



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01320982-5** em **10/07/2020 11:18:31**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0235394-44.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01320982-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 10/07/2020 11:18:31

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2733248_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2733248_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-10.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz. 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba. Pacatuba. CE. 61.809-080.

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3357

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\$1.000,00 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco.

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 1004561 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vários)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários a 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.

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Realiza, 27 de Dezembro de 2019.

Moises Pessoa Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/11/2019 16:16:05**
Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2019 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MOISES PESSOA ROCHA**
Nascimento: **25/11/1972** CPF: **574.607.953-72** UF: _____
RG: **1555771661** Orgão Emissor: _____
Filiação: **MARIA LISETE PESSOA ROCHA**
ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA
Endereço: **RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425**
Bairro: **MUNGUBA**
Município: **PACATUBA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-7132**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMY7190** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **9C2NC4330ER004153** Renavam: **1022231550** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R LIMITED** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **MOISES PESSOA ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

Moises Pessoa Rocha

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/11/2019 16:16:05**
Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2019 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MOISES PESSOA ROCHA**
Nascimento: **25/11/1972** CPF: **574.607.953-72** UF: _____
RG: **1555771661** Orgão Emissor: _____
Filiação: **MARIA LISETE PESSOA ROCHA**
ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA
Endereço: **RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425**
Bairro: **MUNGUBA**
Município: **PACATUBA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-7132**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMY7190** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **9C2NC4330ER004153** Renavam: **1022231550** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R LIMITED** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **MOISES PESSOA ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

Moises Pessoa Rocha

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/11/2019 16:16:05**
Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2019 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MOISES PESSOA ROCHA**
Nascimento: **25/11/1972** CPF: **574.607.953-72** UF: _____
RG: **1555771661** Orgão Emissor: _____
Filiação: **MARIA LISETE PESSOA ROCHA**
ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA
Endereço: **RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425**
Bairro: **MUNGUBA**
Município: **PACATUBA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-7132**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMY7190** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **9C2NC4330ER004153** Renavam: **1022231550** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R LIMITED** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **MOISES PESSOA ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

Moises Pessoa Rocha

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz. 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba. Pacatuba. CE. 61.809-080.

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3357

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\$1.000,00 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco.

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 1004561 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vários)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários a 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.

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, 27 de Dezembro de 2019.

Moises Pessoa Rocha

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba Pacatuba CE 61.809-080

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3351

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\$1.000,00 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vários)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 27 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba Pacatuba CE 61.809-080

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3351

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\$1.000,00 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vivo/não)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.846-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SERVIÇO UNICO | Nº 001004543

Rota PT224R52
Nome MOISES PESSOA ROCHA
Endereço RU MARIA DE SA RORIZ, 00429, MONGUBA, 61809-080, PACATUBA
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico
Referência 08/2019
Emissão 08/08/2019
Medidor 1076771-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO
390C7529C543EEF27C5DAD4907CC3D5A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias
Anterior 10/07/2019 | Atual 08/08/2019 | Próxima prevista 02/09/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	34.111	33.975	1,00	136	00	136	0,80801	109,89

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	20,23
CONSUMO	0,80801
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01640
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01662
	2,26

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	114,38	27,00	30,88
PIS	114,38	1,35	1,53
COFINS	114,38	6,16	7,02

10/09/2019 134,61

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 574.607.953-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
53,09	0,00	0,00

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/07 - 31/07 Vermelha :

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SERVIÇO UNICO | Nº 001004543

Rota PT224R52

Referência 08/2019

Nome MOISES PESSOA ROCHA

Endereço RU MARIA DE SA RORIZ, 00429, MONGUBA, 61809-080, PACATUBA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 08/08/2019

Medidor 1076771-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO

390C7529C543EEF27C5DAD4907CC3D5A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias

Anterior 10/07/2019 Atual 08/08/2019 Próxima prevista 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	34.111	33.975	1,00	136	00	136	0,80801	109,89

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,23
CONSUMO	0,80801	109,89
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01640	2,23
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01662	2,26

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	114,38	27,00	30,88
PIS	114,38	1,35	1,53
COFINS	114,38	6,16	7,02

10/09/2019	134,61
------------	--------

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

574.607.953-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00

53,09 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/07 - 31/07 Vermelha :

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SERVIÇO UNICO | Nº 001004543

Rota PT224R52

Referência 08/2019

Nome MOISES PESSOA ROCHA

Endereço RU MARIA DE SA RORIZ, 00429, MONGUBA, 61809-080,
PACATUBA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 08/08/2019

Medidor 1076771-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO

390C7529C543EEF27C5DAD4907CC3D5A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA

P.F.: 29 dias

Anterior 10/07/2019

Atual 08/08/2019

Próxima prevista 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	34.111	33.975	1,00	136	00	136	0,80801	109,89

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
CONSUMO
ADICIONAL BAND. AMARELA
ADICIONAL BAND. VERMELHA

- 20,23
0,80801 109,89
0,01640 2,23
0,01662 2,26

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	114,38	27,00	30,88
PIS	114,38	1,35	1,53
COFINS	114,38	6,16	7,02

10/09/2019

134,61

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

574.607.953-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂)

53,09

0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/07 - 31/07 Vermelha :

○

Scanned by CamScanner[illegible]

25/11/19
 2019

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Unico de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME

Inaia Pessoa Rocha

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

25/11/1972

9 - SEXO

Masculino ☒Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mara Lúcia Pessoa Rocha

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua - RUA SERRA 925/ PIASSA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PIASSA

14 - CDD. IBGE MUNIC

15 - UF

PA

16 - CEP

00000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta tornozelo E (medial malleolus
+ fibula Weber C) há 10 dias

18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Necessidade de TTO cirúrgico

19 - PS

RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura tornozelo E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura tornozelo E

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLASSE

TC

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletiva/urgente

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Tarcis Yuri Melo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/10/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Tarcis Yuri Melo
Traumatologista
TEOT 15349**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

33 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº BILHETE

36 - SÉRIE

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CNAE EMPRESA

39 - CBOE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOE

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNAE EMPRESA

45 - CBOE

46 - CNPJ DA EMPRESA

47 - CNAE EMPRESA

48 - CBOE

49 - CNPJ DA EMPRESA

50 - CNAE EMPRESA

51 - CBOE

52 - CNPJ DA EMPRESA

53 - CNAE EMPRESA

54 - CBOE

55 - CNPJ DA EMPRESA

56 - CNAE EMPRESA

57 - CBOE

58 - CNPJ DA EMPRESA

59 - CNAE EMPRESA

60 - CBOE

61 - CNPJ DA EMPRESA

62 - CNAE EMPRESA

63 - CBOE

64 - CNPJ DA EMPRESA

65 - CNAE EMPRESA

66 - CBOE

67 - CNPJ DA EMPRESA

68 - CNAE EMPRESA

69 - CBOE

70 - CNPJ DA EMPRESA

71 - CNAE EMPRESA

72 - CBOE

73 - CNPJ DA EMPRESA

74 - CNAE EMPRESA

75 - CBOE

76 - CNPJ DA EMPRESA

77 - CNAE EMPRESA

78 - CBOE

79 - CNPJ DA EMPRESA

80 - CNAE EMPRESA

81 - CBOE

82 - CNPJ DA EMPRESA

83 - CNAE EMPRESA

84 - CBOE

85 - CNPJ DA EMPRESA

86 - CNAE EMPRESA

87 - CBOE

88 - CNPJ DA EMPRESA

89 - CNAE EMPRESA

90 - CBOE

91 - CNPJ DA EMPRESA

92 - CNAE EMPRESA

93 - CBOE

94 - CNPJ DA EMPRESA

95 - CNAE EMPRESA

96 - CBOE

97 - CNPJ DA EMPRESA

98 - CNAE EMPRESA

99 - CBOE

100 - CNPJ DA EMPRESA

101 - CNAE EMPRESA

102 - CBOE

103 - CNPJ DA EMPRESA

104 - CNAE EMPRESA

105 - CBOE

106 - CNPJ DA EMPRESA

107 - CNAE EMPRESA

108 - CBOE

109 - CNPJ DA EMPRESA

110 - CNAE EMPRESA

111 - CBOE

112 - CNPJ DA EMPRESA

113 - CNAE EMPRESA

114 - CBOE

115 - CNPJ DA EMPRESA

116 - CNAE EMPRESA

117 - CBOE

118 - CNPJ DA EMPRESA

119 - CNAE EMPRESA

120 - CBOE

121 - CNPJ DA EMPRESA

122 - CNAE EMPRESA

123 - CBOE

124 - CNPJ DA EMPRESA

125 - CNAE EMPRESA

126 - CBOE

127 - CNPJ DA EMPRESA

128 - CNAE EMPRESA

129 - CBOE

130 - CNPJ DA EMPRESA

131 - CNAE EMPRESA

132 - CBOE

133 - CNPJ DA EMPRESA

134 - CNAE EMPRESA

135 - CBOE

136 - CNPJ DA EMPRESA

137 - CNAE EMPRESA

138 - CBOE

139 - CNPJ DA EMPRESA

140 - CNAE EMPRESA

141 - CBOE

142 - CNPJ DA EMPRESA

143 - CNAE EMPRESA

144 - CBOE

145 - CNPJ DA EMPRESA

146 - CNAE EMPRESA

147 - CBOE

148 - CNPJ DA EMPRESA

149 - CNAE EMPRESA

150 - CBOE

151 - CNPJ DA EMPRESA

152 - CNAE EMPRESA

153 - CBOE

154 - CNPJ DA EMPRESA

155 - CNAE EMPRESA

156 - CBOE

157 - CNPJ DA EMPRESA

158 - CNAE EMPRESA

159 - CBOE

160 - CNPJ DA EMPRESA

161 - CNAE EMPRESA

162 - CBOE

163 - CNPJ DA EMPRESA

164 - CNAE EMPRESA

165 - CBOE

166 - CNPJ DA EMPRESA

167 - CNAE EMPRESA

168 - CBOE

169 - CNPJ DA EMPRESA

170 - CNAE EMPRESA

171 - CBOE

172 - CNPJ DA EMPRESA

173 - CNAE EMPRESA

174 - CBOE

175 - CNPJ DA EMPRESA

176 - CNAE EMPRESA

177 - CBOE

178 - CNPJ DA EMPRESA

179 - CNAE EMPRESA

180 - CBOE

181 - CNPJ DA EMPRESA

182 - CNAE EMPRESA

183 - CBOE

184 - CNPJ DA EMPRESA

185 - CNAE EMPRESA

186 - CBOE

187 - CNPJ DA EMPRESA

188 - CNAE EMPRESA

189 - CBOE

190 - CNPJ DA EMPRESA

191 - CNAE EMPRESA

192 - CBOE

193 - CNPJ DA EMPRESA

194 - CNAE EMPRESA

195 - CBOE

196 - CNPJ DA EMPRESA

197 - CNAE EMPRESA

198 - CBOE

199 - CNPJ DA EMPRESA

200 - CNAE EMPRESA

201 - CBOE

202 - CNPJ DA EMPRESA

203 - CNAE EMPRESA

204 - CBOE

205 - CNPJ DA EMPRESA

206 - CNAE EMPRESA

207 - CBOE

208 - CNPJ DA EMPRESA

209 - CNAE EMPRESA

210 - CBOE

211 - CNPJ DA EMPRESA

212 - CNAE EMPRESA

213 - CBOE

214 - CNPJ DA EMPRESA

215 - CNAE EMPRESA

216 - CBOE

217 - CNPJ DA EMPRESA

218 - CNAE EMPRESA

219 - CBOE

220 - CNPJ DA EMPRESA

221 - CNAE EMPRESA

222 - CBOE

223 - CNPJ DA EMPRESA

224 - CNAE EMPRESA

225 - CBOE

226 - CNPJ DA EMPRESA

227 - CNAE EMPRESA

228 - CBOE

229 - CNPJ DA EMPRESA

230 - CNAE EMPRESA

231 - CBOE

232 - CNPJ DA EMPRESA

233 - CNAE EMPRESA

234 - CBOE

235 - CNPJ DA EMPRESA

236 - CNAE EMPRESA

237 - CBOE

238 - CNPJ DA EMPRESA

239 - CNAE EMPRESA

240 - CBOE

241 - CNPJ DA EMPRESA

242 - CNAE EMPRESA

243 - CBOE

244 - CNPJ DA EMPRESA

245 - CNAE EMPRESA

246 - CBOE

247 - CNPJ DA EMPRESA

248 - CNAE EMPRESA

249 - CBOE

250 - CNPJ DA EMPRESA

251 - CNAE EMPRESA

252 - CBOE

253 - CNPJ DA EMPRESA

254 - CNAE EMPRESA

255 - CBOE

256 - CNPJ DA EMPRESA

257 - CNAE EMPRESA

258 - CBOE

259 - CNPJ DA EMPRESA

260 - CNAE EMPRESA

261 - CBOE

262 - CNPJ DA EMPRESA

263 - CNAE EMPRESA

264 - CBOE

265 - CNPJ DA EMPRESA

266 - CNAE EMPRESA

267 - CBOE

268 - CNPJ DA EMPRESA

269 - CNAE EMPRESA

270 - CBOE

271 - CNPJ DA EMPRESA

272 - CNAE EMPRESA

273 - CBOE

274 - CNPJ DA EMPRESA

275 - CNAE EMPRESA

276 - CBOE

277 - CNPJ DA EMPRESA

278 - CNAE EMPRESA

279 - CBOE

280 - CNPJ DA EMPRESA

281 - CNAE EMPRESA

282 - CBOE

283 - CNPJ DA EMPRESA

284 - CNAE EMPRESA

285 - CBOE

PACIENTE: Moises Pessoa Rocha

DATA OPERAÇÃO: 22/10/19

ENFERMARIA:

LEITO:

1º AUXILIAR: MAURO GUIMARÃES

2º AUXILIAR: Igor de Lucena

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: ROQUIA DE ALEIXANDRE

TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX DE TORNADOZLO + LIGAM. LIG. AQUILO

TIPO DE OPERAÇÃO: 720 cin. FX DE TORNADOZLO @ + reparo ligamento

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLOGICO NOATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS

- 1) por DE LÚCIO DOREL S03
- 2) A + A + A
- 3) incisão lateral do TORNADOZLO @
+ drainagem por pontos + drenagem
antes de fazer a sutura + 01 placa
de 7030 + 06 parafusos corticais
+ reparo lig. lateral
- 4) Acesso medial cl. drenagem direta
de FX (comissuras do MEIOLO medial)
+ 02 parafusos espaçadores
- 5) sutura por pontos + curativo

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DIGITAL EDMILSON
BARRIOS DE OLIVEIRA
Av. José Carlos Tomaz Coelho 1573
Massaroca - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Dr. Igor de Lucena
Ortopedia Traumatologia
Cirurgião de Pé e Tornozelo
TEOT 15804 / CRM 16152

Grat. HDEBO SAME-Desp. 2019/11
COPIAR COM ORIGINAL
25/11/19

137

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE Alvares	PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA
INÍCIO DO TRATAMENTO 14/10/19	DATA DA ALTA 23/10/19	DATA DO RETORNO 04/11/19	MÉDICO PARA RETORNO Dr. Igor

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Paulo
est

Operado pelo Dr. Igor

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	Infecção da ferida
ACESSÓRIO 1	
ACESSÓRIO 2	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS	
	

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

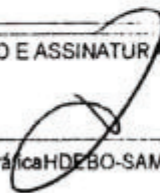
Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

ANIK + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA: 27/10/19	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
	

Gráfica HDEBO-SAME-Relatório de Alta-00

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810
Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente:

Endereço:

Bairro:

Prescrição:

Fone:

Manoel Pereira Rocha
Recife - PE

Chexina 500mg - 400mg
1 comprimido 6/6h
1 comprimido 6/6h
1 comprimido 12/12h

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.925-91

02/10/19.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo

Identificação

Órgão Emissor

Data

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Fratura do Ulnar
1 1/3 lista de
placa seg.

Referencia 09/10/19
19h

U. [Signature]



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - RS - 3105.1560

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente:

Ind.:

Idade:

Fone:

PRESCRIÇÃO:

Cefalexina 500mg — 40 caps
que far 20 de 8/16/85

Profenidol 100mg — 14
que far 7 de 12/11/85

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumato - Ortopedia
CRM 1985

23/10/85

Uso Exclusivo do HDEBO - Messejana.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome Completo

Identificação

RG Emissor

Idade

UF

Telefone

3 Via da Farmácia / 2ª Via do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

Ass. do Farmacêutico:

Data:

Atendimento 1.614.045

Paciente Moises Pessoa Rocha

Segurado Moises Pessoa Rocha

Convênio PARTICULAR

Plano PARTICULAR

Matrícula Cartão Saúde

Endereço MARIA DE SA RORIZ, 429

Complemento

Prontuário 170986

Idade 46 anos e 11 meses

Fone 30140947 85117132

Val. Carteira

Identidade 1555771661

Bairro MONGUBA

Cidade Maracanaú

Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Serviço Emergência-Pronto Socorro

Atendente Enayle Galdino de Menezes

Especialidade Traumatologia

Classificação Consulta

Médico/C.d Tacito Yuri Melo Ramos de Lima

Data 04/11/2019 - Segunda-feira

Hora 13:47:04

Queixa Principal DORES NO TORNOZELO ESQ

HDA

PROCEDIMENTO

Pet submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo E, sendo operado em técnica ins-titucional, e, no momento, em acompanhamento ambulatorial e reabilitação fisioterápica

DIAGNOSTICO

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEST 15300

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos de Lima (CRM 14108)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

15.867.015/0004-757

UNICLINIC DAS CLINICAS DO CEARÁ LTDA.

Av. Aguanambi, 332

Fátima - CEP 60.055-402

Maracanaú - Ceará

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Adriana Paiva

Paciente: **Moises Pessoa Rocha**

Identificação: **170886**

Endereço: **1.614.045**

Data Exame: **04/11/2019**

Relatante: **Tacito Yuri Melo Ramos de**

Sexo: **M**

Convênio: **PARTICULAR**

Idade: **46a 11m 10d**

Prescrição: **2167880**

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

**fraturas da fíbula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese.
Esporão ósseo calcâneo plantar e posterior.**

°.INC.....[02]



Dr. Vanor Cruz
CPF 026244513-15
CREMEC 2080

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza/CE
CEP: 60.055-402 Fone: (85) 3311.6000

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

PACIENTE MOISES PESSOA ROCHA		DADOS PESSOAIS	
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 57460795372		Nº DO PRONTUÁRIO 6162389	Nº DO BE 374191
NASCIMENTO 28/11/1972(48 ANOS)		SEXO M	RACIA COR PARDO
ENDEREÇO AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 16 MONGUBA CE (85) 98134-2272		NOME SOBRENOME MARIA LISETE PESSOA ROCHA	
OCCORRÊNCIA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
TRAZIDO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASGOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM TORNOZELO ESQUERDO.		MOTIVO COLISAO CUM AUTOM. PICK UP OU CAMINHONH	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		SINAIS VITAIS	
PRESSÃO ARTERIAL N/NH		SAT O2 97%	PULSO 92
ALERTICOZ NEGA		GLUCOSE NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/10/2019 18:35:27	

ÁREA ATENDIMENTO EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	
ATENÇÃO MÉDICA	
<i>Referência de trauma</i> <i>lesão R. x T. no x. de lig. A. p. + lesão</i> <i>com fratura exposta de fêmur + lesão</i> <i>Ap. f. m. g.</i>	
COD. PROCEDIMENTO	
() SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
R. de p. m. (E) R. de p. m. R. de p. m. (E) R. de p. m.	
APROZAMENTO	
Dr. João Batista Gomes da Silva Médico - CRM: 5166 CPF: 228.775.923-91	
TIPO DE ALTA/SADA	
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS ESTIMO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.	

Assinado por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27
Asserem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

MOISES PESSOA ROCHA
04.385.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Fomaz Coelho 1573
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

ACIDENTE MOISES PESSOA ROCHA		DADOS PESSOAIS	
Nº DO PRONTUÁRIO 6182388		Nº DO BE 374191	
NASCIMENTO 28/11/1972(48 ANOS)		SEXO M	
RACIAIS PARDOS		RACIAIS PARDOS	
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 57460795372		NOME MARIA LISETE PESSOA ROCHA	
ENDEREÇO AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 18 MONGUBA		CEP (85) 98134-2272	
NATUREZA		CE	
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
TRANZIDO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASGOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM TORNOMELO ESQUERDO.		MOTIVO COLISÃO COM AUTOM. PICK UP OU CAMINHON	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS			
PRESSÃO ARTERIAL N/NI		SAT O2 97%	
PULSO 92		GLUCOSE NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/10/2019 18:35:27	

ÁREA ATENDIMENTO	
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	
ATENDIMENTO MÉDICO	
<i>Referência de trauma</i> <i>Lesão de cabeça x trauma de cabeça</i> <i>Fratura de tórax</i> <i>Fratura de tórax</i> <i>Ap. pulmão</i>	
DIAGNÓSTICO	
☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
<i>Med. de dor (D) 100mg</i> <i>Med. de dor (D) 100mg</i>	
APROVAMENTO	
Dr. João Batista Gomes da Silva Médico - CRM: 5106 CPF: 228.175.923-91	
TIPO DE ALTA/BAIXA	
DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL. HORA DO ATENDIMENTO	

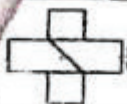
Assinado por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27
Asserem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

70

Quaracivera
25-11-19

MOISES PESSOA ROCHA

02 855.187400 12-05
CONCEITO DESEMPENHO
CONCEITO DESEMPENHO
CONCEITO DESEMPENHO
CONCEITO DESEMPENHO
CONCEITO DESEMPENHO
CONCEITO DESEMPENHO

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta tornozelo E (medial malleolus
+ fíbula Weber C) há 10 dias

18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Necessidade de TTO cirúrgico

19 - RES

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

Amplamente + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura tornozelo E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLASSE

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CNAE EMPRESA

40 - CDDR

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - EMPREGADO

43 - EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

48 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

49 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

51 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

53 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

54 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

55 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

56 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

57 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

58 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

59 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

60 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

61 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

62 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

63 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

64 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

65 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

66 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

67 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

68 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

69 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

70 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

Carimbo
25/11/19

URB. PEDRO-DA-MEIA-Alt-888

PACIENTE: Moises Pessoa Rocha

DATA OPERAÇÃO: 22/10/19

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

1º AUXILIAR: MAURO GUIMARÃES

2º AUXILIAR: _____ 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____

ANESTESISTA: ROQUIA DE SOUZA

TIPO DE ANESTESIA: _____

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX DE TORNADOZLO + LIGAM LIG. AGUADA

TIPO DE OPERAÇÃO: 720 cin. FX DE TORNADOZLO @ + reparo ligamentar

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: _____

EXAME RADIOLOGICO NO ATQ: _____

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPE: _____
- 1) por delúrio dorsal S03
 - 2) A + A + A
 - 3) incisão lateral do tornozelo @
+ drenagem por pontos + reparo
direto de fratura + 01 placa
13 de 7030 + 06 parafusos corticais
+ reparo lig lateral
 - 4) Acesso medial el. reclusa direta
de FX (comissuras do metacarpo medial)
+ 02 parafusos espaçadores
 - 5) sutura por pontos + curativo

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
DE OLIVEIRA
Av. José de Faria, 1573
Mossoró - Cep: 69.864-810
Fortaleza - Ceará

Dr. Igor de Lucena
Ortopedia Traumatologia
Cirurgião de Mão e Tornozelo
TEOT 15804 / CRM 16152

Handwritten signature
COPIA COM ORIGINAL
25/11/19

Gráf. HDEBO CAME-Desp. 1001/19

137

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE Alvares	PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO 14/10/19	DATA DA ALTA 23/10/19	DATA DO RETORNO 04/11/19	MÉDICO PARA RETORNO Dr. Igor	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Paulo

Operado pelo Dr. Igor

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL <i>Infecção da ferida</i>
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS <i>Ex</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Curativo

TERAPÉUTICA APÓS A ALTA

ANIK + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ ÓBITOS

☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

27/10/19

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Gráfica HDEBO-SAME-Relatório de Alta-00

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810
Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente:

Endereço:

Bairro:

Prescrição:

Fone:

Handwritten:
Messa Perce Rocha
Faltava - CF
Chexina 500mg - 400mg
Toma 1 vez 6/6h
Imprmo - 600mg - 15
Toma 1 vez 12/12h

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.925-91

02/10/19.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo

Identificação

Órgão Emissor

Data

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico



Fractura de humero
 1 1/3 lista de
 plomo seg.

Referencia 09/10/19
 19h

① Refuerzo suture

DATA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - RS - 3105.1560

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente:

Ind.:

Idade:

Fone:

PRESCRIÇÃO:

Cefalexina 500mg — 40 caps
que far 20 de 8/16/85

Aspirina 100mg — 14
que far 7 de 12/11/85

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumato - Ortopedia
CRM 1985

23/10/85

Uso Exclusivo do HDEBO - Messejana.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome Completo

Identificação

Assinatura Emissor

Idade

UF

Assinatura

3 Via do Farmacêutico / 2ª Via do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

Ass. do Farmacêutico:

Data:

Atendimento 1.614.045

Paciente Moises Pessoa Rocha

Segurado Moises Pessoa Rocha

Convênio PARTICULAR

Plano PARTICULAR

Matricula Cartão Saúde

Endereço MARIA DE SA RORIZ, 429

Complemento

Prontuário 170986

Idade 46 anos e 11 meses

Fone 30140947 85117132

Val. Carteira

Identidade 1555771661

Bairro MONGUBA

Cidade Maracanaú

Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor Emergencia-Pronto Socorro

Médico/C.d Tacito Yuri Melo Ramos do Lima

Atendente Ennyale Galdino de Menezes

Data 04/11/2019 - Segunda-feira

Especialidade Traumatologia

Hora 13:47:04

Classificação Consulta

Queixa Principal DORES NO TORNOZELO ESQ

HDA

PROCEDIMENTO

Pet submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo E, sendo operado em outra ins-talação, e, no momento, em acompanhamento ambulatorial e reabilitação fisioterápica

DIAGNOSTICO

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEST 15340

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos do Lima (CRM 14108)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

15.867.015/0001-757

UNICLINIC DAS CLINICAS DO CEARÁ LTDA.

Av. Aguanambi, 332

Fátima - CEP 60.055-402

Fortaleza - Ceará

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Atuária Praga

Paciente: Moises Pessoa Rocha

Identificação: 170886

Endereço: 1.614.045

Data Exame: 04/11/2019

Medicador: Tacito Yuri Melo Ramos de

Sexo:

M

Convênio:

PARTICULAR

Idade:

46a 11m 10d

Prescrição:

2167880

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

fraturas da fíbula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese.
esporão ósseo calcaneano plantar e posterior.

°.INC.....[02]



Dr. Vanor Cruz
CPF 026244513-15
CREMEC 2080

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza/CE
CEP: 60.055-402 Fone: (85) 3311.6000

2

...serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código de Processo Penal.

MOISES PESSOA ROCHA
04.385.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1573
Messelena - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Mois Penoa Rocha

Atestado

Atesto para os devidos fins que o
paciente acima especificado foi
vítima de acidente de moto -
ciclota (SFC) evoluindo com fratura
exposta bimalar de Tornozelo B.
Foi submetido à TTO em urgência, o
qual encontra-se no momento de
alta definitiva.

CD - 10: S82.0

18/12/19

Tácito Yuri Mejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14308 - RBO 15549

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311-6000

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

ACIDENTE MOISES PESSOA ROCHA		DADOS PESSOAIS	
Nº DO PRONTUÁRIO 6182389		Nº DO BE 374191	
NASCIMENTO 28/11/1972(48 ANOS)		SEXO M	
RACIA PARDO		NOME MARIA LISETE PESSOA ROCHA	
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 57460795372		ENDEREÇO AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 18 MONGUBA	
NATURALIDADE CE		CONTATO (85) 98134-2272	
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
TRAZIDO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASGOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM TORNOMELO ESQUERDO.		MOTIVO COLISÃO COM AUTOM. PICK UP OU CAMINHONHO	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS	
PRESSÃO ARTERIAL N/N		SAT O2 97%	
PULSO 92		GLUCOSE NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/10/2019 18:35:27	

ÁREA ATENDIMENTO	
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	
ATENDIMENTO MÉDICO	
<i>Referência de trauma</i> <i>Lesão R. x T. x A. x P. + L. x</i> <i>Comp. x. R. x. A. x. P. + L. x</i> <i>Fratura lateral de R. x. + L. x.</i> <i>A. x. P. x. R. x.</i>	
EXAM. PROCEDIMENTO	
☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
<i>Do L. x. R. x. A. x. P. + L. x</i> <i>Do R. x. A. x. P. + L. x</i>	
APROVAMENTO	
<i>Dr. João Batista Gomes da Silva</i> <i>Médico - CRM: 5106</i> <i>CPF: 228.175.923-91</i>	
TIPO DE ALTA/BAIXA	
DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL. HORA DO ATENDIMENTO	
CASSINO E ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA	

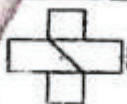
Assinado por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27
Asserem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

70

Quaracivera
20-11-19

MOISES PESSOA ROCHA

02/10/2019 17:05
CONFERIR DADOS EM COMPLETO
LIT. A. J. OLIVEIRA
LIT. A. J. OLIVEIRA
LIT. A. J. OLIVEIRA
LIT. A. J. OLIVEIRA
LIT. A. J. OLIVEIRA
LIT. A. J. OLIVEIRA
LIT. A. J. OLIVEIRA
LIT. A. J. OLIVEIRA

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - Nº do documento EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME

Inaíra Pessoa Rocha

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

25/11/1972

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Anna Luíza Pessoa Rocha

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA - RESISTÊNCIA 925/ PIAUISSA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PIAUSSA

14 - CDD. TROCE MUNIC

15 - UF

PA

16 - CEP

00000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS FENÔMENOS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta tornozelo E (medula metatarsal + fíbula Weber C) há 10 dias

18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de TTO cirúrgico

19 - RES

RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Amplamente + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura tornozelo E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura tornozelo E

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLASSE

TC

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletiva/urgente

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Tarciso Yuri Melo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/10/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Tarciso Yuri Melo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO ☐

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE EMPRESA

43 - CDDR

AUTORIZAÇÃO

44 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

48 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

49 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

50 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

51 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

52 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

53 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

54 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

55 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

56 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

57 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

58 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

59 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

60 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

61 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

62 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

63 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

64 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

65 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

66 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

67 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

68 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

69 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

70 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

Oliveira
25/11/19

URB. RUEDA-D'AMÉ-ALT-886

PACIENTE: Moises Pessoa Rocha		LEITO: _____
DATA OPERAÇÃO: 22/10/19	ENFERMARIA: _____	
1º AUXILIAR: Igor de Lucena	2º AUXILIAR: _____	3º AUXILIAR: _____
1ª ANESTESIA: Propofol + Oxigenio		TIPO DE ANESTESIA: _____
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: FX de tornozelo + lesão lig. anterior		
TIPO DE OPERAÇÃO: Trat. cir. FX de tornozelo @ + reparo ligamento		
DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO: _____		
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: _____		

EXAME RADIOLOGICO NO ATQ: _____
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

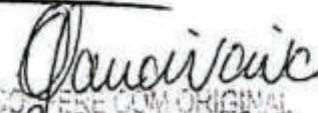
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS

- 1) **Preparação do local com antissepsia**
- 2) **Ata + A + e**
- 3) **incisão lateral do tornozelo @ + drenagem por pontos + drenagem direta de fratura + 01 placa de 2030 + 06 parafusos corticais + reparo lig. lateral**
- 4) **Acesso medial e drenagem direta de FX (comissuras do metacarpo medial) + 02 parafusos espaçadores**
- 5) **Sutura por pontos + curativo**

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON DE OLIVEIRA
Av. José Maria Gomes Coelho 1573
Messias - Cep: 66.864-810
Fortaleza - Ceará

Dr. Igor de Lucena
Ortopedia Traumatologia
Cirurgião de Pé e Tornozelo
TEOT 15804 / CRM 16152


COPIA COM ORIGINAL
25/11/19

137

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE Alvares	PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO 14/10/19	DATA DA ALTA 23/10/19	DATA DO RETORNO 04/11/19	MÉDICO PARA RETORNO Dr. Igor	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Paulo
est

Operado pelo Dr. Igor

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL Infecção da ferida
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Curativo

TERAPÉUTICA APÓS A ALTA

ANIK + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ ÓBTO

☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

27/10/19

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Gráfica HDEBO-SAME-Relatório de Alta-00

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810
Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente:

Endereço:

Bairro:

Prescrição:

Fone:

Maria Pereira Rocha
Recife - PE

Chexina 500mg - 400mg
1 comprimido 6/6h
1 comprimido - 600mg
1 comprimido 12/12h

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.925-91

02/10/19.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo

Identificação

Órgão Emissor

Data

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico



Fractura de humero
1 1/3 lista de
placa seg.

Referencia 09/10/19
1914

① Refuerzo sinew

GATA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - RS - 3105.1560

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente:

Ind.:

Idade:

Fone:

PRESCRIÇÃO:

Cefalexina 500mg — 40 caps
que far 20 de 8/16/85

Profenidol 100mg — 14
que far 7 de 12/11/85

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumato - Ortopedia
CRM 1985

23/10/85

Uso Exclusivo do HDEBO - Messejana.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome Completo

Identificação

Assinatura Emissor

Idade

UF

Assinatura

3 Via do Farmacêutico / 2ª Via do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

Ass. do Farmacêutico:

Data:

Atendimento 1.514.045

Paciente Moises Pessoa Rocha

Segurado Moises Pessoa Rocha

Convênio PARTICULAR

Plano PARTICULAR

Matricula Cartão Saúde

Endereço MARIA DE SA RORIZ, 429

Complemento

Prontuário 170986

Idade 46 anos e 11 meses

Fone 30140947 83117132

Val. Carteira

Identidade 1555771661

Bairro MONGUBA

Cidade Maracanaú

Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor Emergencia-Pronto Socorro

Médico/C.d Tacito Yuri Melo Ramos do Lima

Atendente Ennyale Galdino de Menezes

Data 04/11/2019 - Segunda-feira

Especialidade Traumatologia

Hora 13:47:04

Classificação Consulta

Queixa Principal DORES NO TORNOZELO ESQ

HDA

PROCEDIMENTO

Pet submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo E, sendo operado em outra instituição, e, no momento, em acompanhamento ambulatorial e reabilitação fisioterápica

DIAGNOSTICO

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos do Lima (CRM 14108)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

15.867.015/0001-757

GRUPO DAS CLINICAS DO CEARÁ LTDA.

Av. Aguanambi, 332

Fátima - CEP 60.055-402

Fortaleza - Ceará

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Atuária Praga

Paciente: Moises Pessoa Rocha

Matrícula: 170886

Endereço: 1.614.045

Data Exame: 04/11/2019

Medicador: Tacito Yuri Melo Ramos de

Sexo:

M

Convênio:

PARTICULAR

Idade:

46a 11m 10d

Prescrição:

2167880

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

fraturas da fíbula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese.
esporão ósseo calcâneo plantar e posterior.

°.INC.....[02]



Dr. Vanor Cruz
CPF 026244513-15
CREMEC 2080

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza/CE
CEP: 60.055-402 Fone: (85) 3311.6000

2

...por Sandra Oliveira de Silva em 02/10/2019 18:35:27
Serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código de Processo Penal.

Caricativo
CONFERE COM ORIGINAL
26/11/19

Scanned by CamScanner

Mois Penoa Rocha

Atestado

Atesto para os devidos fins que o
paciente acima especificado foi
vítima de acidente de moto -
ciclota (SFC) evoluindo com fratura
exposta bimalar de Tornozelo B.
Foi submetido à TTO cirúrgica, o
qual encontra-se no momento de
alta definitiva.

CD - 10: S82.0

18/12/19

Tácito Yuri Mejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14308 - RBO 15549

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311-6000

Moises Ponsoa Rocha

laudo

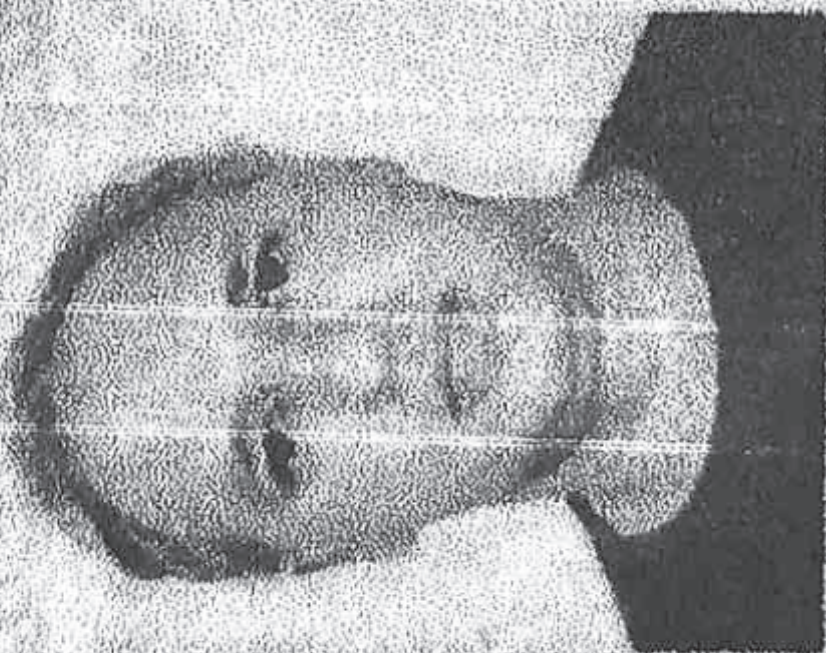
Paciente vítima de acidente de motocicleta, sendo submetido à TTO cirúrgico de fratura exposta no Tornozelo E (lateralizador) há 3 meses. No momento, encontra-se sob alta médica e persistindo com rigidez articular pós-traumática.

CTD = SP?

Tácito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEOT 15349

23/01/2020

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1638178351



NOME
MOISES PESSOA ROCHA

DOC/IDENTIDADE / CDD. EMISSÃO DE
1555771661 **SSP** **PA**

CNPJ
574.607.953-72 **25/11/1972**

ENDEREÇO
**ESTEVAM ARAÚJO DA
ROCHA
MARIA LIZETE PESSOA
ROCHA**

PERMÍSSÃO
ACC **AB**

1º PASSAPORTE
22/11/2022 **10/06/2011**

1º PASSAPORTE
05225733467

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIDADE NACIONAL DO PASSAPORTE
CARTELA DE PASSAPORTE
CARTELA DE PASSAPORTE



PROIBIDO PLASTIFICAR

1633178351

Observação:

Renato Pires Rêgo

Assinatura do Portador

Local

PARACANAU, CE

Data Emissão

26/02/2016

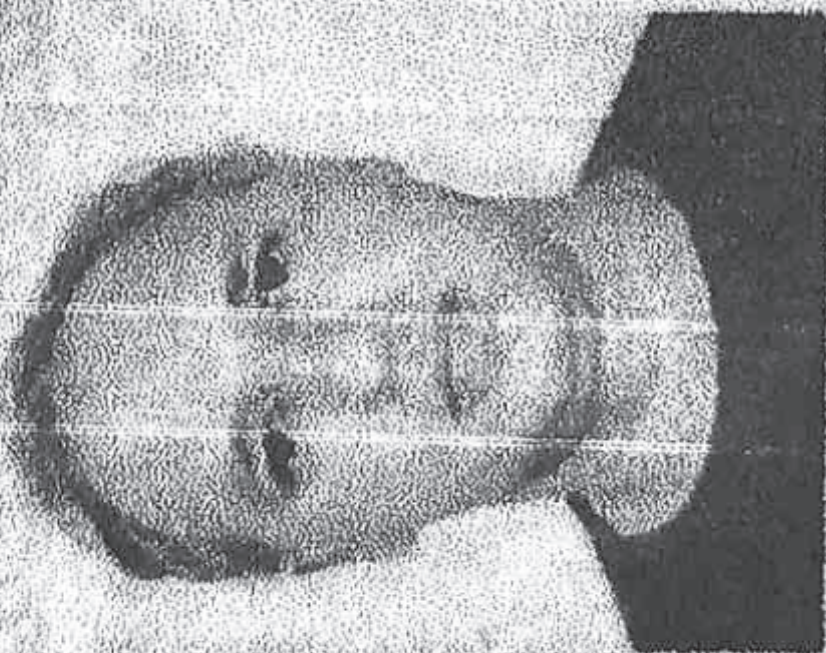
Renato Pires Rêgo

Assinatura do Emissor

45986804544
CE162381549

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1638178351



NOME
MOÍSES PESSOA ROCHA

DOC/IDENTIDADE / CDD. EMISSÃO DE
1555771661 SSP PA

CNPJ
574.607.953-72 DATA NASCIMENTO
25/11/1972

MUNICÍPIO
ESTEVAM APARECIDO DA
ROCHA
MARIA LIZETE PESSOA
ROCHA

PERMÍSSÃO
ACC
CATEGORIA
AB

1º REGISTRO
05225733467
VENCIMENTO
22/11/2022
1º INSCRIÇÃO
10/06/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
GOVERNADOR ANTONIO CARLOS
CARVALHO



GE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1633178351

Observação:

Renato Pires Rêgo

Assinatura do Portador

Local

PARACANAU, CE

Data Emissão

26/02/2016

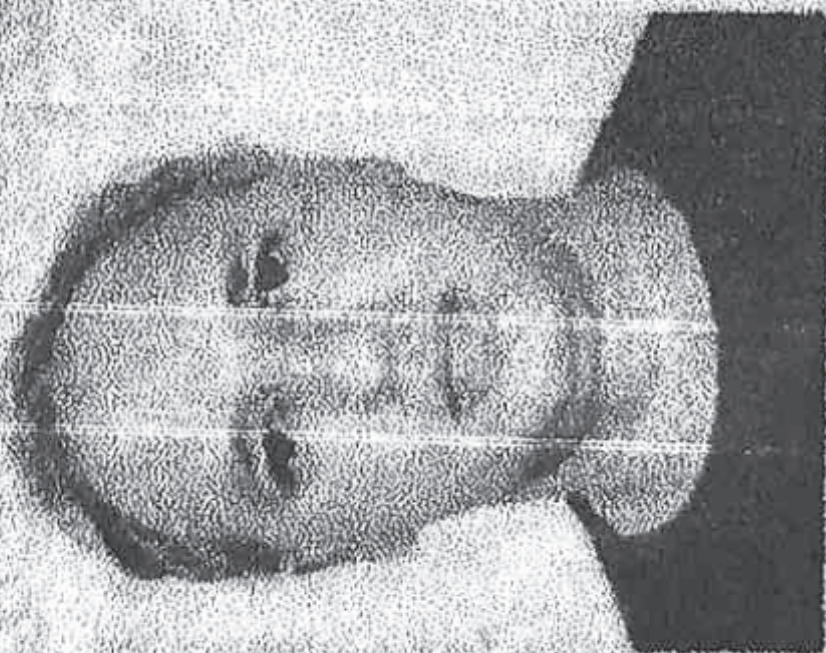
Renato Pires Rêgo

Assinatura do Emissor

45986804544
CE162381549

CEARÁ

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1638178351



NOME
MOÍSES PESSOA ROCHA

DOC/IDENTIDADE / CDD. EMISSÃO DE
1555771661 SSP PA

CNPJ
574.607.953-72 DATA NASCIMENTO
25/11/1972

MUNICÍPIO
ESTEVAM APARECIDO DA
ROCHA
MARIA LIZETE PESSOA
ROCHA

PERMÍSSÃO
ACC
CATEGORIA
AB

Nº IDENTIFICADORA
05225733467
DATA DE EMISSÃO
22/11/2022
10/06/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



PROIBIDO PLASTIFICAR

1633178351

Observação:

Renato Pires Rêgo

Assinatura do Portador

Local

PARACANAU, CE

Data Emissão

26/02/2016

Renato Pires Rêgo

Assinatura do Emissor

45986804544
CNPJ 162381549

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 014419727973
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
PPT 01 1022231550 0000000000 2018

NOME: MOISES PESSOA RDCCHA
MARACANAU /CE

CPF / CNPJ: 57460795372 PLACA: PMY7190/CE

PLACA /MT /UF: 9C2NC4330ER004153 CHASSI: PMY7190/CE

ESPECÍFIC. TIPO: PAS/MDOTICICLO/MAD APLIC. COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITED ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / OIL: 2P/OCV/291CC CATEGORIA: PARTIC. COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: 1ª - 2ª - 3ª
VEIC. COTA ÚNICA: 1ª - 2ª - 3ª
VEIC. COTAS: 1ª - 2ª - 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

OBSERVAÇÕES:

MARACANAU LOCAL: DATA: 06/02/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419727973 BILHETE DE SEGURO DPVAT

57460795372 PMY7190/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 06/02/2019

VA: 01 57460795372 CPF / CNPJ: PLACA: PMY7190

RENAVAM: 1022231550 MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITE

ANO FAB: 2014 COTA ÚNICA: 9C2NC4330ER004153

PREMIO TARIFARIO: 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00/00/0000

COTA ÚNICA: 00/00/0000

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: NC4330ER004153

022289

014419727973
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

022289
PMY7190
COD. RENAVAM: 1022231550
239024-02289

ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 014419727973
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
PPT 01 1022231550 0000000000 2018

NOME: MOISES PESSOA RODCHA
MARACANAU /CE

CPF / CNPJ: 57460795372 PLACA: PMY7190/CE

PLACA /MT /UF: 9C2NC4330ER004153

ESPECÍFIC. TIPO: PAS/MDOTICICLO/MAD APLIC. COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITED ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / OIL: 2P/OCV/291CC CATEGORIA: PARTIC. COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: 1ª - 2ª - 3ª
VEIC. COTA ÚNICA: 1ª - 2ª - 3ª
VEIC. COTAS: 1ª - 2ª - 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

OBSERVAÇÕES:

MARACANAU LOCAL: DATA: 06/02/2019

Lig. Pontes
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419727973 BILHETE DE SEGURO DPVAT

57460795372 PMY7190/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 06/02/2019

VA - COD. RENAVAM - CPF / CNPJ: 01 1022231550 57460795372 PLACA: PMY7190

MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITE

ANO FAB: 2014 COTA ÚNICA: PART. Nº CHASSI: 9C2NC4330ER004153

PREMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$): DENATRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): ICF (R\$): TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA: PARCELADO: DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.548.408/0001-04

MOTOR: NC43E3E004153

02289

014419727973
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

02289
PMY7190

COD. RENAVAM: 1022231550
239024-02289

ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014419727973
PPT 01 1022231550 0000000000 2018

NOME: MOISES PESSOA RDCCHA
MARACANAU /CE

CPF / CNPJ: 57460795372 PLACA: PMY7190/CE

PLACA /MT /UF: 9C2NC4330ER004153

ESPECÍFIC. TIPO: PAS/MDOTICICLO/MAD APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITED ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / OIL: 2P/OCV/291CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA

COIA ÚNICA: 1ª 2ª 3ª
VEIC. COIA ÚNICA: 1ª 2ª 3ª
VEIC. COIAS: 1ª 2ª 3ª

PREMIUM TARIÁRIO (R\$): 00/00/0000

OBSERVAÇÕES:

MARACANAU LOCAL: DATA: 06/02/2019

Assinatura: Igor Pontes
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419727973 BILHETE DE SEGURO DPVAT

57460795372 PMY7190/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 06/02/2019

VA: 01 57460795372 CPF / CNPJ: PLACA: PMY7190

RENAVAM: 1022231550 MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITE

ANO FAB: 2014 CAT. TAB: PART Nº CHASSI: 9C2NC4330ER004153

PRÊMIO TARIFÁRIO: 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00/00/0000

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: NC43E3E004153

022289

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

014419727973
RECIBO CE Nº

022289
PMY7190

022289
1022231550
239024-02289



ASSINATURA

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:

574.607.953-72

4 - Nome completo da vítima:

Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo:

Moises Pessoa Rocha

6 - CPF:

574.607.953-72

7 - Profissão:

autonomo

8 - Endereço:

Rua Maria de Sa Roziz

9 - Número:

439

10 - Complemento:

—

11 - Bairro:

Monguba

12 - Cidade:

Pacatuba

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

61.809-080

15 - E-mail:

Ssimplifica 1@gmail.com

16 - Tel (DDD):

(85) 9.8422.3351

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2999

8

CONTA:

1004561

4

AGÊNCIA:

—

CONTA:

—

—

—

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Pacatuba, 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Moises Pessoa Rocha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472221/19

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

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: 30/12/2019
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

MOISES PESSOA ROCHA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007622/20

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

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: 07/01/2020
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

MOISES PESSOA ROCHA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036874/20

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

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: 27/01/2020
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

MOISES PESSOA ROCHA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200043945 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES PESSOA ROCHA **Data do acidente:** 02/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.4)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472221/19

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

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: 30/12/2019
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

MOISES PESSOA ROCHA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036874/20

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

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: 27/01/2020
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

MOISES PESSOA ROCHA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	06/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES PESSOA ROCHA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02999-8

CONTA: 000001004561-4

Nr. Autenticação

BRABESCO0602202005000000000023702999000001004561168750 PAGO

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200043945

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES PESSOA ROCHA

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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200043945

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MOISES PESSOA ROCHA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200043945

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MOISES PESSOA ROCHA

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 tornozelo 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: **MOISES PESSOA ROCHA**

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

Banco: **237**

Agência: **000002999-8**

Conta: **000001004561-4**

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.

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz. 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba. Pacatuba. CE. 61.809-080.

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3357

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\$1.000,00 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco.

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 1004561 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vários)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Realiza, 27 de Dezembro de 2019.

Moises Pessoa Rocha

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba Pacatuba CE 61.809-080

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3357

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\$1.000,00 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 1004561 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vivo/não)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Realiza, 27 de Dezembro de 2019.

Moises Pessoa Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)