

RECEBEEMOS

25 JUL 2010

CHP 121 397 1/2010
CARTA DE SOLICITAÇÃO DE
EXCEÇÃO DE REGRA DE FOLHA



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Aparecida da Silva Santos,

RG nº 1712422-89, data de expedição 29/06/89,

Órgão SSPCE, portador do CPF nº 904.754.703-97,

com domicílio na cidade de Bonfá, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 5^{ta} Helena B. Parque Burandeira, nº 251,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Paulo Soares da Costa, cujo o condutor era

Paulo Soares da Costa.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda XBR 150 Bros KS Ano: 2007

Placa: HYPJ325 Chassi: 9C2KD03207R018027

Data do Acidente: 23/03/19

Local e Data: Barbalha - CE, 10.07.19

Maria Aparecida da Silva Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Aparecida F. Nobre
Condutora da Sra. Rosângela
Francisco Salviano de Lavor - Escrivão

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelo exposto, eu Cícero Daniel dos Santos dos Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.969-643-133, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PAULO SOARES DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.508.633-191,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PAULO SOARES DA COSTA,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.508.633-191, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M.E.T Renda: 2.193,17 e apresento os documentos comprobatórios:

RECEBIDO DE PAGAMENTO

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Sítio Lambedor</u>	Número:	<u>1505</u>	Complemento:
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>BARBALHA</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>63180-000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>88-97021593</u>

Local e Data: BARBALHA-CE. 10.07.2019

Cícero Daniel dos Santos Silva

Assinatura do Declarante

RECEBE MOUS
25 JUL 2019
Maria Geralda F. Almeida
Carteira de São José
CPN 21.457.7.2019

17/03/2010
 16/03/2010
 Cicero F. Motta
 e. 111.209
 ECEBEMOS

EMPREGADOR		Demonstrativo de Pagamento de Salário		
Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA				Referência ao Mês e Ano
Endereço SITIO LAMBEDOR Nº 1505 - ZONA RURAL - BARBALHA - CEARÁ				março-19
CNPJ 21.445.032/0001-70				
CÓDIGO	NAME DO FUNCIONÁRIO	CBO	FUNÇÃO	
25	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA		ADMINISTRADOR	
Car.	Descrição	Referência	Provenios	Descontos
001	SALARIO BASE	220:00	3.200,00	
973	INSS	11,00		352,00
987	IRRF S. SALÁRIO	7,50	0,00	54,83
MENSAGENS		Total dos Vencimentos	Total dos Descontos	
		3.200,00	406,83	
		Liquido a Receber>	2.793,17	
Salário Base	Base Cálc. INSS	Base Cálc. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc. IRRF
3.200,00	3.200,00	0,00	0,00	2.848,00
Fatura	EUPNEGADO			Fatura IRRF

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

Assinatura do Empregado

Data

28/03/2010 Cicero Daniel dos Santos Silva

8412300

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 02042251/0009-70 | CGF 08.106.848-0

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 577702044

Rota 06 13010 01 601800 - 1 Data de Emissão 11/06/2019

Nome PAULO SOARES DA COSTA

End. Postal RU STA HELENA 00251

PARQUE BULANDEIRA - BARBALHA - 63180000

Medidor 9181009 Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 621508633-91 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês da Referência	Data de Apresentação	Previsão Prox. Leitura
Jun/2019	11/06/2019	13/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda abaixo desse ícone:

Conjunto: 06/2019 DNU 10,72

Mês DICRI = 0,00 F

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
96,55	27,00%	26,06

Padrão Individual

Apuração Individual

DIC	Mensal	Trm.	Anual	Mensal	Trm.	Anual
FIC	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,65			2,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

460.070.007.0147.1405.2844.1300.0552

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Consum. Incl.	Consum. Fct	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 22389	22264	1,00	125	0,00	1,00	0,77248	96,55

11/06/19 18/05/19 32 DIAS 125 96,55

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATORIA REF 05/2019

CORRECAO MONETARIA DO MES

JUROS DO MES

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)

96,55

1,97

0,83

0,98

11,74



VENCIMENTO	18/06/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	112,07
------------	------------	---------------------	--------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	37,24
Transmissão	24,56
Distribuição	21,08
Encargos Setoriais	4,56
Total (MENOS)	29,52

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

139	125	130	120	127	122	121	176	165	157	173	122	134
Jun	Jun	Jul										

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros
CRF/CE 21.427.7



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B 4 | N° 573653960
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valente, 150 - CEP 60120-000 Fortaleza/CE
 CNPJ 07047261/0001-70 COF 36.100.996.3

Autorizada pelo ELETROBRÁS
 Poder Público - 10.406 de
 25 de junho de 2012

Esta é a segunda via de
MAI/2019

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2767309 DV **0**

VENCIMENTO
12/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
156,23

DESCRÍÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO

End. da Unidade Consumidora ST LAMBEDOR 01505 CABECEIRAS BARBALHA 63180000

RG / CPF / CNPJ 010.969.643-33 CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Livreto Ativo | Lotação Ativada | Comum | Consumo (kWh) | Consumo Incl. | Consumo Faturado

	20959	20772	1	187	0	187
TOTAL A PAGAR (R\$)	156,23					

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

187 0,40527 79,78

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Proxim. Leitura
13/05/2019	12/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

AEB7.1BC3.72EF.3408.6380.681F.F7F2.A693

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	40,21
TRANSMISSÃO	3,19
DISTRIBUIÇÃO	23,63
ENCARGOS SETORIAIS	5,36
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	3,39

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

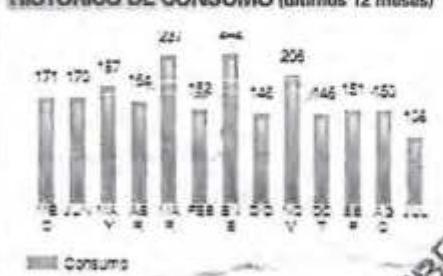
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 39,71

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual	Apuração Individual				
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIS (h)	10,15	20,30	40,61	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,37	14,74	29,49	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,38			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



RECEBE MOS
 25 JUL 2019
 Maria Gacimonde F. Nogueira
 Carteira de São José E. 11
 CMJ21.417747-2024



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou a encaminhamento pré hospitalar ao Sr. PAULO SOARES DA COSTA, portador do RG n.º 98029089825, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 621.508.633-91, no dia 23/03/2019, às 19h57, Município de Barbalha-CE, na Avenida Leônio Sampaio, próximo ao Espaço Luz, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicletas, sendo removido para o HRC – Hospital Regional do Cariri. E para constar eu, Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 03 de junho de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Marco Antônio Bezerra Rulim
SAMU 192 Ceará
192 Centro, Centro do Norte

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Centro de São José Espl.
CNPJ 21.347.754/0001-06

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: PAULO SOARES DA COSTA

Pront.: 172584 Data Nasc.: 24/03/1978 Idade: 40 ano(s) 11 mes(es) e 30 dia(s) Admissão: 23/03/2019 20:34

Mãe: JOVITA JOSEFA DA COSTA

Sexo: Masculino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63180-000

Bairro: BULANDEIRA

Tel.: 88 99268-5954

Endereço: RUA SANTA HELENA

Num: 1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador: ANTONIA RAFAELA PEQUENO DA ROCHA

Horário: 23/03/2019 20:36

Queixa:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO LESÃO EM COURO CABELUDO.

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua:

Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO

CRM: 6

Nº: 477378

Horário 23/03/2019 21:45

Acidente: Não Agressão: Não Peso:

P.A.:

Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM CAPACETE, NEGA PERDA TEMPORARIA DA CONSCIÊNCIA E VOMITOS. APRESENTA FERIMENTO COROTO-CONTUSO EM PÉ DIREITO.

AO EXAME:

- A. VIAS AÉREAS PERTURBADAS
- B. BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR
- C. HEMODINAMICA MANTIDA SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO
- D. GLASGOW 15, PIFR. SEM SINAIS FOCAIS
- E. FERIMENTO CORTO-CONTUSO NO PÉ. ABDOME INOCENTE.



Dr. Jacqueline L.
CRM-17609
Médica/Cirurgião

EBEMOS
11/3/2019

EXAME

Nome	Data Exame	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PE D AP/OBLIQ (0204060150)	23/03/2019 21:47	23/03/2019 21:47	Sim	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO

CRM 17609

23/03/19 21:47

Prescrição

Horário:



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1696 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/07/2019 09:01:42**
Data / Hora da Ocorrência: **23/03/2019 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LEÃO SAMPAIO**
Complemento:
Bairro: **Município: BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **ESPAÇO LUIZ**

Noticiante(s)

RECEBEMOS

Nome: **PAULO SOARES DA COSTA**
Nascimento: **24/03/1978** CPF: **621.508.633-91**
CNH: **05724480842** Orgão Emissor: **DETTRAN**
Filiação: **JUVITA JOSEFA DA COSTA**
FRANCISCO SOARES DA COSTA
Endereço: **AVENIDA PROJETADA F, 251**
Bairro: **PARQUE BULANDEIRA**
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL**

25 JUL 2019
UF: PI
Município: Barbalha F. Nota
Cidade: Juazeiro do Norte
CNPJ: 21.287.719/0001-11

CEP: **CE** Telefone: **(88) 99484-6996**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYP1325** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi: **9C2KD03207R018027** Renavam: **939179539** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

afirma o noticiante, advertido nas penalidades descritas nos art. 340 e 342, ambos do CP, que sofreu um acidente de trânsito na Avenida Leão Sampaio, próximo ao espaço Luz, no município de Barbalha; que estava pilotando a motocicleta HONDA/NXR150 BROS KS, ANO 2007, COR VERMELHA, DE PLACA HYP-1325/Ce, Renavam 939179539, em nome de Maria Aparecida da Silva Santos, na via pública e ao efetuar a manobra para entrar na Rua que fica ao lado da pousada leão outra motocicleta, BROS, que vinha na Rua colidiu com seu veículo ocasionando o acidente de trânsito; Que desmaiou no local vindo a acordar no Hospital Regional do Cariri de Juazeiro do Norte; que não sabe dizer nada sobre o outro motociclista, pois o noticiante desmaiou na hora do acidente; que o SAMU foi chamado e compareceu no local; que em razão do acidente sofreu lesão na clavícula e quebrou dois dedos do pé direito; Que registra o presente Bo para fins de seguro DPVAT; Que foi expedido guia de exame de corpo de delito e nada mais.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

x Paulo Soares da Costa.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019464195



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1696 / 2019

FRANCISCO SILVANO REINALDO FILHO - MAT.: 300601-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Sávio da Costa.

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Cecília de F. Nobre
Cinthiaza de Sávio Ete
CNPJ:21.357.716-0001-05

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:	4 - Nome completo da vítima:
	621.508.633.91	PAULO SOARES DA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: PAULO SOARES DA COSTA	6 - CPF:		
7 - Profissão: SERVENTE	8 - Endereço: RUA SANTA HELENA	9 - Número: 251	10 - Complemento:
11 - Bairro: PR-BULANDEIRA	12 - Cidade: BARBALHA	13 - Estado: CEARA	14 - CEP: 63180-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 88.99246-5102		

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:	
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1957	CONTA: 000.388.333 (Informar o dígito se existir)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA:	CONTA: (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):	RECEBEMOS 25 JUL 2019
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	25 JUL 2019
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BARBALHA - CE 16-07-2019

Paulo Soares da Costa

Giovanni Lider Soares da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	621.508.633.91	PAULO SOARES DA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: PAULO SOARES DA COSTA	6 - CPF:		
7 - Profissão: SERVENTE	8 - Endereço: RUA SANTA HELENA	9 - Número: 251	10 - Complemento:
11 - Bairro: PR-BULANDEIRA	12 - Cidade: BARBALHA	13 - Estado: CEARA	14 - CEP: 63180-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 88.99246-5102		

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:	
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1957	CONTA: 000.388.333 (Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA:	CONTA: (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):	RECEBEMOS 25 JUL 2019
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	25 JUL 2019
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BARBALHA - CE 16-07-2019

Paulo Soares da Costa

Giovanni Lider Santos Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190446628 Vítima: PAULO SOARES DA COSTA

Data do Acidente: 23/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SOARES DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: PAULO SOARES DA COSTA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 1957

Conta: 0000038833-3

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190446628 **Vítima: PAULO SOARES DA COSTA**

Data do Acidente: 23/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SOARES DA COSTA

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.**

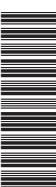
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SOARES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01957

CONTA: 00000038833-3

Nr. da Autenticação 99B8008821B98009

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0252240/19

Vítima: PAULO SOARES DA COSTA

CPF: 621.508.633-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: PAULO SOARES DA COSTA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

PAULO SOARES DA COSTA : 621.508.633-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/07/2019
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/07/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PAULO SOARES DA COSTA, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: Servente, portador(a) do RG 98029099825 órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 621.508.633-91, residente no(a) RUA STA HELENA
nº 251, bairro: P.D. BILANDEIRIA, município: BARBALHA I. CE

OUTORGADO:

Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: M.F.T, portador(a) do RG 2001016014115 órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 010969643-33, residente no(a) SITIO LAMBEDOR
nº 1505, bairro: ZONARURAL, município: BARBALHA I. CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima PAULO SOARES DA COSTA
CPF 621.508.633.91 data do acidente: 23/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: BARBALHA-CE 30.07.19

Paulo Soares da Costa

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ I. _____

Nome: _____	Assinatura de quem assina A ROGO
CPF: _____	

TESTEMUNHAS	Assinatura
1º Nome: _____	RECEBEMOS
CPF: _____	75/07/2019
TESTEMUNHAS	Assinatura
2º Nome: _____	Assinatura
CPF: _____	Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014141457139

VIA:

CÓD. RENAVAM:

01 939179539

R.N.T.R.C.

PERÍODO:

0000000000

2018

NOME:

MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

BARBALHA

CPF / CNPJ:

208251470072

PLACA:

HYP1325

CHASSI:

9C2KD03207R018027

DATA EMISSÃO:

2018

7/07/2018

PERÍODO:

0000000000

2018

DATA DE PAGAMENTO:

2018

VALOR:

180,65

DE:

0000000000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190446628 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SOARES DA COSTA **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO E OSTEOSÍNTESE COM FIO K. P3 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: PAULO SOARES DA COSTA

Pront.: 172584 Data Nasc.: 24/03/1978 Idade: 40 ano(s) 11 mes(es) e 30 dia(s) Admissão: 23/03/2019 20:34

Mãe: JOVITA JOSEFA DA COSTA

Sexo: Masculino

RG:

Município: BARBALHA

CEP 63180-000

Bairro: BULANDEIRA

Tel.: 88 99268-5954

Endereço: RUA SANTA HELENA

Num: 1

PRESCRIÇÃO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO

CRM 17609

23/03/19 21:47

Prescrição

DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA /
DOSE ÚNICA

CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% /
INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA

Horário:

22

22

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Paula Cecília F. Nobre
Criança de Sangros Especial
IMP J.21. #87.73.0001-06

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: PAULO SOARES DA COSTA	Prontuário: 172584	Admissão: 16/04/2019
Data Nasc.: 24/03/1978	Idade: 41 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s)	Sexo: Masculino
Mãe: JOVITA JOSEFA DA COSTA		RG:
Endereço: RUA SANTA HELENA	Bairro: BULANDEIRA	Telefone: (88) 99268-5954
		CEP:

ATENDIMENTO

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL	CRM: 16420	Nº Atendimento: 480583
Destino Interno: DECISÃO MÉDICA		

HDA/Exame Físico:

4º SEM PÓS-OP FRATURA EXPOSTA DO 3º PDD
EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
FO OK
RX FRATURA CONSOLIDADA
OO: ORIENTAÇÕES/RETIRAR FIO DE KIRSCHNER PÉ DIR/ALTA

EXAME

	Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

PREScriÇÃO

Prescrição	Horário:



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Carineide F. Nobre
Catulo da Paixão Cearense
21 8770001-06

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 27/03/19 16:32

Paciente: PAULO SOARES DA COSTA

Prontuário: 172584

Dt. Nascimento: 24/03/1978

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 01A

Cirurgião: BRENO ABIMAE MACEDO CRUZ

Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar: SAUL CALDAS MIRANDA

2º Auxiliar:

Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE Circulante:

Instrumentador:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050470	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050470	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

RAQUI

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Potencialmente Contaminada	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	----------------------------	--------------------	----------

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA, ANTISEPSIA, CAMPOS

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE FP DO 3PDD COM FIO K INTRAMEDULAR

LMC

DEBRIDAMENTO

CURATIVO

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Dr. Breno A. Macêdo Cruz
Ortopedia - Traumatologia, 12 Garimpeiro F. Nobre
Girurgia do Ombro / Cotovelo, 12 Garimpeiro F. Nobre
CRM-CE 11.116, CRM-FE 2041 / REOR 1428
CRF-CE 21.487.739-F001-06



Data

220319
11

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RELATÓRIO ANÁTOMO PATOLÓGICO

NOME PAULO SOARES DA COSTA		SOLICITAÇÃO 27/03/2019 16:32	
PRONTUÁRIO 172584	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	CPF: RG: DAT/NASC 24/03/1978 IDADE 41.0	FONE CONTATO (88) 99268-5954
MÉDICO BRENO ABIMAI MACEDO CRUZ	CRM 13375		

PROCEDIMENTOS PROPOSTOS		
Código 0408050470	Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	Principal S

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
Código 0408050470	Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	Principal S

ANÁTOMO-PATOLÓGICO: NÃO

Natureza e Sede do Material:

Suspeita Clínica:

Dados Complementares:



25 JUL 2019

Maria Gericinide F. Nobre
Cirurgiã de São José dos Erê
Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte/CE
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

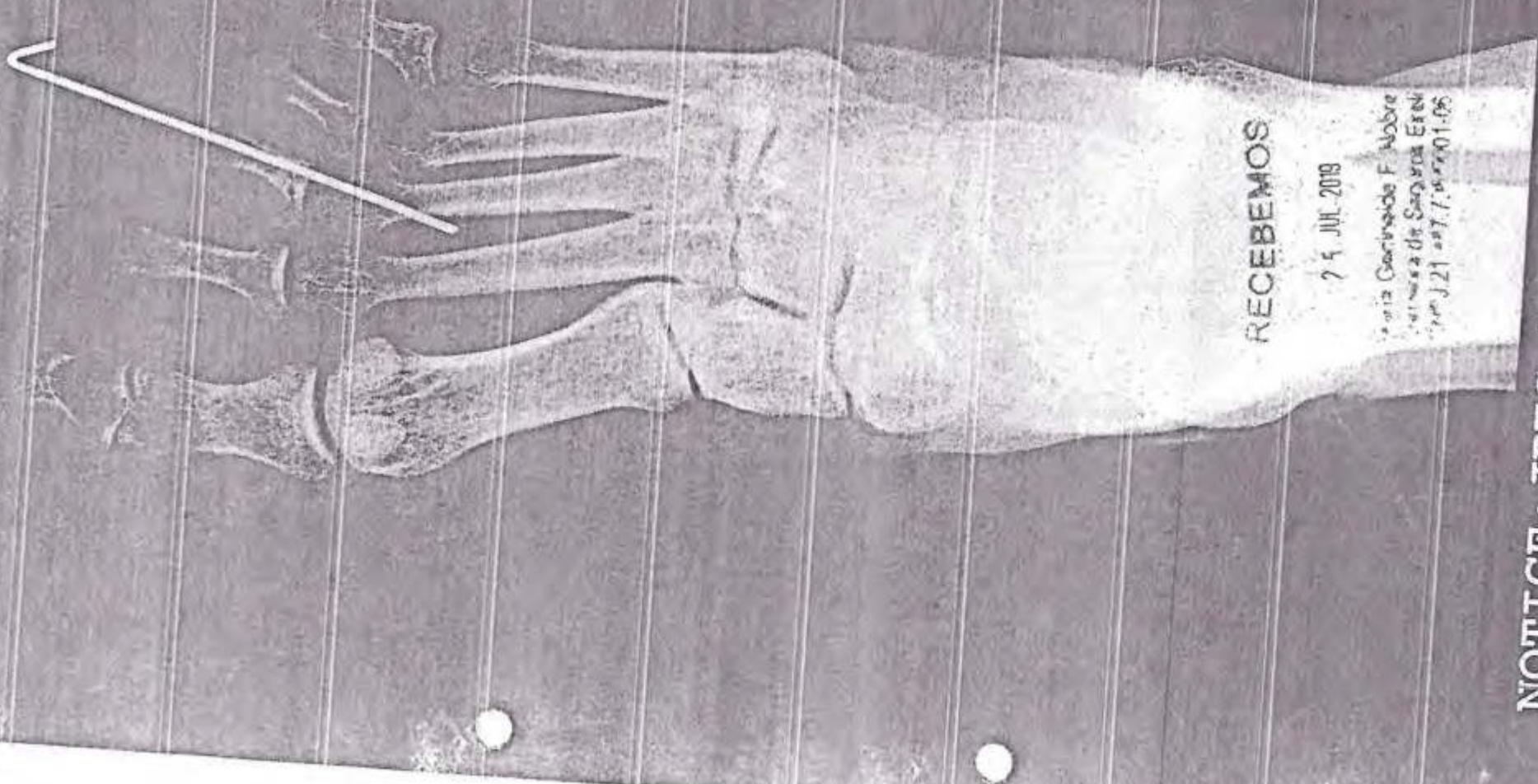
RX - Control

DR. JAMES L. HARRIS
312 N. WILMINGTON
WILMINGTON, DE 19801

BILL D. S.
SON 1870



NOT FOR COMMERCIAL USE



RECEBEMOS

24 JUL 2008

Centro de Física
Universidade Federal
do Paraná
Curitiba - PR
Brasil



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

PX - control



RECEBEMOS

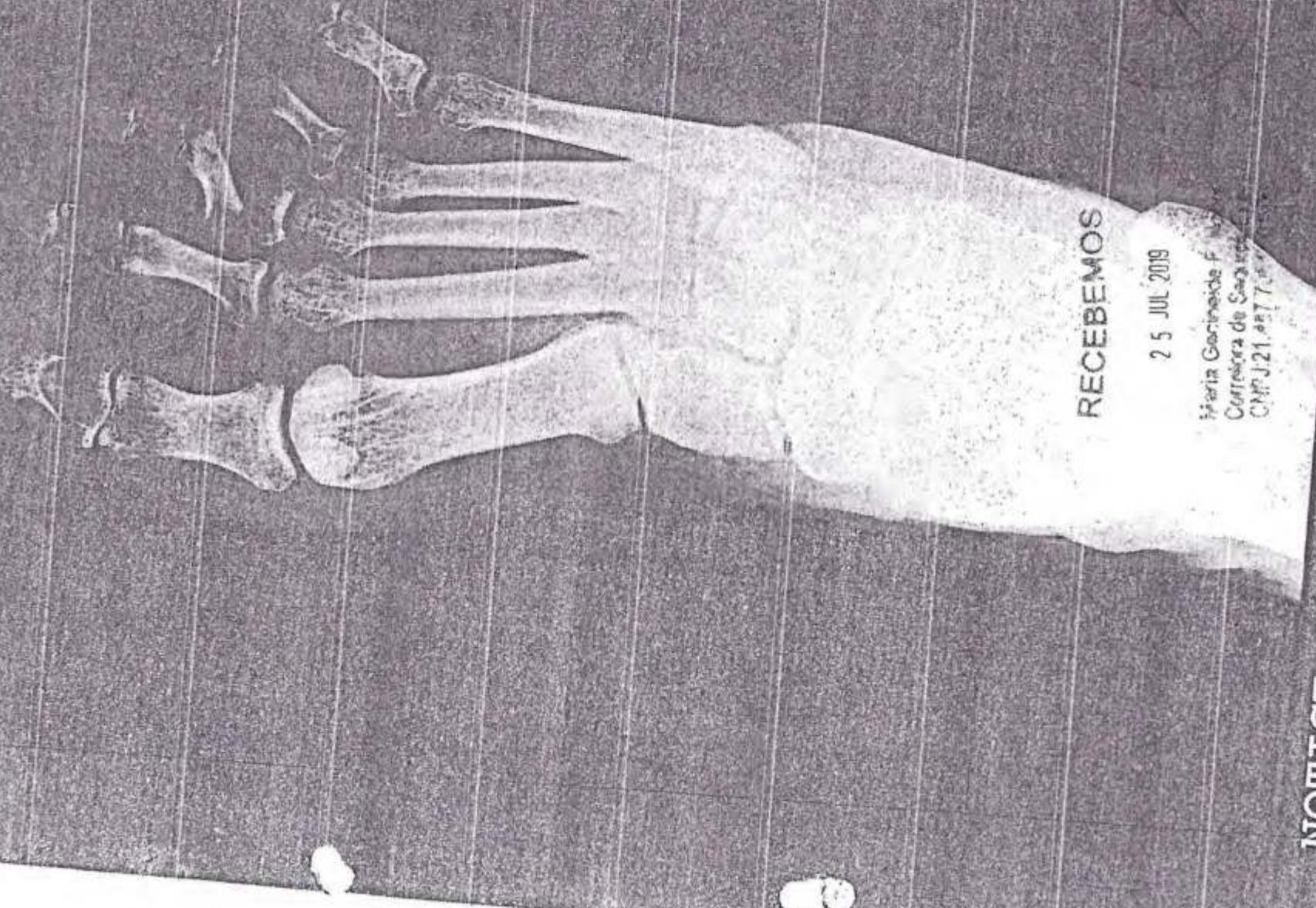
25 JUL 2010

raia Garmade F
Centro 4 de São
Paulo
01312-077

NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use

RX - colateral



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Hélio Góes
Coronel de São
Chico 21, apto 770

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: PAULO SOARES DA COSTA

Endereço: RUA SANTA HELENA

Bairro: BULANDEIRA

CEP: 63180-000

Num: 1

Idade: 41 ano(s) 0

Prontuário: 172584

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

Cidade: BARBALHA

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 03

Leito: 412

Internação 25/03/2019

17:14

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não.

Resumo Clínico

paciente admitido para tratamento cirúrgico, operado sem intercorrências, recebe alta melhorado

Exames Realizados

rx pe d

Terapêutica Utilizada

osteossíntese com fio de kirschner

Diagnóstico

S92 - FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S92	FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 28/03/2019

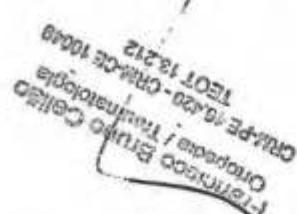
Observações Complementares

retornar ao ambulatório de ortopedia, na próxima DATA DISPONÍVEL

Responsável

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL

Data: 28/03/2019



Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Ass: Gerinide F. Nobre
Ass: de Saúdos Escol
Ass: J. 21. 2017. 00001-06



RECEIVED

75 W 77th

U.S. Government
Health and
Human Services



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

RECEBEMOS

25 JUL 2009

Avenida Getúlio Vargas
Centro de São Paulo
CEP 01211-010

NOTICE : JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Geralda F. Nodr.
Carmo de São José Erc
MFL21 0077-0001.0

NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

RECEBEMOS

76 JUL 2005

Características
de la Universidad de
Córdoba



NOTICE - THIS IMAGE IS FOR REFERENCE ONLY



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacimonde F. Nobre
Corriola de Sáuens, Ext.
CNPJ:21.487.700/0001-05



NOTICE - JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEJAMENTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME PAULO SOARES DA COSTA

DOCIDENTE / ORG. EMISSOR 98029089825 SEDP CB

CPF 621.508.633-91 **DATA NASCIMENTO** 24/03/1978

PAUTA FRANCISCO SOARES DA COSTA JUVITA JOSEFA DA COSTA

PERMISSÃO **ACC** **CALIBRE** A

Nº INSCRITO 05724480842 **VASOADE** 10/10/2022 **1ª HABILITAÇÃO** 04/03/2013

OBSERVAÇÃO:
SEM OBSERVAÇÃO;

Paulo Soares da Costa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE **DATA EMISSÃO** 19/10/2017

Juazeiro do Norte
Assinatura do Portador

95831359241
CE161804322

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARA

AUTENTICAÇÃO
A presente Cópia confere com o original exibido em Notas.
Dou fe. Barbalha/CE

03
AUTENTICAÇÃO
Nº HZ 031017 SAVY

03 JUL. 2019

*Marcelino Matias Torres - Titular
Ana Mano de São Bernardo Torres - Substituta
Mayara de São Bernardo Torres Lavor - Extravento
Francisco Lealvano de Lavor - Extravento
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO*

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497183811

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Correia de Sá e Sáros Exet
CNPJ 21.487.711/0001-10