

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.789.793-98 4 - Nome completo da vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.789.793-98
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: MANOEL SALVASTIANO MELLO 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CO-OP-10 JOSE MOITA 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEADA 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: COMILSONKARYDY@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 184199291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0739 0 CONTA: 0008248 1
(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.

22 - 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 (assinale 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

021.632.017-83

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francimeire Farias Ferreira 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO CPF: 141.305.343-91

Edmilson Rodrigues de Araújo Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO CPF: 015.447-813-00

Edmilson Rodrigues de Araújo Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 18 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.789.793-98 4 - Nome completo da vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.789.793-98
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: MANOEL SALVIANO MELLO 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CO-OP-10 JOSE MOITA 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEADA 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: COMILSONKARYDY@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 184199291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0739 0 CONTA: 0008248 1
(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.

22 - 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 (assinale 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

021.632.017-83

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francineire Farias Ferreira
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 141.305.343-91

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 015.447.813-00

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 18 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FIRST DATA DO BRASIL
NSU FDB-ON: 001306979217 NS: 22711283

Data:18/12/2019 Hora de Brasilia:15:41

*** Extrato de Conta Corrente ***

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 15:41HR
AGENCIA 0739 CTA 000248-1 18/DEZ/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL	0,00
+ CONTA CORRENTE	0,00

TOTAL DE RECURSOS	0,00
-------------------------	------

Ag.Bradesco : 739 - TAMBORIL
Corresp.Banc.:066 - DROGARIA SAO JORGE
NSU: 003959320591 Autenticacao: 012604

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078387/20

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS : 042.789.793-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 03/03/2020
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200098354 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE)
ALTA.(P1/2/6/8FC/10/11/15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200098354 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE)
ALTA.(P1/2/6/8FC/10/11/15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015038106041
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DIG 1 COD. RENAVAM 153280832 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCIMEIRE FARIAS ARAUJO

TAMBORIL / CE

CPF / CNPJ
02163201783

PLACA
NDW1106/CE

PLACA ANT / UF
*****/CE

CHASSI
9C2KD04209R021893

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

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

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
*** *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.58 DATA DE PAGAMENTO 06/06/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL
TAMBORIL

DATA
05/07/2019

Ignor Freitas
Superintendente DE TRAFEGO

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

021.632.017-83

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2016127335 - 6
DATA DE EXPIRAÇÃO	29/04/2016
NOME: FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA	
FILIAÇÃO: MANOEL FARIAS DE SOUSA	
MÃE: MARIA DO CARMO FARIAS	
NATURALIDADE	TAMBORIL - CE
DATA DE NASCIMENTO	18/04/1961
CERT. CASAMENTO	CARTÓRIO: SEDE TERMO: 0002602 FOLHA: 053EV
LIVRO: 8-23	TAMBORIL - CE
DOC. ORIGEM	1. VTA
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63	P.: 198

PROIBIDO PLASTIFICAR	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	CARTEIRA DE IDENTIDADE
ESTADO DO CEARÁ	SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA JOENSE DO ESTADO DO CEARÁ	COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS
	Francineire Farias Ferreira
Polegar Direito	

CÓDIGO DE CONTROLE
B866.F61D.A16D.6A3E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:58:09 do dia 11/04/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190/212456

Data da solicitação:

02/03/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF do beneficiário:

042.789.793-98

Nome do solicitante: FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

CPF do solicitante:

021.632.017-83

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 99291-1706 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: edmilsonkaryy@hotmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:☐ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☒ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OBS: JÁ MANDEI TODOS DOCUMENTOS MÉDICOS QUE TENHO. PORÉM AGORA ESTOU MANDANDO PEDIDO DE REANÁLISE, PARA JUNTAR COM A DOCUMENTAÇÃO QUE JÁ TEM NA SEGURADORA LIDER. JÁ TERMINEI TODO TRATAMENTO MÉDICO. AGORA AGUARDO UMA PERÍCIA OU A MINHA INDENIZAÇÃO, COMO A SEGURADORA DECIDIR. ATENCIOSAMENTE.

TAMBOREIL-CE, 02 DE MARÇO DE 2020

Local e Data

Francineira Farias Ferreira

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078387/20

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS : 042.789.793-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 03/03/2020
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO



SÃO CAMILO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: GERRARD FERREIRA DOS SANTOS

Prontuário: 153251

Dt. do Atend: 14/12/2019 Dt. de Nasc: 14/07/1956

Convênio: SUS

Médico: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES

DATA 15/12/19

1. ADMISSÃO

(Equipe de enfermagem)

1.1 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira

1.2 Cirurgia proposta: Trauma em 3º pedalite

1.3 (X) Avaliar Jejum hora 12:00 Data 14/12/19

1.4 Exames recebidos: () Laboratoriais () ECG (X) RX () TC

() US () RMN () Ficha de internamento

1.5 (X) Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico, Amputação hemotransusão)

1.6 Reserva de hemoderivados

() Sim (X) Não se aplica

1.7 (X) Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...

1.8 () Realizado tricotomia

() Sim (X) Não se aplica

1.9 (X) Vestimento adequado (camisola)

1.10 Alergia (X) Não () Sim Qual?

1.11 (X) Acesso venoso com boa infusão

1.12 Uso de Medicação Anticoagulante (X) Não () Sim data L

Assinatura do responsável:

Nome: Marques
 TÍTULO: Enfermeiro
 CORENCE: 706239

3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

3.1 (X) Apresentação dos membros da equipe verbalmente

3.2 (X) Confirmar verbalmente identificação do paciente.

Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado

3.3 (X) Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)

3.4 (X) Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)

3.5 A lateralidade está adequadamente marcada

() Sim (X) Não se aplica

3.6 (X) Oxímetro de pulso no paciente e funcionamento

3.7 (X) Materiais necessários para o procedimento estão disponíveis e dentro do prazo de esterilização

3.8 (X) O Integrador Químico indica esterilização do instrumental cirúrgico

3.9 (X) Exames estão disponíveis?

() Sim () Não se aplica

3.10 O antibiótico foi administrado?

() Sim (X) Não se aplica

2. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

(Item 2, 3 e 4 se não preenchido, não é item 2)

2.1 () Origem do encaminhamento

() Clínica Cirúrgica () Clínica Médica

() Clínica Pediátrica () Maternidade

() Semi-intensiva (X) Urgência () Observações

2.2 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira

2.3 (X) Tipo de procedimento:

() Agendamento (X) Urgência/Emergência

2.4 (X) Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransusão)

2.5 (X) local da Cirurgia? MIB (3º PAB)

2.6 Alergia (X) Não () Sim Qual?

2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?

(X) Não () Sim e há equipamento disponível

2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?

(X) Não () Sim, planejamento para fluidos

2.9 Reserva de Hemoderivados () Sim (X) Não se aplica

2.10 () Demarcar lateralidade (X) Não se aplica

4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

4.1 (X) Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado

4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?

(X) Não () Sim Qual?

4.3 Contagem manual:

Compressas Entregue 05 + + + + conferida 05Instrumentais Entregue 27 + + + + conferida 27Lâmina Entregue 02 + + + + conferida 02Aguilha Entregue 0 + + + + conferida 0

4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome do paciente?

(X) Não se aplica () Sim

4.5 Houve utilização de hemocomponentes no transoperatório?

(X) Não () Sim Qual?

4.6 Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido?

(X) Não () Sim Qual?

Assinatura do Responsável

Nome: Enfermeiro
 TÍTULO: Enfermeiro
 CORENCE: 1266-105

TÍTULO: EnfermeiroCORENCE: 1266-105

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS

2 - CNES

2481073

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.0106.954.1492-10

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/07/1956

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 2

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

10 - ETNIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

133251

11 - NOME DA MÃE

RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

TAMBORIL

12 - TELEFONE DE CONTATO

(08)95278-5554

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2313203

18 - UF

CE

19 - CEP

63750-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FERIMENTO EXTENSO REGIÃO PLANTAR DO PE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S32.5 Ferida de tipo anel

24 - CID 10 PRINCIPAL

S925

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S925

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Elevo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

205573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES TORQUEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/12/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - Nº DOCUMENTO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Givanildo Moura

Secretário de Saúde

Secretaria de Saúde

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: Alvo Nome do Paciente:
153251 0001 GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Documentos:
CPF: 042.789.793-98

Data de Nascimento: 14/07/1958 Local: TAMBORIL/CE

Pa: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN

Profissão: AGRICULTOR Empresa:

Residência: FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA

Mãe: RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS

Município: MONTE CASTELO CEP: 63750-000 Município: TAMBORIL

Cidade: FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN

CNS: 700106964149210

Estado Civil: Casado(a)

Guia de Autização:

Sexo: Masculino

Idade: 63 Anos(s)

UF: CE Telefone: 88992788654

Município: TAMBORIL

UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data de Atendimento: 14/12/2019 Hora: 22:21 Carência: SUS

Profissional de Atendimento: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES

Endereço de Atendimento:

Município: CID:

CRM/UF: 19327/CE

Endereço:

ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES

Tipo de Atendimento: CONSULTA COM OBSERVAÇÃO

Observação:

Sexo:

Duração da Liberação: 35 hs

Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Temperatura (°C): 36,00 Frequência Cardíaca (bpm): 100 Frequência Respiratória (ipm): 20 PA Sistólica (mmHg): 164 PA Diastólica (mmHg): 100 Peso (kg): 93,000 Altura (cm): 180,00 Diastólica (mmHg): Glicemia (mg/dL):

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 14/12/2019 22:17

Responsável pela Classificação: LUCINEIDE FERREIRA

Relatório:

REFERE FRATURA EXPOSTA DEDO PE MID. SANGRANTE. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

14/12/2019 22:36:32h Responsável: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES CRM-CE 19327

PACIENTE PROVENIENTE DE TAMBORIL, SEM REGULAÇÃO PREVIA, APRESENTANDO LESÃO SANGRANTE EM 3º DEDO APOS ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO PROVAVEL FRATURA EXPOSTA.

#CDT

CETOPROFENO 100MG + 100ML SF0,9% EV 23:36

AVALIAÇÃO DO TRAUMA 22:31

RAIO-X PE DIREITO 23:36

NIFEDIPINO 20MG VO D1CP 23:36

Lucineide Ferreira Torres
ENFERMEIRA
COREN/CE: 338.462

MARCOS GONDIM ROCHA ALVES CRM 19327

Francimeire Farias Ferreira
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCIMEIRE FARIAS FER

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

153251

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.0106.954.1482-10

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/07/1956

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 2

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS

12 - TELEFONE DE CONTATO

(36) 99278-6554

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCIMERE FARIAS FERREIRA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SM. MONTE CASTELO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

TAMBORIL

17 - CDD - IBGE MUNICÍPIO

2313203

18 - UF

CE

19 - CEP

63755-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FERIMENTO EXTENSO REGIÃO PLANTAR DO PÉ

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S52.5 Fratura de outro antebraço

24 - CID 10 PRINCIPAL

S525

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S925

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0704050470

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Estável

31 - DOCUMENTO

(X) CNES ☐ 1 CPF ☐ 2

32 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

208573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES NORQUEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/12/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRANSITO

☐

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

☐

39 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

☐

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SELECIONADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Gilvan Nelo Marques

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

137P

48 - DOCUMENTO

(X) CNES ☐ 1 CPF ☐ 2

49 - Nº DOCUMENTO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Prescrição	Paciente	Prontuário
0001	GERARDO FERREIRA DOS SANTOS	153251/0003
Data de Nascimento	Mãe da Mãe	Sexo
14/07/1956	RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS	Masculino
Data	Apresento	Quarto/Leto
15/12/2019	ENFERMARIA	013/0002
Hora	Profissional Responsável	COREN
21:10	FRANCISCA GLEICIANE JANUARIO EDUARDO	526048
Convênio	Sector	Data de Internação
SUS	CLINICA CIRURGICA	15/12/2019
Diagnóstico	CBO	
	ENFERMEIRO EM GERAL	

Prescrição de Enfermagem

Frequência	Apazamento
------------	------------

Evolução

15.12.19 ÀS 20:40H PACIENTE DE 63 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO, APRESENTANDO LESÃO EM 3º PODODÁCTILO, ACASIGNADO POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM POI DE PROCEDIAMNTO TRAUMATOLÓGICO. CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACTANTE E DEAMBULANDO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, COMORBIDADES, HÁBITOS, COMO ETILISMO E TABAGISMO NO MOMENTO. NORMOTENSO (PA: 110/80mmHg), AFEBRIL (T: 36,6C), NORMOCÁDIO (FC: 70 BPM), EUPNEÍCO (FR: 20 MRPM), NORMOSSATURANDO (SPO2: 96%), EM ARA AMBIENTE E COM BOA PERFUSÃO CAPILAR. AO EXAME: NORMOCORADO, ACIANÓTICO, AUSCULTA PULMONAR SEM RUÍDOS, ABOMEM PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR. À PALPAÇÃO APRESENTA LESÃO EM 3º PODODÁCTILO AVF EM BRAÇO E, VÁLIDO, FUNCIONANTE E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. REFERE LEVE ALGIA NO LOCAL AFETADO. ACEITANDO ALIETA ORAL E COM ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS. REALIZO ESCLALA DE DE BRADEN (21 PONTOS) E MORSE (20 PONTOS). SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

Francisca Gleiciane Januario Eduardo
 ENFERMEIRA
 COREN-CE 526048

RESPONSÁVEL ENF. FRANCISCA GLEICIANE JANUARIO EDUARDO - COREN-CE 526048

Paciente
GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Prontuário
153251

Data de Nascimento
14/07/1956

Nome da Mãe
RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS

Idade
63 Anos(s)

Convênio
SUS

Data de Internação
15/12/2019

Sector
CLINICA CIRURGICA

Aposento
ENFERMARIA

Leito
013 - 0002
CRM
6945

Profissional Responsável
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal
S92.5 Fratura de outro antebraço

Diagnóstico Secundário
S92.5 Fratura de outro antebraço
Hora da Alta
09:05

Data de Alta
17/12/2019

Motivo da Internação:

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3º PDT

Conduta / Tratamento Realizado:

TTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX PE OU PODODACTILO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Assinatura Paciente/Responsável

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente	GERARDO FERREIRA DOS SANTOS			Prontuário	153251/0003
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
14/07/1955	63 Ano(s)	RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS			
Data Internação	Aposenta		Quarto/Leto	013/0002	
15/12/2019	ENFERMARIA				
Profissional Responsável				CRM	6945
JAMIL SANCHES JORQUEIRA					
Convênio	Sector	Especialidade			
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA			
Diagnóstico	S92.5 Fratura de outro antebraço S92.5 Fratura de outro antebraço				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 17/12/2019 10:38:33

PACIENTE RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS REAVALIAÇÃO MÉDICA E MELHORA CLÍNICA, DEAMBULANDO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. RETIRADO ACESSO PERIFÉRICO E REALIZADO ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO. ENTREGUE EXAMES PERTENCENTES, REALIZADA ORIENTAÇÕES A RESPEITO DE SINAIS E SINTOMAS QUE POSSAM SURTIR NA FERIDA OPERATÓRIA, DEVENDO ENTRAR EM CONTATO VIA TELEFONE COM O PESSOAL DA CCIH PARA QUE SE POSSA SER ORIENTADA AS CONDUTAS A SEREM TOMADAS, DE ACORDO COM PANELETO ENTREGUE AO PACIENTE/ACOMPANHANTE.

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL



RESPONSÁVEL: TE JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

Hošpital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CENTO CIRÚRGICO

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
Prontuário: 153251
Dt de Atend: 14/12/2019 Dt de Nasc: 14/07/1986
Convênio: SUS
Médico: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES

Admissão: 15/12/19 Horas: 08:10 Cirurgia Proposta: Fratura em 3^o metacarpo a D
Observação: PA 140x50 P 90 SP2 100% DX

Medicação pré-anestésica: ☒ Não ☐ Sim Qual _____

Anestesista: _____

☐ Bloqueio Anestésico ☐ Sedação

Cirurgião: Dr. Fariel 1^o Auxiliar _____

Início da Cirurgia: 10:30 Término da Cirurgia: 11:05

Posição do paciente: ☒ Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Ventral ☐ Lateral

☐ Outra: _____

Soluções Antissépticas:

☐ clorhexidina Degermante

☐ Iodopolidona Degermante

☐ Iodopolidona Tópico

☐ Álcool Iodado

☐ Álcool 70%

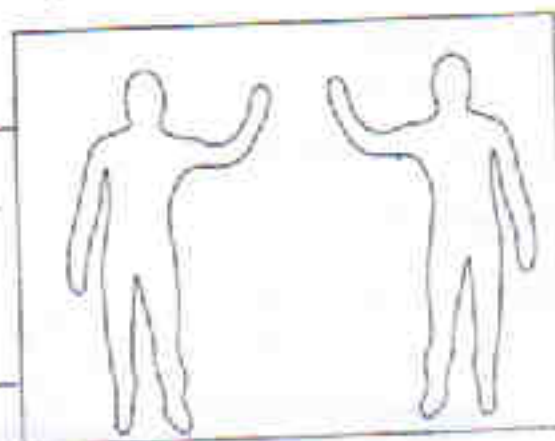
Localização de:

☐ Eletrodos

☐ Incisão Cirúrgica

☐ placa de Bisturi

☐ Drenos



Parto Cesariana RN1^o _____ Hora: _____ Apgar: _____ Sexo: _____ Peso: _____
Apresentação Fetal _____ RN2^o _____

RN Encaminhamento às _____ Para _____

Infusão de: ☐ Concentrado de Hemácias ☐ Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: _____

Destino: ☐ Biópsia Laboratório ☐ Outro: _____

Exames durante o transoperatório: ☐ RX ☐ Laboratorial ☐ _____

Cirurgia Realizada: Sutura de fratura de 3º metacarpo

Encaminhamento às Unidade de Cuidado Cirúrgico às 12:00h

com: ☒ Curativo-Tipo oclusivo

☐ Dreno _____

☐ Imobilizador _____

☐ Cateter de Oxigênio O2 _____

☐ Cateter venoso central _____

☒ Cateter venoso periférico MSD

☐ Tubo Endotraqueal

☐ Sonda Vesical

☐ Tampão

☐ Bolsa de Colostomia

☐ Outros _____

☐ Outros _____

Observação: _____

Chelonia Lidiara Pires Costa
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1266-105

Assinatura/Carimbo

D



Im: 1/1
Se: 1

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
153251
14/07/1956 M
HOSPITAL SAO LUCAS

D



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuario Aluno	Nome do Paciente	152251 0005	GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
Documento(s)			
Cpf	042 789 793-98		
Data de Nascimento	14/07/1956		
Local	TAMBORIL/CE		
Pai	JOSE FERREIRA DOS SANTOS		
Mae	RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS		
Endereço	RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN		
Bairro	MONTE CASTELO		
Cep	63750-000		
Municipio	TAMBORIL		
UF	CE		
Telefone	88992789854		
Profissão	AGRICULTOR		
CPF do Responsável	FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA		
Endereço	RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN		
Municipio	TAMBORIL		
UF	CE		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	31/12/2019	Hora	08:09	Canal	SUS
Profissional de Atendimento	JAMIL SANCHES JORQUEIRA				
Indicador de Atendimento					
Função	MARIA MOTA VENANCIO DO VALE				
Função	RETORNO ORTOPEDIA/TRAUMATO				
CMUUF	6945/CE				
CID					
Matrícula					
Data de Liberação	31/12/2019 10:32				
Tipo de Saída	Retorno				

Sinais Vitais

Temperatura (°C)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (rpm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Diimetria (mmHg)	Glucose (mg/dL)
------------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------	----------------------	-----------	-------------	------------------	-----------------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

31/12/2019 10:32:16h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

REVISÃO POS OPERATORIA FRATURA DO 3º PTD

RX DO EEM AP E P

ETIRAR PONTOS

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: FRANCIMEIRE FARIAS FER

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Inscrição:

Mo@ 19:04 DATA: 14/12/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS IDADE: 63Nº DO DOCUMENTO: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1 / 1 / 1C.R.: _____ Fis.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1 / 1 / 1 CARTÓRIO: _____NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/07/56EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 92786654 ESCOLARIDADE: _____

RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: MONTES CASTELFILIAÇÃO: RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS2. QUEIXA PRINCIPAL: FX Exposta de 30 mm de3. HISTÓRIA ATUAL: pododucto

4. DIAGNÓSTICO: _____

5. CONDUTA: _____

6. EXAMES SOLICITADOS: _____

7. PA: 130 x 90 mmHg

8. TEMPO: _____

9. PESO: _____

Lucas SatoMédico
CRM-CE: 20.113

Assinatura do Médico

14/12/2019

1) Tamol 100mg + 100ml SFO 9.0% IV 19.00h
Lento

avaliar cl ortop → Sobral

2) SRH 500ml IV 19.00h.

Lucas Menezes Bata
Médico
CRM-CE: 20.113

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIO

Nome do Paciente: _____

Leito: _____ Clínica: _____ Data da Alta: ____/____/____

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIO

Para uma melhor recuperação pós-operatória passamos-lhe algumas orientações quanto a:

- **Medicação Prescrita**

Utilizar a medicação prescrita seguindo corretamente seus horários e doses. Isso fará com que não seja interrompida a ação dos medicamentos, como nos casos dos antibióticos que poderão perder sua eficácia se não usados adequadamente.

- **Edemas (inchaços)**

São comuns após realização de qualquer procedimento cirúrgico, porém com o tempo eles vão melhorando. Em caso de persistir ou aumentar o inchaço mantenha-nos informados.

- **Incisão Cirúrgica**

Lavar sempre com sabão neutro na hora do banho; logo após limpeza com soro fisiológico e gaze, mantendo sempre limpa e descoberta (sem curativo). Em casos de incisões com presença de secreção, fazer a limpeza e colocar curativo.

- Caso seja retirado algum material para biópsia, o paciente será responsável pelo envio para exame e posteriormente marcar retorno via ambulatorial como médico.

ATENÇÃO !!!

Se notar a presença de alguns desses sinais e sintomas como:

- Febre
- Vermelhidão ao redor da ferida operatória
- Presença de secreção purulenta (pus)
- Abertura dos pontos cirúrgicos

Entrar em contato imediatamente com Mara Monise ou Rita de Cássia através do número telefônico 3691-2019. Estaremos disponíveis para melhor lhe atender e orientar no que for necessário.

A sua colaboração é de extrema importância!!!

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) GERARDO FERREIRA DOS SANTOS necessita afastar-se de suas atividades de 15/12/2019 (domingo) até 15/02/2020 (sábado), para tratamento médico.

Diagnóstico (CID): S92.5 Fratura de outro artelho

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º: Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Assinatura do paciente ou representante
(para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

Observações

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3º PDT

CRATEUS - CE, 17 de dezembro de 2019 - 09:09

Jamil S. Jorqueira
CRM 6945
Ort. Traumatologia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 153251/3

Dt./Hr. Impressão: 17/12/2019 09:08

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS - 63 Ano(s)

Dt. Nasc.: 14/07/1956

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO, TAMBORIL - CE - CEP: 63750-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - LEVOFLOXACINA 500 MG DCB: levofloxacin Frequência: 24/24 H	500com		-	
Duração do Tratamento: POR 14 DIAS				
2 - OXOTRON 60MG comp via oral de 12 em 12 horas Duração do Tratamento: 1CX Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H RETORNAR COM 15 DIAS RX DO PÉ E RETIRAR PONTOS	60mg	oral	-	

Agendar na Recepção

17 de dezembro de 2019

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM6945

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 153251/3

Dt./Hr. Impressão: 17/12/2019 09:08

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS - 63 Ano(s)

Dt. Nasc.: 14/07/1956

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO, TAMBORIL - CE - CEP: 63750-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - LEVOFLOXACINA 500 MG DCB: levofloxacin Frequência: 24/24 H	500com		-	
Duração do Tratamento: POR 14 DIAS				
2 - OXOTRON 60MG comp via oral de 12 em 12 horas Duração do Tratamento: 1CX Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H RETORNAR COM 15 DIAS RX DO PÉ E RETIRAR PONTOS	60mg	oral	-	

Agendar na Recepção

17 de dezembro de 2019

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM6945

Resumo/Sumário de alta

Paciente GERARDO FERREIRA DOS SANTOS			Prontuário 153251
Data de Nascimento 14/07/1956	Nome da Mãe RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS		
Idade 63 Ano(s)	Convênio SUS	Data da Internação 15/12/2019	
Setor CLINICA CIRURGICA	Aposento ENFERMARIA	Leito 013 - 0002	
Profissional Responsável JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM 6945
Diagnóstico Principal S92.5 Fratura de outro artelho		Diagnóstico Secundário S92.5 Fratura de outro artelho	
Data da Alta 17/12/2019		Hora da Alta 09:05	

Motivo da Internação:

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3º PDT

Conduta / Tratamento Realizado:

TTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX PE OU PODODACTILO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort/Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

042.789.688-88

Nome
GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento
14/07/1956

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Anal fabeto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
2881475-94

DATA DE
EXPIRAÇÃO
31/08/94

NOME
Gerardo Ferreira dos Santos

FILIAÇÃO
José Ferreira dos Santos
Raimunda Ferreira dos Santos

NATURALIDADE
Tamboril-Ce

DATA DE NASCIMENTO
14/07/1956

CPF
042.789.688-88

LOCAL DE EMISSÃO
Cartório - Tamboril - Ce

PORTALEZA - CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/63

INSTITUTO BRASILEIRO DE CORREIOS

CORREIOS

Deve ser utilizado em conjunto com o cartão de identificação
para a emissão e a renovação dos serviços

Emissão
Junho 2007



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 740 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/12/2019 11:30:27**
Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GERARDO FERREIRA DOS SANTOS**
Nascimento: CPF: **042.789.793-98**
RG: **288147594** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS**
JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: **RUA MANOEL SALUSTIANO**
Bairro: **MONTE CASTELO**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99278-6654**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NQW1106 Uf: CE Município: TAMBORIL Chassi:
9C2KD04209R021893 Renavam: 153280832 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2009 Combustível: GASOLINA Cor:
PRETA Proprietário: FRANCIMEIRE FARIAS ARAUJO Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

A vítima qualificada compareceu hoje a esta delegacia e informou que no dia e hora supracitados estava em sua moto dentro do Estádio prestes a estacionar o veículo, quando parou para que uma senhora atravessasse; QUE veio repentinamente outra moto em sua direção atingindo a sua perna direita; QUE o motorista da moto se evadiu do local sem prestar o devido socorro; QUE seu primo que vinha atrás e viu o ocorrido, socorreu a vítima, levando esta para o Hospital de Tamboril; QUE foi encaminhado para Crateús; QUE em Crateús, a vítima foi submetida a exame de Raio X e no dia seguinte foi realizada uma cirurgia em sua perna. E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação ficando este cientificado.

TESTEMUNHA IRANILSON BESERRA VIEIRA (CPF 017.430.763-20)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 740 / 2019

QUE conhece a vítima; QUE estava no Estádio quando ouviu um barulho; QUE ao olhar pra trás viu a vítima em sua moto e a moto que colidiu com a vítima saindo desgovernada; QUE a vítima estava dentro do Estádio; QUE viu a vítima lesionada; QUE viu quando um parente da vítima veio em sua direção para prestar socorro. E nada mais disse.

TESTEMUNHA CARLOS ROBERTO ARAUJO DE SOUZA (CPF 008.016.673-30)

QUE é conhecido da vítima; QUE estava no local no momento do acidente; QUE ouviu um barulho e quando olhou viu uma moto vindo na direção contrária a da vítima se evadindo do local sem prestar o devido socorro; QUE viu alguém socorrendo a vítima, mas não sabe identificar quem foi. E nada disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Debora Mendes Amorim Dantas
DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria Lidia Bezerra Brilhante
MARIA LIDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

Maria Lidia Bezerra Brilhante
Delegada de Polícia
Mat. 301254-7-9

x Francisco Bezerra Vilela

x Carlos Roberto Araujo de Souza

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.789.793-98 4 - Nome completo da vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.789.793-98
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: MANOEL SALVIANO MELLO 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CO-OP-10 JOSE MOITA 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEADA 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: COMILSONKARYDY@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 184199291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0739 0 CONTA: 0008248 1
(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.

22 - 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 (assinale 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

021.632.017-83

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francimeire Farias Ferreira
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO
CPF: 141.305.343-91

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO
CPF: 015.447-813-00

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 18 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Nº do Cliente:

4051034

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

foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

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

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

040110520

Rota TL018U01 - 93000
Nome FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA
Endereço MANOEL S MELO, 00000, CONJUNTO JOSE NOTA,
Classificação 3750-000, TAMBORIL
Modalidade de Serviço Baixa Renda
Ligação B1 RESIDENCIAL
Monofásico

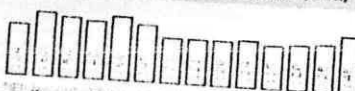
Referência 11/2019

Emissão 26/11/2019
Medidor 1499362 FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

060716680101747169403217605FE
DATAS DE LEITURA
Anterior Atual P.F. 30 dias Próxima prevista



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FI	24.920	24.757	1.00	163	00	163	0,46437	75,79

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	10,12
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,88
PIS COMPL BX RENDA	-	0,02
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,14
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-40,25
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	40,25
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,24267	7,28
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,41643	29,15
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,62476	39,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01267	0,38
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,16867	5,06

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	121,48	27,00	32,80
PIS	121,48	0,04	0,04
COFINS	121,48	0,30	0,37

VENCIMENTO	03/12/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	102,39
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	021.632.017-83
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		Consciência Ecológica (%CO ₂)	
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)		

63,63 ADOE 0,00 LIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 26/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 26/11
SE VOCE RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.789.793-98 4 - Nome completo da vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.789.793-98
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: MANOEL SALVIANO MELLO 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CO-OP-10 JOSE MOITA 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEADA 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: COMILSONKARYDY@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 184199291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0739 0 CONTA: 0008248 1
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

021.632.017-83

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francimeire Farias Ferreira
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 141.305.343-91

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 015.447.813-00

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 18 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FIRST DATA DO BRASIL
NSU FDB-ON: 001306979217 NS: 22711283

Data:18/12/2019 Hora de Brasilia:15:41

*** Extrato de Conta Corrente ***

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 15:41HR
AGENCIA 0739 CTA 000248-1 18/DEZ/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL	0,00
+ CONTA CORRENTE	0,00

TOTAL DE RECURSOS	0,00
-------------------------	------

Ag.Bradesco : 739 - TAMBORIL
Corresp.Banc.:066 - DROGARIA SAO JORGE
NSU: 003959320591 Autenticacao: 012604

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200098354

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: **GERARDO FERREIRA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **237**

Agência: **000000739-0**

Conta: **000008248-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200098354

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00739-0

CONTA: 000000008248-1

Nr. Autenticação

BRABCO120320200500000000002370073900000000824867500 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0462139/19

Número do Sinistro: 3190712456

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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 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: 23/12/2019
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0462139/19

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS : 042.789.793-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 19/12/2019
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0462139/19

Número do Sinistro: 3190712456

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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 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: 23/12/2019
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0462139/19

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS : 042.789.793-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 19/12/2019
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015038106041
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DIG 1 COD. RENAVAM 153280832 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCIMEIRE FARIAS ARAUJO

TAMBORIL / CE

CPF / CNPJ
02163201783

PLACA
NDW1106/CE

PLACA ANT / UF
*****/CE

CHASSI
9C2KD04209R021893

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

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

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
*** *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.58 DATA DE PAGAMENTO 06/06/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL
TAMBORIL

DATA
05/07/2019

Ignor Freitas
Superintendente DE TRAFEGO

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

Número
021.632.017-83

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 2016127335 - 6	DATA DE EXPEDIÇÃO 29/04/2016
NOME FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA	
FILIAÇÃO MANOEL FARIAS DE SOUSA	
NATURALIDADE MARIA DO CARMO FARIAS	
TAMBORIL - CE	
DOC ORIGEM	
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 0002602 FOLHA: 053EV	
LIVRO: 8-23 TAMBORIL - CE	
P.: 198	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

CÓDIGO DE CONTROLE
B866.F61D.V.16D.5A3E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:58:09 do dia 11/04/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Francineire Farias Ferreira

Assinatura do Titular

Polegar Direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Nº 19.04 DATA: 14/12/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS IDADE: 63Nº DO DOCUMENTO: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1C.R.: _____ Fis.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1 CARTÓRIO:NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/07/1956EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 92786654 ESCOLARIDADE: _____

RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: MONTES CASTELFILIAÇÃO: ROSIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS2. QUEIXA PRINCIPAL: FX Exposta de 30 MTF de @3. HISTÓRIA ATUAL: podoductil

4. DIAGNÓSTICO: _____

5. CONDUTA: _____

6. EXAMES SOLICITADOS: _____

7. PA: 130 x 90 mmHg

8. TEMPO: _____

9. PESO: _____

Lucas SatoMédico
CRM-CE: 20.113

Assinatura do Médico

14/12/2019

1) Tumor 100mg + 100ml SFO 9:00 IV 19:00
Reto

avaliar cl ortop → Sobrel

2) SRH 500ml IV 19:00.

Lucas Menezes Bata
Médico
CRM-CE: 20.113

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIO

Nome do Paciente: _____

Leito: _____ Clínica: _____ Data da Alta: ____/____/____

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIO

Para uma melhor recuperação pós-operatória passamos-lhe algumas orientações quanto a:

- **Medicação Prescrita**

Utilizar a medicação prescrita seguindo corretamente seus horários e doses. Isso fará com que não seja interrompida a ação dos medicamentos, como nos casos dos antibióticos que poderão perder sua eficácia se não usados adequadamente.

- **Edemas (inchaços)**

São comuns após realização de qualquer procedimento cirúrgico, porém com o tempo eles vão melhorando. Em caso de persistir ou aumentar o inchaço mantenha-nos informados.

- **Incisão Cirúrgica**

Lavar sempre com sabão neutro na hora do banho; logo após limpeza com soro fisiológico e gaze, mantendo sempre limpa e descoberta (sem curativo). Em casos de incisões com presença de secreção, fazer a limpeza e colocar curativo.

- Caso seja retirado algum material para biópsia, o paciente será responsável pelo envio para exame e posteriormente marcar retorno via ambulatorial como médico.

ATENÇÃO !!!

Se notar a presença de alguns desses sinais e sintomas como:

- Febre
- Vermelhidão ao redor da ferida operatória
- Presença de secreção purulenta (pus)
- Abertura dos pontos cirúrgicos

Entrar em contato imediatamente com Mara Monise ou Rita de Cássia através do número telefônico 3691-2019. Estaremos disponíveis para melhor lhe atender e orientar no que for necessário.

A sua colaboração é de extrema importância!!!

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) GERARDO FERREIRA DOS SANTOS necessita afastar-se de suas atividades de 15/12/2019 (domingo) até 15/02/2020 (sábado), para tratamento médico.

Diagnóstico (CID): S92.5 Fratura de outro artelho

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º: Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Assinatura do paciente ou representante
(para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

Observações

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3º PDT

CRATEUS - CE, 17 de dezembro de 2019 - 09:09

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, Centro, Crateús - CE

v2019003

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 153251/3

Dt./Hr. Impressão: 17/12/2019 09:08

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS - 63 Ano(s)

Dt. Nasc.: 14/07/1956

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO, TAMBORIL - CE - CEP: 63750-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - LEVOFLOXACINA 500 MG DCB: levofloxacin Frequência: 24/24 H	500com		-	
Duração do Tratamento: POR 14 DIAS				
2 - OXOTRON 60MG comp via oral de 12 em 12 horas Duração do Tratamento: 1CX Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H RETORNAR COM 15 DIAS RX DO PÉ E RETIRAR PONTOS	60mg	oral	-	

Agendar na Recepção

7 de dezembro de 2019

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM6945

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 153251/3

Dt./Hr. Impressão: 17/12/2019 09:08

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS - 63 Ano(s)

Dt. Nasc.: 14/07/1956

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO, TAMBORIL - CE - CEP: 63750-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - LEVOFLOXACINA 500 MG	500com		-	
DCB: levofloxacin Frequência: 24/24 H				
Duração do Tratamento: POR 14 DIAS				
2 - OXOTRON 60MG comp via oral de 12 em 12 horas	60mg	oral	-	
Duração do Tratamento: 1CX Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H RETORNAR COM 15 DIAS RX DO PÉ E RETIRAR PONTOS				

Agendar na Recepção

17 de dezembro de 2019

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM6945

Resumo/Sumário de alta

Paciente GERARDO FERREIRA DOS SANTOS			Prontuário 153251
Data de Nascimento 14/07/1956	Nome da Mãe RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS		
Idade 63 Ano(s)	Convênio SUS	Data da Internação 15/12/2019	
Setor CLINICA CIRURGICA	Aposento ENFERMARIA	Leito 013 - 0002	
Profissional Responsável JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM 6945	
Diagnóstico Principal S92.5 Fratura de outro artelho		Diagnóstico Secundário S92.5 Fratura de outro artelho	
Data da Alta 17/12/2019		Hora da Alta 09:05	

Motivo da Internação:

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3° PDT

Conduta / Tratamento Realizado:

TTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX PE OU PODODACTILO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort/Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

042.789.688-88

Nome
GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento
14/07/1956

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Anal fabeto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
2881475-94

DATA DE
EXPIRAÇÃO
31/08/94

NOME
Gerardo Ferreira dos Santos

FILIAÇÃO
José Ferreira dos Santos
Raimunda Ferreira dos Santos

NATURALIDADE
Tamboril-Ce

DATA DE NASCIMENTO
14/07/1956

CPF
042.789.688-88

LOCAL DE EMISSÃO
Cartório - Tamboril - Ce

PORTALEZA - CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/63

INSTITUTO BRASILEIRO DE CORREIOS

CORREIOS

Deve ser utilizado em conjunto com o cartão de identificação
para a emissão e renovação dos serviços

Emissão
Junho 2007

Nº do Cliente:

4051034

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

foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 80135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

040110520

Rota TL018U01 - 93000

Referência 11/2019

Nome FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

Endereço MANOEL S MELO, 00000, CONJUNTO JOSE NOTA,

Classificação 3750-000, TAMBORIL

Modalidade Tarifa Baixa Renda

Ligação B1 RESIDENCIAL

Monofásico

Emissão 26/11/2019

Medidor 1499362 FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual P.F. 10 dias Próxima prevista

15/10/2019 26/11/2019 06/12/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FI	24.920	24.757	1,00	163	00	163	0,46437	75,79

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-
ICMS COMPL BX RENDA	10,12
PIS COMPL BX RENDA	10,88
COFINS COMPL BX RENDA	0,02
DESCONTO BAIXA RENDA	0,14
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-40,25
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	40,25
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,24267
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,41643
ADICIONAL BAND. AMARELA	29,15
ADICIONAL BAND. VERMELHA	39,36
	0,01267
	0,38
	0,16867
	5,06

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	121,48	27,00	32,80
PIS	121,48	0,04	0,04
COFINS	121,48	0,30	0,37

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/12/2019	102,39
CONSUMO CONSCIENTE	CPF/CNPJ
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	021.632.017-83
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)
Consciência Ecológica (%CO ₂)	

63,63 ADOE 0,00 LIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 26/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 26/11
SE VOCE RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 740 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/12/2019 11:30:27**
Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GERARDO FERREIRA DOS SANTOS**
Nascimento: CPF: **042.789.793-98**
RG: **288147594** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS**
JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: **RUA MANOEL SALUSTIANO**
Bairro: **MONTE CASTELO**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99278-6654**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NQW1106 Uf: CE Município: TAMBORIL Chassi:
9C2KD04209R021893 Renavam: 153280832 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2009 Combustível: GASOLINA Cor:
PRETA Proprietário: FRANCIMEIRE FARIAS ARAUJO Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

A vítima qualificada compareceu hoje a esta delegacia e informou que no dia e hora supracitados estava em sua moto dentro do Estádio prestes a estacionar o veículo, quando parou para que uma senhora atravessasse; QUE veio repentinamente outra moto em sua direção atingindo a sua perna direita; QUE o motorista da moto se evadiu do local sem prestar o devido socorro; QUE seu primo que vinha atrás e viu o ocorrido, socorreu a vítima, levando esta para o Hospital de Tamboril; QUE foi encaminhado para Crateús; QUE em Crateús, a vítima foi submetida a exame de Raio X e no dia seguinte foi realizada uma cirurgia em sua perna. E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação ficando este cientificado.

TESTEMUNHA IRANILSON BESERRA VIEIRA (CPF 017.430.763-20)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 740 / 2019

QUE conhece a vítima; QUE estava no Estádio quando ouviu um barulho; QUE ao olhar pra trás viu a vítima em sua moto e a moto que colidiu com a vítima saindo desgovernada; QUE a vítima estava dentro do Estádio; QUE viu a vítima lesionada; QUE viu quando um parente da vítima veio em sua direção para prestar socorro. E nada mais disse.

TESTEMUNHA CARLOS ROBERTO ARAUJO DE SOUZA (CPF 008.016.673-30)

QUE é conhecido da vítima; QUE estava no local no momento do acidente; QUE ouviu um barulho e quando olhou viu uma moto vindo na direção contrária a da vítima se evadindo do local sem prestar o devido socorro; QUE viu alguém socorrendo a vítima, mas não sabe identificar quem foi. E nada disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Debora Mendes Amorim Dantas
DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X

VISTO DO DELEGADO(A): Maria Lidia Bezerra Brilhante
MARIA LIDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

*Maria Lidia Bezerra Brilhante
Delegada de Polícia
Mat. 301254-7-9*

X Francisco Bezerra Vilela

X Carlos Roberto Araujo de Souza