

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AGÊNCIA NACIONAL DE TRÂNSITO

D
G
E

NOME
PAULO ANDRE PONTES DE LIMA

DOC. EMISSOR / ONG EMISSOR
2004013006219 SEPOS CE

CPF
022.410.273-75 **DATA NASCIMENTO**
11/08/1987

PAIS
JOSE ALDNEY DE LIMA
TANIA MARIA PONTES DE LIMA

PERMISSÃO
ACC CAIXAS T

Nº REGISTRO
04142557906 **VALIDADE**
08/05/2022 **1ª INIBIÇÃO**
16/07/2007

COMENTÁRIOS
EAR;

Paulo André Pontes de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO**
10/05/2017

Paulo André Pontes
ASSINATURA DO EMISSOR
95577578605
CE159327334

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1474342697

PROIBIDO PLASTIFICAR

LILIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ASS:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ PIRES DO NASCIMENTO, Brasileiro (a)
Estado Civil CASADO, Profissão AGRICULTOR Inscrito com o Nº de RG:
2016317581-5 e CPF: 752.699.963-91 Residente e
domiciliado(a) à rua SEBASTIÃO LOURENÇO
Nº: 118 Bairro: MUCUNA Cidade: MARACANAÚ
Estado: CEARA CEP: 60000-000 Fone: (85) 9 8526 - 0553

OUTORGADO: PAULO ANDRÉ PONTE DE LIMA
Inscrito com o Nº de RG: 2004013006219
e CPF: 022.410.273-75 Residente e domiciliado na: RUA TEIXEIRA
DE SOUSA Nº: 91 Bairro: AMANARI
Cidade: MARANGUAPÉ; Estado: CEARA

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) JOSÉ PIRES DO NASCIMENTO, ocorrido em 09/06/2018.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cartório de Jurema

MARACANAÚ (CE), 28 de SETEMBRO de 2018

José Pires do nas. ciment
OUTORGANTE



LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
16 OUT. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376816/18

Vítima: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

CPF: 752.699.963-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2018

Titular do CPF: JOSE PIRES DO NASCIMENTO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

PAULO ANDRE PONTES DE LIMA : 022.410.273-75

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

JOSE PIRES DO NASCIMENTO : 752.699.963-91

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: 16/10/2018
Nome: PAULO ANDRE PONTES DE LIMA
CPF: 022.410.273-75

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

PAULO ANDRE PONTES DE LIMA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA