

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014416025923  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - ENTRC - EXERCÍCIO  
PPT 01 500389489 0000000000 2018

NOME  
REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

ITAPIUNA /CE

CPF / CNPJ  
77141741372

PLACA  
DSG2699/CE

PLACA ANT. / UF  
/CE

CHASSI  
9C2KD0550DR100524

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL  
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO  
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. ANO MOD.  
2012 2013

CAP. POT. / CIL.  
2P/0CV/149CC

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

COTA UNICA  
\*\*\*\*\*, \*\*

VENC. COTA UNICA  
\*\*/\*\*/\*\*

1\*

FAXA / PVA  
\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\*, \*\*

2\*  
3\*

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL  
ITAPIUNA

DATA  
06/11/2018

Igor Ponte  
Superintendente



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

**Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# 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

**Valoração 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:**

**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.: 771.417.413-72  
Endereço: Rua MRAZ Castelo Branco, N° 00, Palmatonia  
CEP: 62744-000 Cidade/UF: Itapiúna / 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

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Dupla Inscrição, '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

Reginaldo de Abreu Ribeiro ocorrido na data em 31/03/2019

Local: ITAPIÚNA Data: 11 JUL 2019

Reginaldo de Abreu Ribeiro

Assinatura do Outorgante



A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

	Reconheço a(s) firma(s) de <u>REGINALDO DE ABREU RIBEIRO</u>
	<u>RIBEIRO</u>
	<u>11 JUL 2019</u>
	Em test. <u>/</u> da verdade
<input checked="" type="checkbox"/> POR AUTENTICIDADE	<input type="checkbox"/> POR SEMELHANÇA
<u>Fernando Fábio de Menezes</u>	
( ) Edna Maria de Menezes - Titular Interina	
(x) Fernando Fábio de Menezes - Substituto	
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	

# PROCURAÇÃO

## Outorgante(s):

Nome: Reginaldo de Abreu Ribeiro  
R.G.: 2761896-93 C.P.F.: 771.417.413-72  
Endereço: Rua MRAZ Castelo Branco, N° 00, Palmatonia  
CEP: 62744-000 Cidade/UF: Itapiúna / 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: Aracaju do Norte - Ceará

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Seguro DPVAT, '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

Reginaldo de Abreu Ribeiro ocorrido na data em 31/03/2019

Local: ITAPIÚNA Data: 11 JUL 2019

Reginaldo de Abreu Ribeiro

Assinatura do Outorgante



A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

	Reconheço a(s) firma(s) de <u>REGINALDO DE ABREU RIBEIRO</u>
	<u>RIBEIRO</u>
	<u>11 JUL 2019</u>
	Em test. <u>/</u> da verdade
<input checked="" type="checkbox"/> POR AUTENTICIDADE	<input type="checkbox"/> POR SEMELHANÇA
<u>Fernando Fábio de Menezes</u>	
( ) Edna Maria de Menezes - Titular Interina	
(x) Fernando Fábio de Menezes - Substituto	
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270212/19

**Vítima:** REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

**CPF:** 771.417.413-72

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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

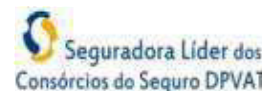
JOSA GONCALVES DUARTE LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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

REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSSON COSTA SILVA

---

**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

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 médico-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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 771.417.413-72 Nome completo da vítima: 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 MRA L Castelo Branco Número: 00 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Palmotonia Cidade: Itapiruna Estado: \_\_\_\_\_ CEP: 62740000  
E-mail: suporte.dpvat-tosa@ayo.daguarda.com Tel. (DDD): 1813572-8563

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

## RENDAS MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 3960 8 CONTA: 7474 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: Itapiruna - CE, 26/07/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Reginaldo de Abreu Ribeiro  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS  
1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª | 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.

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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

BOLETIM DE Ocorrência Nº 413 - 872 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **03/07/2019 10:46:57**  
Data / Hora da Ocorrência: **31/03/2019 08:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA MUQUEM**  
Complemento:  
Bairro:  
Município: **ITAPIUNA/CE**  
Ponto de Referência: **PROXIMO LOCALIDADE SÃO JOSE**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**  
Nascimento: **11/08/1975** CPF: **771.417.413-72**  
RG: **2761896-93** Orgão Emissor: **SSPDC**  
Filiação: **MARIA DE ABREU RIBEIRO**  
**RAIMUNDO NONATO RIBEIRO**  
Endereço: **RUA MRAL CASTELO BRANCO, 0**  
Bairro: **PALMATORIA**  
Município: **ITAPIUNA/CE**  
País: **BRASIL**

Telefone: (85) **99861-6225**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSQ2699** Uf: **CE** Município: **ITAPIUNA** Chassi:  
**9C2KD0550DR100524** Renavam: **500389489** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano  
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **REGINALDO DE ABREU RIBEIRO**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

A vítima informa que conduzia o veículo Motocicleta Honda NXR-150 BROS - Placa: OSQ-2699, de sua propriedade, quando ao passar pelo local citado derrapou em uma curva que havia terra e caiu sofrendo fratura no braço direito. A vítima informa que foi até a estrada onde havia algumas pessoas e pediu o celular emprestado para ligar para sua esposa Erineuda Lima Ferreira Abreu; QUE seu cunhado Francisco Lima Ferreira foi até o local para socorrê-lo e foi levado para a casa de seu cunhado e de lá foram para o Hospital de Itapiuna; QUE foi transferido no mesmo dia para o Hospital em Aracoiaba, mas teve que aguardar em casa porque no Hospital em Aracoiaba não havia médico especializado para atendê-lo. QUE passados dois dias voltou ao Hospital em Itapiuna e foi transferido de ambulância para o Hospital de Aracoiaba. A vítima informa que ao chegar no Hospital de Aracoiaba permaneceu internado por 15 dias, QUE realizou uma cirurgia no braço direito em razão da fratura; QUE recebeu alta após 02 dias da cirurgia e teve três retornos no Hospital de Aracoiaba.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA**

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

Consolidado em: 17/07/2019 11:03:27

Pág. 1 de 2

Impresso em: 17/07/2019 11:03:27

A presente culpa condiz com o original  
exibida nesta data  
Impresso em: 17/07/2019 11:03:27  
Em testemunha  
de veracidade  
Assinado digitalmente por  
Mário de Almeida  
Mário de Almeida - Substituto



UF:

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 872 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ERIK A 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  
Itapiruna-Ce 19/ JUL/ 2019  
Em testemunho da verdade  
Edna Maria de Menezes  
Edna Maria de Menezes - Titular Interina  
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: 771.417.413-72 Nome completo da vítima: 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 MRA L Castelo Branco Número: 00 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Palmotonia Cidade: Itapiruna Estado: \_\_\_\_\_ CEP: 62740000  
E-mail: suporte.dpvat-tosa@ayo.daguarda.com Tel. (DDD): 1813572-8563

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

### RENDA 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 3960 8 CONTA: 7474 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: Itapiruna - CE, 26/07/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Reginaldo de Abreu Ribeiro  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | 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 ITAPIÚNA****SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Rua. Cel. João Viana, 66, Centro - Itapiúna - 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: Reginaldo de Azevedo Ribeiro PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASC.: 11/08/75 OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_END.: Maracá BAIRRO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MC TIVO DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DE EXAMES: Exames de rotina em dia

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Transtorno de ansiedadeASSINATURA DO ENCAMINHANTE Nº REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA 31/08/19 HORA \_\_\_\_\_**AGENDAMENTO**ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐PROCEDIMENTO: Atendimento PROFISSIONAL: PsicólogoUNIDADE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: 1/1 HORA: \_\_\_\_\_**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA**

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_ ALTA: 1/1

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 ☐

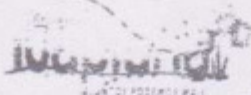
ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

(\*) Utilizar também como resumo de alta

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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



Nome: Reginaldo Abreu Ribeiro

DN: 11/08/1971

Cartão do SUS: 209092876210009 Fone: ( ) \_\_\_\_\_

End: Rua Antonio Felix de Sousa Profissão: Agricultor  
Palmaria

Anamnese

Queixa Principal: ↓ de ADM; ↓ 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 assim foi tratado no hospital da cidade, assim sendo encaminhado p/ fisioterapia, 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:

Raio x: Uso de placa e parafuso no asso 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 DO CLIENTE  
**695183**

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

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

Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Valdeirino, 150  
CEP 60136-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.225/0001-70 | CGF 06.105.648-0

**enel**

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

05 27053 03 113500 - 1

Data de Emissão 18/06/2019

Rota ERINEUDA LIMA FERREIRA ABREU

Nome RU NRIAL CASTELO BRANCO

End. Postal DISTRITO PALMATORIA - ITAPIUNA 62740000

Medidor 23852624

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 932042133-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Faturamento: Jun/2019  
Data de Apresentação: 18/06/2019  
Previsão Próxima Leitura: 17/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto 40/2019 EIR 18,24  
Mês 100% - 0,00 F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do imposto

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,23	0,67	2,01	0,00	0,00	0,00
IC	0,23	0,67	2,01	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,23	0,67	2,01	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8840.F03.ANF.WE9.C001.1490.F540.0304

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Pst.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11699	11579	1,20	114	0,00	0,00	0,31	34,55
18-06-19	05-05-19	02 DÍG.	114				34,55

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

MULTA MORATORIA REF 05/2019

JUROS DO MÊS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

VALOR (R\$)

34,55

0,77

0,00

12,58

0,93

VENCIMENTO

17/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

48,91

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	12,51
Transmissão .....	1,47
Distribuição .....	10,57
Encargos Setoriais .....	2,46
Tributos (PIS e COFINS) ...	2,11
TOTAL .....	35,48

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

116	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Compensação Ecológica (% CO <sub>2</sub> )
44,51	0,00	0,00

\*TARIFA DE CONTRIBUIÇÃO PARA O DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame as vizinhas e amigas e entre no corrente do município, transmita

as ideias, zize e chitricasse. Ministério da Saúde: Gov. Federal

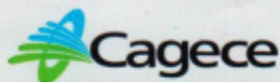
Consta desta fatura R\$ 2,11 referente a PIS e COFINS (114x0,018444 = 2,102736)

Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. Informações: www.enel.com.br

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Nº de Inscrição:

02.2383484

## DADOS DO CLIENTE

Nome: RITA GONCALVES D LIMA

End. Leitura: RUA LEONARDO DA SILVA FONTES, 1101, FREI DAMIAO

Cidade: CADEIRO

CEP: 83043-550

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021

Setor: 001

Subsetor: 00

Quadra: 0213

Subquadra: 00

Lote: 0164

CEP: 0000

Comp: 0000

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	8007310034	778	785	7	8

## DATAS

Leitura Atual: 05/05/2019

Emissão: 05/05/2019

Lacre Água: 0025790

Leitura Anterior: 04/05/2019

Próxima Leitura: 06/05/2019

Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	111	111	111	111	111
Analisadas	111	111	111	111	111
Em conformidade	111	111	111	111	111

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
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)

1901/19	11	0
1902/19	11	0
1903/19	7	0
1904/19	7	0
1905/19	7	0
1906/19	7	0
1907/19	6	0
1908/19	7	0
1909/19	11	0
1910/19	11	0
1911/19	7	0
1912/19	8	0

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Subsídio	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	11,10
COFINS	1,35	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	25,30

## MÊS/ANO

05/2019

## VENCIMENTO

05/06/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

25,30

## ONDE PAGAR SUA FATURA

358299059485488 L: 2505 H: 08:01:24 R: 058 P: 001

Bancos: Bradesco, BNII, Itaú, BIC, 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.

Central de Atendimento  
**Cagece**  
0800 275 0195

**Cagece**  
MOBILE

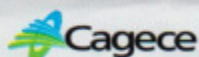
É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

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: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

consentimento.gov.br  
E ou, E fac. Participe

155  
Ouvidoria



## Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição:

Código de Responsável:

05, 2019

Local: 021

Setor: 001

Subsetor: 00

Quadra: 0213

Subquadra: 00

Lote: 0164

CEP: 0000

Comp: 0000

Cidade: CADEIRO

Vencimento: 05/06/2019

Total (R\$): 25,30

8264000000 4 2830000500 2 02238348401 5 00070922015 6



Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA****SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Rua. Cel. João Viana, 66, Centro - Itapiúna - 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: Reginaldo de Azevedo Ribeiro PRONTUÁRIO N.º: \_\_\_\_\_SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASC.: 11/08/75 OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_END.: Maracá BAIRRO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

MC TIVO DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DE EXAMES: 1/1 exame de urina (D)

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: 1/1 exame de urina (D)ASSINATURA DO ENCAMINHANTE: N.º REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA 31/08/19 HORA \_\_\_\_\_**AGENDAMENTO**ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐PROCEDIMENTO: Atendimento PROFISSIONAL: AtendimentoUNIDADE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_ DATA: 1/1 HORA: \_\_\_\_\_**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA**

UNIDADE DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO N.º: \_\_\_\_\_ ALTA: 1/1

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 ☐

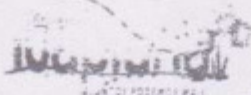
ASSINATURA DO CONSULTANTE - N.º REGISTRO \_\_\_\_\_ FUNÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

(\*) Utilizar também como resumo de alta

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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



Nome: Reginaldo Abreu Ribeiro

DN: 11/08/1971

Cartão do SUS: 209092876210009 Fone: ( ) \_\_\_\_\_

End: Rua Antonio Felix de Sousa Profissão: Agricultor  
Palmarão

Anamnese

Queixa Principal: ↓ de ADM; ↓ 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 dia entrou no hospital da cidade, onde recebeu encaminhamento p/ Ortopedia, onde passou por procedimento cirúrgico no dia 11/04/2019.

H.A.F.: \_\_\_\_\_

Medicamentos: .....

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

Outros: \_\_\_\_\_

Testes/Exames Complementares:

Raio x: Uso de placa e parafuso no asso do  
radio - fratura em processo de consolidação.

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

Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



*Aracuaia*

*Receito p/ doação*

*João Gomes e família  
Regrando de Ribeira  
encarregado de alugar meias  
após João de Francisco  
do grupo Dintre*

*02/01/2019*

*Assinatura*  
RECEITUÁRIO Nº 001  
CNPJ Nº 08.042.000/0001  
CNPJ Nº 08.042.000/0001



Menu Pesquisar Sair

LIDUINA FERNANDES LUCHOA

## PROLOG TECNOLOGIAS

SANE - HIASI

Código

26909

DATA DE ATENDIMENTO: \*

31/03/2019

PSF: \*

OUTROS

CARTÃO SUS: \*

208092876210008

PACIENTE: \*

REGINALDO DE ABREU RIBEIRO

DATA DE NASCIMENTO: \*

11/08/1975

IDADE: \*

43

ENDEREÇO: \*

PALMATORIA

BAIRRO: \*

ZONA RURAL

TELEFONE: \*

(85) 9816-78550

MUNICIPIO/CEP: \*

ITAPIUNA

MUNICIPIO NÃO PACTUADO:

REGULAÇÃO: \*

1 VEZ

RAÇA/COR: \*

PARDO

SEXO: \*

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

NUMERO DO REGISTRO:

PROFISSIONAIS:

☐ CHARLES ROBSON DOURADO DE MACEDO☐ EDUARDO BEZEIRA 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 Bazzera de Moraes

ASSINATURA DO PACIENTE:

ASSINATURA DO RESP. SAME:

LIDUINA-12.26 H

Serytann Sami
   
 17/03/2019
   
 Procedimento realizado pelo SUS
   
 (Sistema Único de Saúde) sem
   
 nenhum ônus para o paciente ou
   
 qualquer tipo de convênio
   
 Diretor do Hospital





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TAPONA

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Cel. João Nogueira, 100 - Centro - Tapoana - RJ  
CEP: 24.790-000 - Fone: (24) 3461-1171  
Link: <http://www.tapoana-rj.gov.br>

1. PRESENCIA DE PATOLOGIA  
2. AO TERMINAR O CONSULTÓRIO  
TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO  
USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA  
DEVOLVER COMO 1ª VIA UNIDADE DE  
ORIGEM.

### FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

DISTRITO SANITÁRIO

MUNICÍPIO

NOME

PRONTUÁRIO Nº

SEXO

M ☒ F ☐

DATA DE NASC

OCCUPAÇÃO

END

BARRIO

fone

MOTIVO DO ENCAMENTAMENTO

RESULTADO DE EXAMES

CONDUTA REALIZADA

DIAGNÓSTICO

ASSINATURA DO ENCAMENTANTE E REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

### ACENDAMENTO

ENCAMENTAMENTO PARA ATENDIMENTO

AMBULATORIAL ☐

HOSPITALAR ☐

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO

TER

PROFISSIONAL

UNIDADE REFERÊNCIA

DATA

HORA

### FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PROMISSÃO

ALTA

RESUMO CLÍNICO (Opcional)

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID

SECUNDÁRIO 1

CID

SECUNDÁRIO 2

CID

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA

SIM ☐

NÃO ☐

O MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA CORRIGE COM O DIAGNÓSTICO

SIM ☐

NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE E REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

10/11/2014 14:15:00



SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeRegistro  
de  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - FEM. ☐ M. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBSI (MUNICÍPIO)

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Receber o paciente em 20/08/2019  
com quadro de SPO e af. pulm. - já em  
tratamento.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Receber o paciente em 20/08/2019

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

Ex. em 20/08/2019

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 QUATRO SEGUNDOS

paciente com SPO

5525/1022

078

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - DATA DE SOLICITAÇÃO

27 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) OFE

28 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/OF) DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - 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 VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - N.º DO GRUPO

36 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - NOME DA EMPRESA

40 - CBO

41 - ( ) ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREENHADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/OF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) OFE

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

2319100178564

2319100179888



[illegible]







Investprev Seguradora S/A

08 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

