



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2015

Carta nº: 6524774

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150216307
Vitima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 02/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6590454

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150216307
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 02/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2015

Carta nº: 6745826

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150216307
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 02/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **PAULO MARTINS FERNANDES**

Valor: **R\$ 10.125,00**

Banco: **104**

Agência: **000002843**

Conta: **0000018324-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.125,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 =	R\$	10.125,00
---	-----	-----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 06/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000018324-6

Nr. da Autenticação CD0FA0643E73A7CA

⊕

Ortopedia
Infantil

Paulo Mafus Figueiredo

DOCUMENTO 3 *134*



⊕

Patologia
da ColunaPaciente Mafus e Pedreira
de Fronteira Figueiredo

⊕

Cirurgia do
JoelhoTCÉ (Pouco consólio em cáptico)
OARTE, consólio cêntrico. Preencha-
mento cêntrico, e de novo cêntrico
e com a pouca fusão e infiltração.

⊕

Patologias
do EsporteC11- S06.0. S06.1. S06.9
po, manifestado a tra-
mento clínico de TCÉ em
interferência traqueal.

⊕

Osteoporose

Ficou com depreciação
de osso e de novo do fôra, de novo
preenchimento. cêntrico e
preenchimento, e de novo de
consólio e de novo de
interferência traqueal.Mafus e Pedreira
Figueiredo.

11 MAR 2015

Ortopedia cefalica.

as 09:24h



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FMS

Hospital Regional Dr. Pontes Neto
Quixeramobim - CE



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 02/03/14 PA: 140x70mmHg Nº 27

03.01.06.0029

Nome: Paulo Fernando Martins

Estado Civil: Solteiro Sexo: M Idade: 22a

Naturalidade: Quixeramobim Profissão: agricultor

Residência: Lagoa Verde - Quixeramobim

2 - DIAGNÓSTICO: HDP + Menstruação

Primesseira (12:30) - 1500ml - 850ml

3 - PROCEDIMENTO: 1. Quantidade 2mp + 10m 10x1055

2. Placel 2:10 10x1055

3. SF 0,9% - 1500ml ex. 4h.

ASSINATURA MÉDICO

Glicemia Capilar 300mg/dl as 9:40hs.

1. Kerosene 2il + 1ml de glicose (ml en 2il)

AD EV, 1000ml

7. Eritrato. 100ml ex. 100ml 11 MAR 2013

8. Injeção cápsula 70mg EV

9. SF 0,9% - 2000ml EV + 500

10. SNG em 100ml 200ml

11. SNG

12. TOT



ASSINATURA MÉDICO

RECEBIDO EM

11 MAR 2013

11 MAR 2013

11 MAR 2013

11 MAR 2013

11 MAR 2013

11 MAR 2013

11 MAR 2013

11 MAR 2013


11 MAR 2013

11 MAR 2013

11 MAR 2013

Declaro para os devidos que o sr. **PAULO MARTINS FERNANDES** esteve nesta unidade de saúde Hospital Regional dr. Pontes Neto no dia 02.03.2014 procedimento médico por motivo de uma hemorragia digestiva alta, mais alcoolismo, ocorreu que no momento do preenchimento da ficha de atendimento houve um erro ortográfico sendo que o nome do mesmo foi escrito da seguinte forma: **PAULO FERNANDO MARTINS**, sendo que o correto é o acima declarado.

Quixeramobim, 18 de março de 2014


Assistente Social
Sandra Siqueira
Assistente Social
CRSS - 7279





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O(a) Sr.(a):

Paulo Martin Farias

Compareceu a esta Clínica às _____ horas para:

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1 - Consulta..... | <input type="checkbox"/> | 5 - Marcar Radiografia..... | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Acompanhar Familiar..... | <input type="checkbox"/> | 6 - Fazer Radiografia..... | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Fazer Exame/Laboratório..... | <input type="checkbox"/> | 7 - Retirar Radiografia..... | <input type="checkbox"/> |
| 4 - Retirar Exame/Laboratório..... | <input type="checkbox"/> | 8 - Fisioterapia..... | <input type="checkbox"/> |

Outrossim comunicamos que:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------|--------------------------|
| a) Pode voltar em seguida ao trabalho..... | <input type="checkbox"/> | Radiologista | <input type="checkbox"/> |
| b) Foi encaminhado à especialista | <input type="checkbox"/> | | |
| c) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| d) Deverá ficar afastado(a) do trabalho (<u>30 Toda</u>) dias, a contar desta data | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| e) Poderia ter se apresentado s/faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

η CID..... S06.9 di + fce S06.0 de 201 07

Quixeramosim-CE, 22 de _____ de 201 07

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1 ☐

Ao Dep. Pessoal

O(a) Sr.(a):

_____ dias.

- 1 - Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.
- 2 - Providenciar Doc. p/Benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
- 3 - Horário de trabalho do funcionário no dia do afastamento _____

RECEBIDO

11 MAR/2010



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção"

Solém de Emergência Reg.:

5280429

O Sr.(a)

Paulo Martins Fernandes

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 02, 03, 14, às 15.41 h.

Tendo como causa do socorro

traumatismo crânio - encefálico
moderado (SOGG - CID).

Permanecendo até o dia 07/03/14,
quando foi transferido para o
Observações: Hospital Batista.

Fortaleza, 07 de 03 14 de 200

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

DR. POLINATILDO
CLINICA MEDICA / NEUROLOGIA
CRM - CE 9430

Atua sob a reg. Med. Cir. do Conselho de Emergência Reg. 002

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

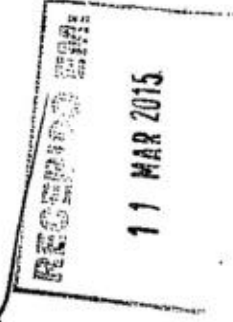
Atm Bode

Atende para duvidas f. que
o Sr. Paulo Matos temido
vem de 60 (seventy) dias de
ausencia e nos chadodas
Autorização.

CID. JCG

21/03/14

[Signature]



Atty Verde

Atty Verde para eludir lo que
a Sr. Paula María Pineda
worth de 60 (seventy) días de
vacaciones o más oídas de
vacaciones.

CIT. SEG.

2/10/14





MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Torres, 2056 - Aldeia - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raio X

Internamentos Clínicos & Cirúrgicos

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Plat p. 12 L det me
Pode pode fazer show
nt de de 06 a 08.03.14
s DE (5069) me de
40 (cdg) de a repm

08.03.14

Arquivo Médico
CRM 7605
NEUROCIRURGIA

RECEBIDO

11 MAR 2015

Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 157577

111546/07



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeia - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

Internamentos Clínicos & Cirúrgicos

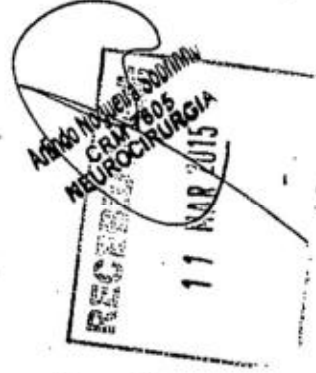
Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodíalise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Ata p. 2 de 2
Pode ser feita a seguir
na sala de 06 a 08.03.15
s. DE (8069) p. 2 de 2
no (8069) de 2 de 2

08.03.15



Entidade de Utilidade Pública, Lei 3111/65 e Federal, decreto 1575/77

111546/07



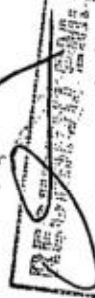
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paula Nurl F

> Flamox sus ——— (12h)
G

21/06/2014



11 MAR 2015

SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA

☐ 6 X 6 hs. 06 M - 12 T - 06 N - 12 N (4 X DIA)
☐ 8 X 8 hs. 06 M - 02 T - 10 N - 10 N (3 X DIA)
☐ 12 X 12 hs. 06 M - 12 T - 06 N - 12 N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA

Rua Monsenhor Salviano Pinto - Centro - Fones: 3441-1219 / 3441-1217
CEP 63800-000 - Quixeramobim-CE



INSTITUTO DR. JOSÉ PROTA
"24 horas de proteção à vida"



RECEITUÁRIO

Nome: Paulo Martin BE/Prontuário: _____

Rx

Dipirona gotas → 1 frasco
Liquor 40 gotas até 6/6h

88 dor

Data: 01/03/14

Júlio César de Foz
Clínica Médica
C.R.M.: 9739
MAR 2015
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/03/06 - Via Única - Formulário AS (1480320).

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

Paulo Marcos Sam

1 curcul

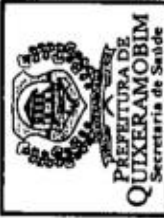
① Unenulid de
12 to 12116

② unculre 5 de
12 to 12116

21 103/14

Paulo Marcos Sam
MÉDICO DO TRABALHO
CRM - 8569





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Paulo Martins Lorraines

Endereço:

Prescrição:

Medicamento 91009
10 mar 05 cp 1.0 3x ao dia

DATA:

09/12/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

Cidade:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RECEBIMOS EM

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data:



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, SIN CENTRO - CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites

RMS Nº 2300715/Ce

Projeto de Lei nº 100/2014 Para o Brasil

[Assinatura]

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paula martins Fernandes

Endereço: Rua - Penedas

Prescrição: hidantal 100 mg 60cp

tomar 01 cp 2 x dia

DATA: 11, 02, 15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:	
Ident.:	
Órgão Emissor:	
Endereço:	
Tel.:	
UF:	
Cidade:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: 11 MAR 2015

11 MAR 2015



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites
RMS Nº 230031568-
Projeto Mãe Médica para o Brasil

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paula martins Fernandes

Endereço: Barra - Encada

Prescrição: hidantal 100mg 90cp

torran 01 cp 3x dia

DATA: 1 / 1 / 08/10/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, SIN
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fieites
RMS Nº 280071506
Professora de Medicina - Brasil

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Paulo Martins Fernandes

Endereço:

Barra-Cercada

Prescrição:

Hydantal 300mg - 90cp

tomar 02 x dia

DATA: *27/08/14*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Orgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

Cidade:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via: Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N CENTRO - CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM - CEARÁ


CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paulo Roberto Farias

Endereço: _____


Prescrição: Fludolil 10mg 12/12

DATA: 24.04.19.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Tel.: _____ UF: _____
Cidade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR


Assinatura do Farmacêutico
Data: <u>11 MAR 2015</u>



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Droguaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, SIN
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paula Gonçalves

Endereço: _____

Prescrição: Tratamento de 12.12.15

Tomar os cpv's de 12.12.15

DATA: 10.10.15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da farmácia ou drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	_____
CRM:	_____ UF: _____
Endereço Completo:	_____
Cidade:	_____ Tel: _____ UF: _____

Dr. Cristiano Oliveira
MEDICO
CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: Paulo Mendes Figueira Idade: _____

Endereço: _____

Prescrição: Hydrocort 100g GO

100g 100g

Data: 13, 05, 19

Dr. Cristiano Oliveira
MEDICO
CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	_____
Ident:	_____ UF: _____ Org: _____ Emis: _____
Endereço:	_____
Cidade:	_____ Tel: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASS. DO FARMACÊUTICO	DATA: <u>11 MAR 2015</u>

RECEBIDO EM:



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Paulo Roberto Lima

Endereço:

Prescrição:

Hidral 100mg - 90 dias
02 po c/c
02 dx 11K

DATA:

01, 04, 14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

Cidade:

Assinatura do Farmacêutico

Data:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

11 MAR 2015

11 MAR 2015

135



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16525933413
Número do Benefício: 6058870058 Espécie: 31
Número do Requerimento: 157390258
Ao Sr.(a): PAULO MARTINS FERNANDES
Endereço: LAGOA CERCADA SN, Z RURAL
CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM UF: CE
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal:

Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 17/04/2014, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 31/07/2014.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício (31/07/2014), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/07/2014 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi afastada a aplicação do nexo epidemiológico entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 6º do artigo 337 do Decreto 3.048, de 06/05/1999. O benefício foi concedido em espécie não-acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar recurso por parte de V.Sa. à Junta de Recursos da Previdência Social, pelo prazo de 30 (trinta) dias.

Data: 22 de maio de 2014

RECEBIDO EM:

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS 1 MAR 2015

Agência da Previdência Social: APS - QUIXERAMOBIM Endereço: RUA RAIMUNDO RODRIGUES
S/N, CENTRO
CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 22 de maio de 2014

Paulo Martins Fernandes
Assinatura do Requerente / Representante Legal



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS - QUIXERAMOBIM
REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº 157390258
BENEFÍCIO Nº 6058870058

Prezado (a) Sr(a):

PAULO MARTINS FERNANDES

(NOME DO SEGURADO)

06021046212

(RG/CERTIDÃO)

16856489774

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Auxílio - Doença e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 21/05/2014

Hora: 09:50

Endereço:

RUA GUILHERME ROCHA, 1624

CENTRO

FORTALEZA - CE

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.

Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Quixeramobim, 17 de abril de 2014

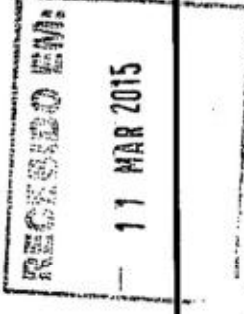
Antônio Cavalcante Ribeiro

Per. Segur. Social

Mat.: 0825808

Nome/Cargo/Assinatura

(Atendente)



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em / /

Ass. do Requerente/ Rep. Legal

Acao

Inicio Origem Desvio		Restaura Fim	
NB	6058870058	Nome:	PAULO MARTINS FERNANDES
DER	17/04/2014	DIB :	17/04/2014
DID	02/03/2014	DII :	02/03/2014
Especie:	31	Profissao:	00999
APS Realizacao...	05.0.01.070	DCA	00/00/0000
Ordem	02	Dt. Marcacao Exame:	16/08/2015
Conclusao	4 - DCI	Dt. Limite	
Diagnostico	S069	Diag. Secundario :	
Local do Exame ..	INSTITUTO	Codigo da Fase ...	06
Cod. do Perito ..	21/08/2014	Cod. perito quadro:	0501948
Pt. Realizacao ...		Percentual Reducao:	00
Dt. Proximo Exame:		Isento Carenacia ...	NAO
Acrescimo	NAO	Nexo Tecnico	NAO
Transf. Especie ..	NAO	Enquad. LOAS	NAO
Exame Requisitado:	NAO	Diligencia	NAO
Pericia Convenio :	NAO	Retroacao da DII ..	NAO
Dt. Digitacao ...:	21/08/2014	Dt. Alteracao	21/08/2014
CRM Medico	0000000000	Antecipa Parto ...:	NAO

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência Social e Assistência Social
Instituto Nacional do Seguro Social

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16525933413

Número do Benefício: 6058870058

Espécie: 31

Número do Requerimento: 157390258

Ao Sr.(a): PAULO MARTINS FERNANDES

Endereço: LAGOA CERCADA SN, 2 RURAL

CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM

UF: CE

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação

Art. 59 e 89 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Artigo. 71, 78 e 136 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999;
Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Legal:

Em atenção ao seu Pedido Prorrogação, requerido no dia 22/07/2014, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

Além disso, concluiu-se por seu encaminhamento a Reabilitação Profissional, devendo V. Sa. agendar, de imediato, a entrevista de avaliação, nesta Agência da Previdência Social.

Data: 21 de agosto de 2014



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - QUIXERAMOBIM Endereço: RUA RAIMUNDO RODRIGUES,
S/N, CENTRO

CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 21 de agosto de 2014

Paulo Martins Fernandes
Assinatura do Requerente / Representante Legal.

W.W.W. - PREVIDÊNCIA - GOV. BR.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
SISTEMA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
FUNDO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS - QUIXERAMOBIM
REQUERIMENTO DE PEDIDO DE PRORROGAÇÃO
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº 159578415
BENEFÍCIO Nº 6058870058

Prezado (a) Sr(a)

PAULO MARTINS FERNANDES

(NOME DO SEGURADO)

72710 / 59

16525933413

06021046212

(RG/CERTIDÃO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Prorrogação e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 21/08/2014

Hora: 10:20

Endereço:

RUA GUILHERME ROCHA, 1624

CENTRO

FORTALEZA - CE

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.

Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.

Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada por escrito.

QUIXERAMOBIM, 22 de julho de 2014

Maria da Fátima Lima da Silva
MEX. SEGURO SOCIAL
EAT: 075763

Nome/Cargo/Assinatura

(Atendente)

11 MAR 2015

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

() Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020.219-8.

Ciente em 21/07/2014

Ass. do Requerente/ Rep. Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES / ☒ ☐

DOC. IDENTIDADE / C.R.S. EXIBIDO: 2206021044212 / 85706 / CE

CPF: 039.003.413-46 / 01/06/1989

Sexo: ☒ M ☐ F

Nome: JOSE FERNANDES DA SILVA
MARI DAISY MORTINS FERNANDES

Residência: ☒ PRÓPRIO ☐ ALUGADO

16/03/2015 20/10/2010

519383224

PROVIDO PLASTIFICAR
O TERNITIVO NACIONAL
VÁLIDA EM TODA

SEM OBSERVAÇÃO

Paulo Martins Fernandes

DATA: 09/11/2011

CIDADE: CE

9308036308
CE127967186

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CEI Nº 011430616739

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 00907923

EXERCÍCIO 2014

NOME MARIO DA SILVA MATTOS FERNANDES

PLACA 012605311/CE

CHASSI 962K08507036293

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL

PARÂMETRO DE VEÍCULO

MAHON / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ES

ANO FAB 2006

ANO MOD 2007

COF. PREDOMINANTE VERMELHA

CATEGORIA PARTIC

COT. UNICA

VENÇ. COTA UNICA

VENÇ. COTAS

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TAFARIÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

RESERVAÇÕES

DATA 21/02/2014

LOCAL

OUTXERAMORIM

DETRAN

CONTRAN

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS

TRANSF. OBRIG. DO SEGURO DPVAT

CE Nº 011430616739 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodoctransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014

DATA EMISSÃO 2014/02/2014

PLACA 012605311

CHASSI 962K08507036293

RENAVAM 00907923

MAHON / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ES

ANO FAB 2006

ANO MOD 2007

COF. PREDOMINANTE VERMELHA

CATEGORIA PARTIC

COT. UNICA

VENÇ. COTA UNICA

VENÇ. COTAS

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TAFARIÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

RESERVAÇÕES

DATA 21/02/2014

LOCAL

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM

OUTXERAMORIM



www.dpvatsegurodoctransito.com.br



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo Martins Senander, portador da carteira de identidade nº 2006021046212 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.003.413-46, residente e domiciliado na Juv. Euclides Wilson, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que a cidade Quixaramã está impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Paulo Martins Senander

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quixaramã, 11/02/2015

Local e data

RECEBIDO IML

11 MAR 2015

Declaração

Eu, Paulo Martins Fernandes, RG 2006021046212,
CPF 039.003.413-46, declaro que após ter sofrido acidente provocado
por veículo automotor de via terrestre, em 02/03/2014 fui socorrido por
Populares Telefone: (88) ao
3441-3521 levado
hospital: Regional Dr. Pontes Neto e

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos
documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC -
005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do
Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no
local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a
Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no
Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas
sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

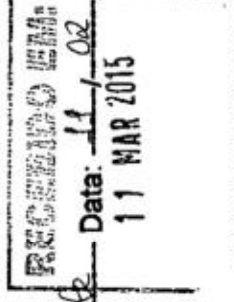
**"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade,
comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de
contravenção que sabe não se ter verificado".**

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer
informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código
penal.

**"Art. 299 - Omitir, em documento público ou
particular, declaração que nele deveria constar, ou
nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou
diversa da que devia ser escrita, com o fim de
prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a
verdade sobre o fato juridicamente relevante.**

**Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa,
se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3
(três) anos, se o documento é particular."**

Local: Aracaramirim UF: SC Data: 11/02/2015
11 MAR 2015



x Paulo Martins Fernandes

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Martins Senandos portador da carteira de

identidade nº 2006021046212 e inscrito no CPF sob o nº 039.003.413-46

residente e domiciliado na Juss. Quelides Wlean

Cidade: Guirana-mirim Estado Perná declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital _____ Data de Entrada: 11

Data de Saída: 11

Localizado em: _____

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO REALIZADOS.

Por este motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

Declaro 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, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Cidade: _____

Data: _____

Paulo Martins Senandos

Assinatura do Declarante

RECEBIDO

11 MAR 2015

Guirana-mirim, 11/02/2015

Local e Data

"In-try"

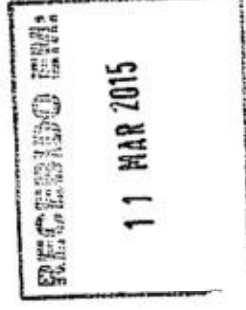
DECLARAÇÃO

Eu Paulo Martins Serranides
portador do RG 2006021046212, inscrito no CPF 039.003.413-46
como endereço na Rua João Quelides Alcar
Bairro Quixeramobim.
Onde figuro no quadro de Invalidez Permanente.

Declaro a Seguradora Líder, que o Hospital Regional Dr. Pontes Neto de Quixeramobim - Ce se nega a colocar em meu prontuário médico que foi um acidente de trânsito e as lesões e sequelas sofridas por mim em consequência do acidente de trânsito, provocado por veículo automotor de via terrestre no dia 02/03/2014.

Quixeramobim-Ce 11 / 02 / 2015.

Atenciosamente; x Paulo Martins Serranides



Vítima de acidente de trânsito em Quixeramobim é transferida de helicóptero para Fortaleza

A- A+



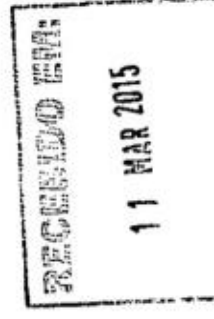
Foto: osertaoenoticia.com

a transferência do mesmo.

Reportagem: REDAÇÃO

Uma vítima de um grave acidente de trânsito na zona rural de Quixeramobim foi transferida para Fortaleza em um helicóptero do CIOPAER.

A transferência aconteceu por volta das 15h30min deste domingo, 02. Segundo informações da polícia, por volta das 10h00 a vítima identificada pelo nome de Paulo Fernandes Martins, 25 anos, residente na localidade de Lagoa Cercada, deu entrada no Hospital Regional Dr. Pontes neto socorrida por populares. A polícia disse a nossa reportagem que foi informada que o motociclista pilotava uma moto HONDA, CG150 TITAN ES, de placa HYL 5311, quando em frente ao cemitério público da Vila de São Miguel, perdeu o controle vindo a cair sofrendo um forte impacto na cabeça. Por causa da gravidade da vítima foi solicitado um helicóptero do SAMU para





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Paulo Martins SerraninhoPORTADOR(A) DO RG Nº 2006021046212 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 25/07/2006 ECPF 0390003413-46 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO ---

E RENDA MENSAL DE R\$ --- (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paula Martins Serraninho AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS. PS

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou **LÍQUIDA RECEBIDO EM 11 MAR 2015**
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br/), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2843 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18324-6 ✓

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Chuisenandira 11 de fevereiro de 2015 x Paulo Martins Serraninho ✓

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. QUIXERAMOBIM
DATA: 06/02/2015 HORA: 14:45:58
TERMINAL: 28431007 CONTROLE: 284310070023

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2843.013.00018324-6
NOME: PAULO MARTINS FERNANDES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0342090100
NÚMERO DE CONTROLE: 037459084

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

RECEBIDO EM:

11 MAR 2015



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM ✓

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1207 / 2014 ✓

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 18/03/2014 16:01:25 ✓

Data / Hora da Ocorrência : 02/03/2014 08:30:00 ✓

Endereço da Ocorrência: SIT SÃO MIGUEL

NAO INFORMADO QUIXERAMOBIM / CE ✓

Ponto de Referência:

DOCUMENTO 1 *11%



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES

Nascimento : 01/06/1998

CNH: 519383224 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: JOSE FERNANDES DA SILVA

MARIA DAISE MARTINS FERNANDES

Endereço: R ALVISTO SKEFF 39

MONTEIRO DE MORAIS

QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone: 9794.4248

Histórico

QUE, na data, hora e local supra o noticiante trafegava na motocicleta HONDA CG 150 TITAN FS, ANO 2006/07, DE PLACA HYL5311 LICENCIADA EM NOME DE MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES, quando ao retornar de uma festa, acabou vacilando e caindo ao chão, QUE, em virtude do acidente o noticiante sofreu hemorragia na cabeça e um trauma no ombro esquerdo. QUE, o noticiante foi socorrido para o hospital local através de populares e encaminhado para o IUP em Fortaleza pelo helicóptero do CIOPAER.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *[Assinatura]*

MATRÍCULA: 198323-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Paulo Martins Fernandes*
VISTO DO DELEGADO(A):

MATRÍCULA: 300121-1-9





as dog 24 Ar



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FMS
Hospital Regional Dr. Pontes Neto
Quixeramobim - CE

**BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO**

Data: 02/03/14 PA: 110x70mmHg Nº 27
1 - IDENTIFICAÇÃO **03.01.06.0029**
Nome: Paulo Fernando Martins

03.01.06.0029

Nome: Paulo Fernando Martins
Estado Civil: Solteiro Sexo: M
Data de Nascimento: 14/06/72

Estado Civil: casado Sexo: M Idade: 22 a

Naturalidade: Quixibim Profissão: aquele lá: "

Residência: Logradouro: Avenida
Procedência: Oxi

2- DIAGNÓSTICO: HDA + MRCAL

8508 10:30 - 10:30

3.-PROCEDIMENTO: 1. Quantidade 2mp + 1br Aps. Cn 1055

7. Flood 2:10 p.m. 15 2 8 2

2. 10/11/11 = 150000 ex ghts.

ASSINATURA MÉDICO

9:40 hrs

Q107, MAR 1970

[illegible]

11

2011

2000

603

10

SECRET

Genito-muriale

10

2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paula Martins Serranides
 RG nº 2006031046232, data de expedição 25/07/06, Órgão SSP/PE
 CPF nº 039.003.413-46, venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
 nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Trav. Quelides Wlean</u>
Número	<u>89</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Monteiro de Moraes</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3441-3521 (88) 92451228 (88) 92188940 (88) 99010887</u>
E-mail	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PROPOSTA DE RESOLUÇÃO Nº 11/2014 11 MAR 2015 </div>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pernambuco, 11/02/2014.

Assinatura do Declarante: Paula Martins Serranides



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

AV. DR. JOAQUIM FERNANDES, 570 - CENTRO
QUIXERAMOBIM - CEARÁ - CEP: 63800-000
FONE: (88) 3441-1293 - FAX: (88) 3441-1177
C.N.P.J.: 07.742.770/0001-15

CONTA
ÚNICA

ROSALI MARTINS DE BRITO
TRAV. EUCLIDES WICAR 89
MONTIÃO DE HORAS 6380000 QUIXERAMOBIM CE
ROTA: 1-2740
CDD LIGACAO: 11346-4 ID ELETRONICO: 000
MÊS/ANO: 01/2014
N.º CUIA: 140111346
CATEGORIA: QUANTIDADE
1-RES:

DESCRICAO
Tarifa de Agua
MULTA REF. SET/13-

VALOR
15,80
0,32

TABELA DE VALORES M3 POR FAIXA		
Cat.: 1-RES	FAIXA	VALOR M3 (R\$)
00 a 10	11 a 15	1,50
	16 a 20	2,28
	21 a 25	2,54
	26 a 30	2,80
	31 a 35	3,06
36 a 40	41 a 45	3,32
	46 a 50	3,58
	51 a 55	3,84

DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
06/12/2013	06/01/2014	23/01/2014	R\$ 16,12
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CUNCIUM REAL	DIAS. FATURADO
498	499	1	10
Nº DO HIIDROMETRO	Nº	VALOR	DIA METRO
2F014908 P		1	10
OCCORRENCIA:			DATA DE INSTALACAO

DADOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES		
MES	CUNCIUM	Nº DIAS
Dez/2013	4	30
Nov/2013	2	30
Out/2013	2	30
Set/2013	3	30
Ago/2013	1	30
Jul/2013	2	30

COM O NOVO SISTEMA, O SAAE ATINGE UMA DAS M
ETAS DE APERFEIÇOAR O ATENDIMENTO, TRAZENDO
MAIS TRANSPARECIA PARA O CLIENTE.

MESES EM DEBITO: DEZ/13.

DETALHES SOBRE A LEITURA VIDE VERSO	PERIODO DA ANÁLISE:	04/01/2014 a 03/02/2014
PARÂMETRO	UNIDADE	MP

	mg/Cl	0.20 a 2.00	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cloro Residu																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

11 MAR 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150216307 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 02/03/2014 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TCE 25%

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150216307 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 02/03/2014 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM INTERNAÇÃO PROLONGADA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, REFERE CRISES CONVULSIVAS E EM USO DE ANTICONVULSIVANTE. ACOMPANHANTE REFERE ALTERAÇÕES DO HUMOR E DO COMPORTAMENTO COM DISTÚRBO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E DÉFICIT DE MEMÓRIA. NECESSIDADE DA AJUDA DE FAMILIARES PARA REALIZAR ALGUMAS TAREFAS HABITUAIS DE MAIOR COMPLEXIDADE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROLÓGICO CONSERVADOR. EVOLUINDO COM COMA E INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Sequelas permanentes: DANO NEUROLÓGICO GRAVE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Felipe Boaventura Apolinario

CRM do médico: 13234

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

PRESTADOR

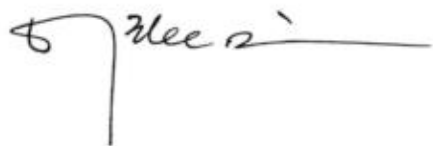
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **PAULO MARTINS FERNANDES** Sinistro: **3150216307** Data: **02/03/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRAV EUCLIDES WICAR, 89 - MONTEIRO DE MORAES - Quixeramobim - CE - CEP 63800-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2006021046212**

Data local do exame: [**25/03/2015**] **Quixadá** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM INTERNAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME, REFERE CRISES CONVULSIVAS E EM USO DE ANTICONVULSIVANTE. ACOMPANHANTE REFERE ALTERAÇÕES DO HUMOR E DO COMPORTAMENTO COM DISTÚRBO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E DÉFICIT DE MEMÓRIA. NECESSIDADE DA AJUDA DE FAMILIARES PARA REALIZAR ALGUMAS TAREFAS HABITUAIS DE MAIOR COMPLEXIDADE.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROLÓGICO CONSERVADOR. EVOLUINDO COM COMA E INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DANO NEUROLÓGICO GRAVE.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
DANO NEUROLÓGICO.

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Felipe Boaventura Apolinário
Médico
CRM-CE 13.234