

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190468988      **Cidade:** Itapiúna      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO DE ABREU RIBEIRO      **Data do acidente:** 31/03/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 16/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 1

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190468988      **Cidade:** Itapiúna      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO DE ABREU RIBEIRO      **Data do acidente:** 31/03/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 8

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 1

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

**Outorgante(s):**

Nome: Reginaldo de Abreu Ribeiro

R.G.: 2761896-93 C.P.F.: 771.457.453-72

Endereço: Rua MRAZ Castelo Branco N° 00, Palmatonia

CEP: 62744-000 Cidade/UF: Itaíuna / Ceará

Outorgado(s):

Nome: José Gonçalves Duarte Lima

R.G.: 95029071867 C.P.F.: 617.446.463-68

Endereço: Rua Leonardo da Silva Fontes,

CEP: 63043-550 Cidade/UF: Juazeiro do Norte - Ceará

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Chamamento 'Sinistro DPVAT', transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito ocorrido na data em 31/03/2019

Local: ITAPIÚNA

Data: 11 JUL 2019

Regional de Abreu Pibis 10-

### Assinatura do Outorgante



**A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira-**

## PROCURAÇÃO

**Outorgante(s):**

Nome: Reginaldo de Abreu Ribeiro

R.G.: 2761896-93 C.P.F.: 771.457.453-72

Endereço: Rua MRAZ Castelo Branco N° 00, Palmatoria

CEP: 62744-000 Cidade/UF: Itaíuna / Ceará

Outorgado(s):

Nome: José Gonçalves Duarte Lima

R.G.: 95029071867 C.P.F.: 617.446.463-68

Endereço: Rua Leonardo da Silva Fontes,

CEP: 63043-550 Cidade/UF: Juazeiro do Norte - Ceará

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Chamamento 'Sinistro DPVAT' transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito ocorrido na data em 31/03/2019

Local: ITAPIÚNA

Data: 11 JUL 2019

Regional de Abreu Pibis 10-

### Assinatura do Outorgante



**A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira-**

 <b>NOTARIA PÚBLICA DE SÃO FRANCISCO DE ITAPIBUÃ</b> <b>Rua São Francisco de Itabipuã - CE</b>	<b>RECONHECIMENTO DE FATO</b> <b>EDNA MARIA DE MENEZES</b> <b>11 JUL 2010</b> <b>Em test: _____ da verdade</b> <b><input checked="" type="checkbox"/> POR AUTENTICIDADE    <input type="checkbox"/> POR SEMELHANÇA</b> <b>Fernando Fábio de Menezes</b> <b>( ) Edna Maria de Menezes - Titular Interina</b> <b>(x) Fernando Fábio de Menezes - Substituto</b> <b>VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE</b>
---	---

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270212/19

**Vítima:** REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

**CPF:** 771.417.413-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/03/2019

**Titular do CPF:** REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### JOSA GONCALVES DUARTE LIMA : 617.446.463-68

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

### REGINALDO DE ABREU RIBEIRO : 771.417.413-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019  
Nome: JOSA GONCALVES DUARTE LIMA  
CPF: 617.446.463-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

JOSA GONCALVES DUARTE LIMA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270212/19

**Número do Sinistro:** 3190468988

**Vítima:** REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

**CPF:** 771.417.413-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/03/2019

**Titular do CPF:** REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2019  
Nome: REGINALDO DE ABREU RIBEIRO  
CPF: 771.417.413-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

---

REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

---

ANDERSSON COSTA SILVA

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

---

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190468988**

**Vítima: REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**

**Data do Acidente: 31/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSA GONCALVES DUARTE LIMA**

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

**Senhor(a), REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**

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

---

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190468988**

**Vítima: REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**

**Data do Acidente: 31/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSA GONCALVES DUARTE LIMA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190468988**

**Vítima: REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**

**Data do Acidente: 31/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSA GONCALVES DUARTE LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**

Informamos que o pagamento da indenização do 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 dos punhos

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: REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**

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

**Banco: 1**

**Agência: 000003960-8**

**Conta: 000010007474-X**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima:  771.417.413-72 Reginaldo de Abreu Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:  Reginaldo de Abreu Ribeiro  
Profissão:  Autônomo Endereço:  Rua M.R.A L castelo Branco  
Bairro:  Palmotonia Cidade:  Itapuã  
E-mail:  Sulonte.drvat.1osa@oyo.daguarda.com  
CPF:  771.417.413-72  
Número:  00 Complemento:  
CEP:  62740000  
Tel.(DDD):  (88)3572-8563

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

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:  Investprev Seguradora S/A

AGÊNCIA:  3960  8 CONTA:  7474  8  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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.

08 AGO 2019

## 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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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 não alfabetizado  
Local e Data:  Itapuã-CE, 26/07/2019  
Nome:   
CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Reginaldo de Abreu Ribeiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:   
CPF:

Assinatura

2º | Nome:   
CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACIABA  
Impresso nº 2019483294



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 872 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ERIKA PACHECO - MAT.: 301199-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

PAULA PEREIRA SEBASTIAO - MAT.: 30124219

Paula Pereira Sebastião  
Delegada de Polícia Civil  
Mat. 301242-1-9



A presente cópia confere com o original  
exibida nestas notas. Dou fe  
Itapuna-Cr. 19/ JUL/2019  
Em testemunho da verdade  
Edna Maria de Menezes  
(+) Edna Maria de Menezes - Titular Interna  
(+) Fernando Fábio de Menezes - Substituto

Investprev Seguradora S/A  
08 AGO 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima: *771.417.413-72 Reginaldo de Abreu Ribeiro*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: *Reginaldo de Abreu Ribeiro* CPF: *771.417.413-72*  
Profissão: *Autônomo* Endereço: *Rua M.R.A L castelo Branco* Número: *00* Complemento:  
Bairro: *Rahmotonia* Cidade: *Itapuã* Estado: *CEP: 62740000*  
E-mail: *5u7onte@vrat.1osa@ayo.daguarda.com* Tel.(DDD): *18813572-8563*

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

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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 checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <i>3960</i> CONTA: <i>7474</i> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
Investprev Seguradora S/A (Informar o dígito se existir)	

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

**08 AGO 2019**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## 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 atende 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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 não alfabetizado  
Local e Data: *Itapuã-CE, 26/07/2019*  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Reginaldo de Abreu Ribeiro*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIUNA

### SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua. Cel. João Viana, 66, Centro - Itapiuna - CE  
CEP: 62.740-000 • Fone: (88) 3431-1371  
CNPJ: 11.428.360/0001-05

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

## FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

NOME: Reverendo de Deus Pinto PRONTUÁRIO N°: \_\_\_\_\_

SEXO: M  F  DATA DE NASC.: 11/08/75 OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

END.: Paróquia BAIRRO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

Possuiu um dente com carie

RESULTADO DE EXAMES: 41 mm de profundidade

Investprev Seguradora S/A

CONDUTA REALIZADA: \_\_\_\_\_

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Fratura de 41 mm de profundidade

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE N° REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

### A G E N D A M E N T O

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL  HOSPITALAR  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO: 41 mm de profundidade PROFISSIONAL: Leandro Góis

UNIDADE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: / /

### FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO N°: \_\_\_\_\_ ALTA: / /

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DE EXAMES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS: PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CID.: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 1 \_\_\_\_\_ CID.: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 2 \_\_\_\_\_ CID.: \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGMENTO: \_\_\_\_\_

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO?

SIM  NÃO

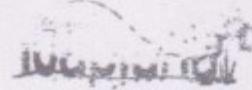
SIM  NÃO

ASSINATURA DO CONSULTANTE - N° REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

(\*) Utilizar também como resumo de alta



Prefeitura Municipal de Itapiuna  
Secretaria Municipal de Saúde  
Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
Ficha de Avaliação de Fisioterapia



Nome: Reginaldo Abreu Ribeiro DN: 11/08/197  
Cartão do SUS: 209 0928 7621 0009 Fone: ( )  
End: Rua Antônio Félix de Souza Profissão: Agricultor  
Ramortácia

Anamnese

Queixa Principal: dores de ADM; dor de força; Edema

Diagnóstico clínico: Fratura na região distal de punho "D"

H.D.A: Paciente relata que no dia 30/03/2019 sofreu um acidente de moto onde levou a fratura na região distal de punho "D", e mesmo com tratamento no Hospital da cidade, assim desde encominhou a p/ Arcoisista, onde passou por procedimento cirúrgico dia 11/04/2019.

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

H.A.F: .....

Medicamentos: .....

Diabetes( ) H.A( ) Cardiopata( ) Dislipidemia( ) Asma( ) Fumante( ) Estilista( )  
Outros: .....

Testes/Exames Complementares:

Raios X: Uso de placas e parafuso no osso do radio - fratura em processo de consolidação.

Marcha: Tabética( ) Helicoidal( ) Tesoura( ) Atáxica( ) Festinante( ) Claudicante( ) Escavante( )  
.....

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

BANCO: 001

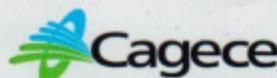
AGÊNCIA: 03960-8

CONTA: 000010007474-X

---

Nr. da Autenticação A69A3FF1C9193198





Nº de Inscrição:

02363484

## DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE GONCALVES D LIMA  
 End. Leitura: AV LEONARDO DA SILVA FONTE, 1101, FREI DAMIÃO  
 Cidade: JUazeiro CEP: 53043-550

## End. Entrega:

Cidade: Juazeiro  
 Local: 021 Setor: 001 Quadra: 0243 Lote: 0164 CEP: 00000  
 Subsetor: 00 Subquadra: 00 Compl:

ECONOMIAS	001	000	000	000
Residencial		Comercial	Industrial	Pública

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ARCE	ARCEP310004	778	785	7	8

DATAS	Leitura Atual:	Emissão:	Lacre Água:
12/05/2019	01/05/2019	08/05/2019	0525790
Leitura Anterior:		Próxima Leitura:	Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Analizadas	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Em conformidade					

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua bondade e lealdade. Água tratada e saudável.  
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APlicativo DA ARCE.

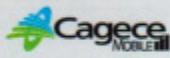
Descrição dos serviços	Valor (R\$)	Histórico de Volume		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
		JAN/19	11	0
		FEB/19	7	0
		MAR/19	7	0
		ABR/19	7	0
		MAY/19	7	0
		JUN/19	7	0
		JUL/19	7	0
		AGO/19	8	0
		SETE/19	7	0
		OUT/19	11	0
		NOV/19	11	0
		DEZ/19	11	0
		JAN/20	11	0
		FEB/20	11	0
		MAR/20	7	0
		ABR/20	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	11,10
COFINS	1,35	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,30

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2019	05/06/2019	28,30

ONDE PAGAR SUA FATURA 358299059485498 L: 2505 H: 08:01:24 R: 058 P: 001

Bancos: Bradesco, BNL, Itaú, BCI, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1916, de 8h às 12h e 13h às 17h.

## Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE	358299059485498	2505	05/2019
Inscrição:	Código de Responsável:	Mês/Ano:	
Local: 021	Setor: 001 Quadra: 0243 Lote: 0164	Compl:	
Subsetor: 00 Subquadra: 00			
Cidade: JUAZEIRO	Vencimento: 05/06/2019	Total (R\$): 28,30	

82640000000 4 2830000500 2 02236348401 5 00070922015 6

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, contudo, não é a Circular, disponível no endereço eletrônico:

Investprev Seguradora S/A

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=445> 08 AGO 2019

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Teresa Gonçalves Duarre inscrito (a) no CPF sob o Nº 617.446.463/68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário REGINALDO DO ABREU RIBEIRO do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima REGINALDO DO ABREU RIBEIRO, 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		Número	Complemento
Rua Leonaldo da Silva Fontes		1101	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Ense Damião	Guazeino do Norte	CE	63043-550
Email	Telefone fixo (DDD)	Telefone celular (DDD)	
surontedpvat.10sa@azodoguazeino.com	18813572-8563	188198832-2706	

1.º.º NORTE-CE, 31 de JULHO de 2019  
Local e Data

TERESA GONÇALVES DUARTE LIMA  
Assinatura do Declarante



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIUNA

### SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua: Cel. João Viana, 66, Centro - Itapiuna - CE  
CEP: 62.740-000 • Fone: (88) 3431-1371  
CNPJ: 11.428.360/0001-05

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

## FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

DISTRITO SANITÁRIO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

NOME: *Reverendo de Asco Júnior* PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

SEXO: M  F  DATA DE NASC.: *11/08/75* OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

END.: *Paróquia* BAIRRO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

*Possui suspeita de diabetes e hipertensão*  
RESULTADO DE EXAMES: *Glicose e pressão*

CONDUTA REALIZADA: \_\_\_\_\_

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: *Diabetes*

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE N° REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

### A G E N D A M E N T O

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL  HOSPITALAR  AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO: *Analise* PROFISSIONAL: *Enfermeiro*

UNIDADE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: / /

### FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO N°: \_\_\_\_\_ ALTA: / /

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DE EXAMES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS: PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CID.: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 1 \_\_\_\_\_ CID.: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIO 2 \_\_\_\_\_ CID.: \_\_\_\_\_

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGMENTO: \_\_\_\_\_

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO?

SIM  NÃO

SIM  NÃO

ASSINATURA DO CONSULTANTE - N° REGISTRO

FUNÇÃO

DATA



Prefeitura Municipal de Itapiúna  
Secretaria Municipal de Saúde  
Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
Ficha de Avaliação de Fisioterapia

Nome: Reginaldo Abreu Ribeiro DN: 11/08/197  
Cartão do SUS: 209 0928 7621 0009 Fone: ( )  
End: Rua Antônio Félix de Souza Profissão: Agricultor  
Ramortácia

Anamnese

Queixa Principal: dores de ADM; dor de força; Edema

Diagnóstico clínico: Fratura na região distal de punho "D"

H.D.A: Paciente relata que no dia 30/03/2019 sofreu um acidente de moto onde levou a fratura na região distal de punho "D", e mesmo da entrada no Hospital da cidade, assim sendo encaminhado p/ Ortopedia, onde passou por procedimento cirúrgico no dia 11/04/2019.

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

H.A.F: .....

Medicamentos: .....

Diabetes( ) H.A( ) Cardiopata( ) Dislipidemia( ) Asma( ) Fumante( ) Estilista( )  
Outros: .....

Testes/Exames Complementares:

Raios X: Uso de placas e parafuso no osso do radio - fratura em processo de consolidação.

Marcha: Tabética( ) Helicoidal( ) Tesoura( ) Atáxica( ) Festinante( ) Claudicante( ) Escavante( )

....

*Ribeiro*

*Ribeiro p/ drs*  
Fiz o que o senhor  
Pedro de Oliva Ribeiro  
me mandou. A aldeia está  
com o Dr. de Oliveira  
até que haja dinheiro.

*Am:*  
REC 00000000000000000000  
FONE: 6331-7667/2930  
CHP/CE 6331-7667/2930

02/07/2019

RUA GETÚLIO VARGAS Nº 138 / CEP: 62.750-000  
CENTRO / ARACIABA-CE Fone: 3337-6617



## PROLOG TECNOLOGIAS

SAME - HASI

Código  
26909DATA DE ATENDIMENTO:  
31/03/2019PSF: \*  
OUTROSCARTÃO SUS: \*  
208092876210009PACIENTE: \*  
REGINALDO DE ABREU RIBEIRODATA DE NASCIMENTO: \*  
11/08/1975IDADE: \*  
43ENDERECO: \*  
PALMATORIABAIRRO: \*  
ZONA RURALTELEFONE: \*  
(65) 9816-78550MUNICÍPIO/CEP: \*  
ITAPIUNA

MUNICÍPIO NÃO PACTUADO:

REGULAÇÃO: \*  
1 VEZRAÇA/COR: \*  
PARDOSEXO: \*  
MASCULINO

TRIAGEM ENFERMAGEM

QUEIXA PRINCIPAL:

ESCALA DE DOR

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

OBSERVAÇÕES:

Código  
26909

DADOS DO ATENDIMENTO:

- CIRURGIA GERAL
- CLINICA MEDICA
- CURATIVO
- INTERNAMENTO
- OBSERVAÇÃO
- ORTOPEDIA
- PEQUENA CIRURGIA
- RADIOGRAFIA
- RETIRADA DE PONTOS
- SALA DE PARADA
- TRIAGEM
- ULTRASSONOGRAFIA

NÚMERO DO REGISTRO:

PROFISSIONAIS:

- CHARLES ROBSON DOURADO DE MACEDO
- EDUARDO BEZEERA OLIVEIRA
- EDUARDO DE LIMA MEDEIROS SILVA
- Fernando Célio Gomes Camelo
- FERNANDO HOLANDA COSTA JUNIOR
- FRANCIRENE TAVARES AGUIAR OLIVEIRA
- FRANCISCO FELINTO AGUIAR DE MOURA FILHO
- FRANCISCO JARBAS LOPES DE ALMEIDA
- FRANCISCO MARCIO DE OLIVEIRA LUZ
- HELIO DE MORAIS PINHO
- JOAO AGUIAR BRITO
- JOSE MARCELO VIDAL PORTO
- KAIKE VIEIRA PINHEIRO
- LUIZ CARLOS A. MELO
- MARCO ANTONIO ARAUJO COSTA
- RAIMUNDO CARLOS CESAR VENANCIO BATISTA
- THOMAS GREGORY
- VALTER CESARIO DE FREITAS
- Washington Luis Bezerra de Moraes

ASSINATURA DO PACIENTE:

*Reginaldo de Abreu Ribeiro*

ASSINATURA DO RESP. SAME:

LIDUINA-12,26 H

*Secretaria de Saúde  
Entrou em 17/03/2019*  
 Procedimento realizado pelo SUS  
 (Sistema Único de Saúde), sem  
 nenhum ônus para o paciente ou  
 qualquer tipo de convênio

*Diretoria de Hospital*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
RUA 25 DE MARÇO, 1000 - CENTRO - TAUBATÉ - SP  
CEP: 120-00-000 - FONE: (12) 322-1377  
FAX: (12) 322-13770

1. PRECISARÁ DE POCO MAIS DE 10 DIAS  
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU  
TRATAMENTO, ENTRE-AR 2 DIAS AO  
LUSARIO, DESARTANDO-O PARA  
SE TORRAR COM A VIDA UNIDADE DE  
ORIGEM.

## FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

DISTRITO SANITÁRIO:

NOME:  PRONTUÁRIO N.º:

SEXO:  M  F DATA DE NASC.:

END.:

BAIRRO:

fone:

MOTIVO DE ENCONTRO/TRATAMENTO:

RESULTADO DE EXAMES:

CONDUTA PREVISTA:

IMPRESSO DE DIAGNÓSTICO:

SEGUIMENTO/ATENDIMENTO NO REGISTRO:

ELABORADO:

DATA:

HORA:

### AGENDAMENTO

PROXIMAMENTE PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL  HOSPITALAR

AUXILIO DIAGNÓSTICO

PROXIMAMENTE:

PROXIMAMENTE:

UNIDADE REFERENCIAL:

DATA:

HORA:

### FICHA DE CONSULTA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO N.º:

ALTA:

RESUMO CLÍNICO CRITICO:

RESULTADO DE EXAMES:

DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS:

PC:

SECUNDÁRIOS:

PC:

SEGUADARIOS:

PC:

PROPOSTA DE ATENDIMENTO PARA REFERÊNCIA:

O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA:

1. O MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA POSSUI COMO DIAGNÓSTICO:

SIM

NÃO

SIM

NÃO

2. ASSEGURA O CONSULTANTE A REGISTRAÇÃO:

REGISTRAÇÃO:

DATA:

COM PROBLEMA JUSTIFICATIVO DE REFERÊNCIA:



Sistema  
Único de  
Saúde  
Secretaria  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE DA RESPONSABILIDADE

11 - FONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBEV (ANEXO C)

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de Parkinson com tremor  
andoso (Sic) e de fala quebrada  
O21

Este documento é emitido pelo SUS  
(Sistema Único de Saúde), sem  
nenhuma responsabilidade da Secretaria  
de Estado da Saúde.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

relaxante de Parkinson

Assinatura do profissional

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓXAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)

Exames de sangue + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CÓD. PRINCIPAL

22 - CÓD. SECUNDÁRIO

23 - CÓD. CNAE (ANEXO B)

Doença de Parkinson

95251022

0785

0308010010

0308010407

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0308010010

25 - CLÍNICA

26 - DOCUMENTO

27 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPFE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0308010407

28 - CNES

( ) CNS ( ) CPFE

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPFE) DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

02/04/19

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) CNPJ DA SEGURODORA

35 - N.º DO GUARDE

36 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - N.º DA EMPRESA

40 - CBO

41 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - N.º DA EMPRESA

44 - CBO

45 - ( ) EMPREGADO

46 - ( ) EMPREENDEDOR

47 - ( ) AUTÔNOMO

48 - ( ) DESEMPREGADO

49 - ( ) APOSENTADO

50 - ( ) NÃO SEGURO

### AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - N.º CÓDIGO EMISSOR

42 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

43 - DOCUMENTO

44 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPFE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CNS

( ) CPFE

46 - MIRADA AUTORIZAÇÃO

47 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

1343500178562

23/04/00-29828



ESTRUTURA MUNICIPAL DE ARACOABA

SECRETARIA DA SAÚDE

## NOTA HUA SUMARIO DE INTERVIENIMIENTOS

Page 2

1991年1月1日，新《中华人民共和国个人所得税法》开始施行。

SALE	CLINICA	BLOCO/LEITO	CATEGORIA
NAME	Clemente de Almeida Ribeiro		
MATERIALIDADE	SENO	MASCULINHO	SEXO
SEXO	M	20-35	IDADE
PROFISSAO	PROFISSAO	GRAU INSTRUCAO	PROFISSAO
RESIDENCIA	RESIDENCIA	RESIDENCIA	RESIDENCIA
FILIAÇÃO	Clemente de Almeida Ribeiro		
NAME DO CONJUGE	Clemente de Almeida Ribeiro		
RESIDENCIA CONJUGE	Clemente de Almeida Ribeiro		
RESIDENCIA	RESIDENCIA		
RESIDENCIA	RESIDENCIA		
RESIDENCIA	RESIDENCIA		
DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERVAGAO	INTERVAGAO		
DATA DA INTERVAGAO	DATA DA SAIDA	DIAS DE HOSPITALIZACAO	DESTINO DADO AO PACIENTE
ALTA	CRITICO		
CONDICIONES	TIPO		
<input type="checkbox"/> 1 CURADO <input type="checkbox"/> 2 MELHORADO <input type="checkbox"/> 3 MALTERADO <input type="checkbox"/> 4 A PEDIR <input type="checkbox"/> 5 SISTENADO PARA DIAGNOSTICOS	<input type="checkbox"/> 6 ADMINISTRAÇÃO CHIEF MEDICA OU SUPERVISÃO DO HOSPITALAR <input type="checkbox"/> 7 POR INDISCIPUNA <input type="checkbox"/> 8 POR EVASAO <input type="checkbox"/> 9 PARA COMPLEMENTACAO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	CODIGO		
DIAGNOSTICO SECUNDARIOS	CODIGO		
OPERACAO	CODIGO		
OBITO	ANTES DE 24hs	DEPOIS DE 24hs	AUTOPSIA
ASSISTENCIAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO		
			
Luis Henrique		MEDICO ASSISTENTE - CRM	
SAMU - FUNCIONARIO			



REGISTRO DO ATO CIRÚRGICO  
-OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTÉSISTRA

Ciclo	P. P. Arterial	P. P. Arterial X Anestesia	Pressão		Língua	Agenda Anestesios
			Pulso	Oscilação		
200						
200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						
40						
20						

Relatar as ocorrências que houverem durante a operação, de maneira  
o melhor e o mais breve das matérias e medicamentos.

DATA

Clínico - Ass. a Cirurgia

1º Anest. - Ass. a Ginecol.

2º Anest. - Ass. a Clínica

2º Anest. - Ass. a Ginecol.

Data:



Investprev Seguradora S/A  
08 AGO 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A  
08 AGO 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

