

RECEBEMOS
25 JUL

25 JUL 2009
Maria Gabriela F. Alvarado
Corporación de Seguridad Etc.
C/10 J. 21. 2017. 1. 2009

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 Barbalhe, no Estado de

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

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

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

mencionado 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 NXR 150 Bros KS Ano: 2007

Placa: HYPJ325 Chassi: 9C2KD03207R018027

Data do Acidente: 23/03/19

Local e Data: Barbalho-CE, 10.07.19

• Maria Aparecida da Silva Santo

Assinatura do Declarante

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



RECEBEMOS

25 JUL 2019

María Germaine F. Abbre
Controladora de Seguros Exati
CHP 521 ANT 7 JUN 2001-05

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 RESSEGURO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CIGERO DANIEL DOS SANTOS DOS SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 010.969.643/33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PAULO SOARES DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.508.633/91,

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

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 621.508.633/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: AL.E.T Renda: 2.193,7 e apresento os documentos comprobatórios:

RECIBO DE PAGAMENTO

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>SITIO LAMBEDEO</u>	Número: <u>1505</u>	Complemento:
Bairro: <u>ZONARURAL</u>	Cidade: <u>BARBALHA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail:	CEP: <u>63180-000</u>	Tel.(DDD): <u>88-97021593</u>

Local e Data: BARBALHA-CE. 10. 07. 2019

Cigero Daniel dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS
25 JUL 2019
Marta Gacimide F. Nobre
Coordenadora de Seguros E
CNPJ 121.497.716/0001-00

Recebido F. Adore
- 18/03/2019
- 07/03/2019

7 de JUL 2019
ECEBEMOS

EMPREGADOR	Demonstrativo de Pagamento de Salário	
Nome	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA	Referente ao Mês e Ano
Endereço	SITIO LAMBEDOR Nº 1505 - ZONA RURAL - BARBALHA - CEARÁ	março-19
CNPJ	21.445.032/0001-70	

CÓDIGO	NOME DO FUNCIONÁRIO	CBO	FUNÇÃO
25	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA		ADMINISTRADOR

Cód.	Descrição	Referência	Proventos	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	
			Líquido a Receber ->	2.793,17	
Salário Base	Base Calc. INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Para IRRF
3.200,00	3.200,00	0,00	0,00	2.848,00	0

2ª VIA - EMPREGADO

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

28/03/2019

Cicero Daniel dos Santos Silva

ASSINATURA E TÍTULO

8412300

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60735-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07042281/0001-70 | CDF 08.106.848-3

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 da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2019	11/06/2019	13/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta	Mês	DISQ
Jun/2019	Jun/2019	28,72
		DISQ = 0,00

ICMS

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

Padrão Individual

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
5,07	15,21	28,32	0,00	0,00	0,00
DIC	3,17	6,35	12,76	0,00	0,00
FIC	2,55		2,00		
DMIC					

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4000.0710.0000.0149.1405.2844.1380.0552

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Ret.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
22389	22264	1,00	125	0,00	125	9,77248	96,55
11/06/19	10/05/19		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



AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido em Notas. Doula, Barbalha - CE

03 JUL 2019

Barcelino Manoel Torres - Titular
Ayla Maria de Sá Barros Torres - Substituto
Miyone de Sá Barros Torres Lavor - Escrevente
Francisco Silvestre de Lavor - Escrevente

VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

VENCIMENTO 18/06/2019

TOTAL PAGAR (R\$) 112,07

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	37,24
Transmissão	2,06
Distribuição	21,06
Encargos Setoriais	4,56
	29,59

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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

RECEBEMOS

25 JUL 2019
Maria Gacindaide F. Nogueira
Coordenadora de Serviços
CPF: 21.487.744-01

enei

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B (Série B.4) N° 573653960

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 160 - CEP 60.205-040 - Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | Cof. de 100 Btus

A Tarifa Social de Energia Elétrica

Fora de validade em 10/06/2019
25 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 28 013014 01 0119700

Medidor

Poste

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

12163791

0000 0

Endereço Postal

Esta é a segunda via de
MAI/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2767309

0

VENCIMENTO

12/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

156,23

End. da Unidade

ST LAMBEDOR 01505 CABECEIRAS BARBALHA 63180000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ

010.969.643-33

CGF

Classe

B2 - 04-RURAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

20959

20772

1

187

0

187

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

187

0,40527

75,78

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:
Apresentação

Prev. Próxima
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\$)

Aliquota

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

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,48

MULTA MORATORIA

1,11

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

16,70

PLANO ODONTO SYSTEM

62,16

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,78)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Compensação Ecológica (kg CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

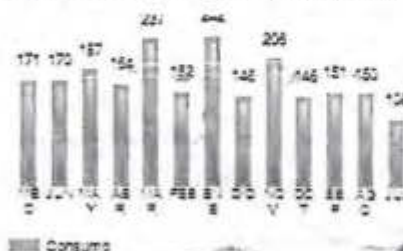
Você a legende no verso desta conta. CM: 39,71

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês MAR/ 2019

DIC (h)	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (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)



RECEBEMOS
25 JUL 2019


Maria Gacinda F. Albuquerque
Corredora de Serviços
CNPJ 21.447.744/0001-11



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 o atendimento 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 Leão 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 Lóiola, 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 Antonio Bezerra Rulim
Diretor Regional de Atm.
192 Base Operativa do Norte

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacimilde F. Nobre
Coordenadora de Serviços Exec.
CPF: 21.487.744-01-06

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.:

Exo: 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 PERVIAS

B. BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR

C. HEMODINAMICA MANTIDA SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO

D. GLASGOW 15. PIFR. SEM SINAIS FOCAIS

E. FERIMENTO CORTO-CONTUSO NO PE. ABDOME INOCENTE.



Dr. Jacquelyn L
CRM-11110
Médica/Cirurgia - G

CEBEMOS

11/03/2019

EXAME

Paulo Soares da Costa
CPF: 172584-001-05

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

PRESCRIÇÃO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO

CRM

17609

23/03/19 21:47

Prescrição	Horário:
------------	----------



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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)

Nome: **PAULO SOARES DA COSTA**
Nascimento: **24/03/1978** CPF: **621.508.633-91**
CNH: **05724480842** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **JUVITA JOSEFA DA COSTA**
FRANCISCO SOARES DA COSTA
Endereço: **AVENIDA PROJETADA F, 251**
Bairro: **PARQUE BULANDEIRA** CEP:
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99484-6996**

RECEBEMOS

25 JUL 2019

UF: **CE**
Município: **Barbalha**
Nome: **Maria Genivalda F. Nobre**
Cargo: **Controladora de Serviços Externos**
CPF: **21.487.710-01**

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 :

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Consolidado em: 10/07/2019 09:05:35

Pág. 1 de 2

Impresso em: 10/07/2019 09:05:35

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 Nº 421 - 1696 / 2019

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Santos da Costa.

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

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

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Mariza Genesio F. Nobre
Coordenadora de Segurança Exter
CEP: 21.457.718/2019-05

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:

621.508633.91

PAULO SOARES DA COSTA

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

PAULO SOARES DA COSTA

SERVENTE

RUA SANTA HELENA

251

PR-BULANDEIRA

BARBALHA

CEARA

63180.000

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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1957

CONTA: 000.386.33

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

RECEBEMOS

25 JUL 2019

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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BARBALHA - CE 16-07-2019

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:

621.508633.91

PAULO SOARES DA COSTA

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:
PAULO SOARES DA COSTA
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
SERVENTE RUA SANTA HELENA 251
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
PQ-BULANDEIRA BARBALHA CEARA 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:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1957 CONTA: 000.386.33 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ 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):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 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: 000000038833-3

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

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 23/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO SOARES DA COSTA

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PAULO SOARES DA COSTA, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
Profissão: Servente, portador(a) do RG 9802909825 órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 621.508.633-91, residente no(a) RUA STA HELENA
nº 251, bairro: POBILANDEIRA, município: BARBALHA I. CE

OUTORGADO:

Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: M.E.T, portador(a) do RG 2001016014116 órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 010969643-33, residente no(a) SITIO LAMBEDOR
nº 1505, bairro: ZONA RURAL, 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)

Impressão digital



02 CARTÓRIO 1º OFÍCIO Barbalha - CE	Reconheço a(s) Firma(s) de <u>PAULO SOARES DA COSTA, POR QUANTIDADE 10 - 11</u>
	10 JUL. 2019
<small>() Bel. Marcelina Maeli Torres - Tabelião () Bel. Ayla Maria S. B. Torres - Substituta () Mayara de S. B. Torres Lavor - Escrevente () Francisco Saliviano de Lavor - Escrevente</small>	

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: _____ CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura	RECEBEMOS 7 de JUL 2019 Assinatura Maria Carolina F. Nobre -segura de Seguros Erel 9/21 227.730.0011-05
TESTEMUNHAS 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

BETRAM - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014141457139

VIA 01 CÔD. RENAVAM 939179537 R.N.T.R.C. 0000000000 DATA 2018

NOME MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

BARBALHA

CPF / CNPJ 90475470397 PLACA HYP1325/CE

CHASSI 9C2KD03207R018027

ESPECIE TIPO HUB/MOTOCICLO/MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. 2007 ANO 1.º ANO 2.º ANO 3.º

CAP. POT. CIL. 150 15 2

CATEGORIA 2 COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENO / COTAS 1

PREMIO TARIFARIO 180.65

DATA DE EMISSÃO 07/07/2018

LOCAL BARBALHA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS DO NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014141457139 BILHETE DE SEGURO DPVAT

90475470397

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

014141457139

63561238474

VIA 01 CÔD. RENAVAM 939179537 R.N.T.R.C. 0000000000 DATA 2018

NOME MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

BARBALHA

CPF / CNPJ 90475470397 PLACA HYP1325

CHASSI 9C2KD03207R018027

ESPECIE TIPO HUB/MOTOCICLO/MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS KS

ANO FAB. 2007 ANO 1.º ANO 2.º ANO 3.º

CAP. POT. CIL. 150 15 2

CATEGORIA 2 COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENO / COTAS 1

PREMIO TARIFARIO 180.65

DATA DE EMISSÃO 07/07/2018

LOCAL BARBALHA

014141457139
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

RECEBEMOS

25 JUL 2018

Maria Getíndez F. Nobre
Concedida de Seguro Eret
CNPJ 021.007.700/01-06

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 02.046.002/0001-04

MOTOR 9C2KD03207R018027

A presente cópia confere com o original exibido em Notas.

Dou fe. Barbalha/CE

03 JUL 2018

Margolino Manoel Torres - Titular

Aut. Maria de Sá Barros Torres - Substituta

Aut. Francisco Salgado de Lencastre - Escrivão

VALIDO SOMENTE COM A AUTENTICACAO

04533

HYP1325

CÔD. RENAVAM

939179537

194308 04533

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

Horário:

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

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Mariza Gacineide F. Nobre
Coordenadora de Serviços Especializados
CNPJ 21.447.738/0001-05

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 RG:
 Mãe: JOVITA JOSEFA DA COSTA Telefone: (88) 99268-5954
 Endereço: RUA SANTA HELENA Bairro: BULANDEIRA 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
 ORIENTAÇÕES/RETIRAR FIO DE KIRSCHNER PÉ DIR/ALTA

CRM-PE 16420 - ORLACE 10049
 TEOT 18.212
 Francisco Bruno Celio
 Oftalmologista

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Goreteide F. Nobre
 Gerente de Serviços Externos
 11/07/2019 17:00:01-06

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 27/03/19 16:32

Paciente: PAULO SOARES DA COSTA

Prontuário: 172584

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

1º Auxiliar: SAUL CALDAS MIRANDA

Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 24/03/1978

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 01A

Anestesiologia: ** Não Informado **

2º Auxiliar:

Circulante:

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
-----------------------	----------------------------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO 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
Cirurgia do Ombro / Cotovelo
CRM-CE 13.375 - CRM-PE 20041 / TEOT 14526

Dr. Garimide F. Nobre
Cirurgia de Sangue e Exat
CRM-CE 21.437.738 / CRM-PE 2001-06



Data

27/03/19

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 ANATOMO PATOLÓGICO

NOME PAULO SOARES DA COSTA			
PRONTUÁRIO 172584		SOLICITAÇÃO 27/03/2019 16:32	
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 ABIMAEI MACEDO CRUZ		CRM 13375	

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

ANATOMO-PATOLÓGICO: NÃO

Natureza e Sede do Material:

Suspeita Clínica:

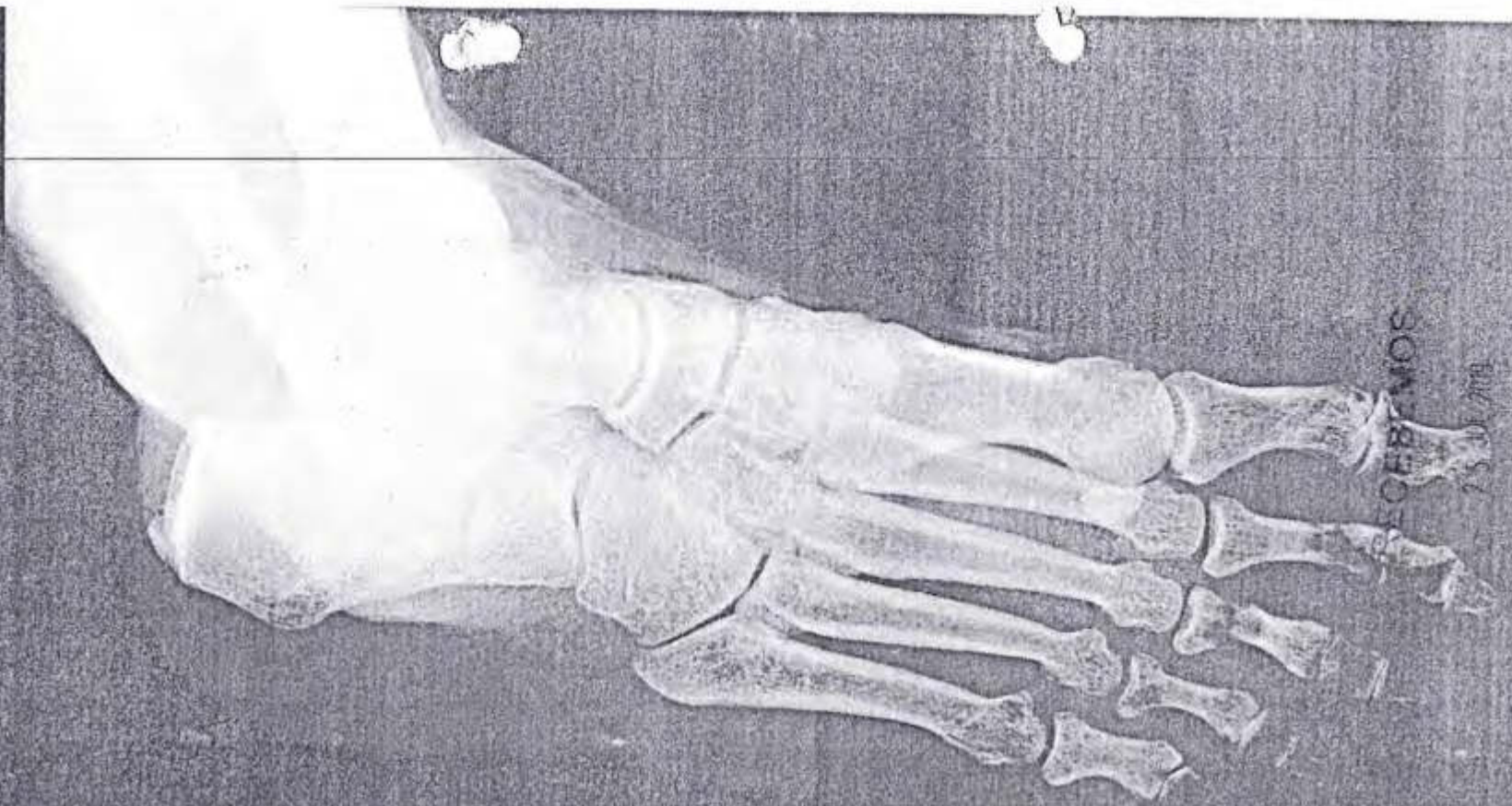
Dados Complementares:



25 JUL 2019

Maria Goreteide F. Nobre
Clínica de Sangue e Erel
Camp. 124 Norte, CE 63041-162

Rx-Contral



25 DE 2018
Centro de Diagnóstico e Imagem
Rua da Liberdade, 1000
Fone: (11) 3061-1234

SOEBSIMOS



NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use



RECEBEMOS

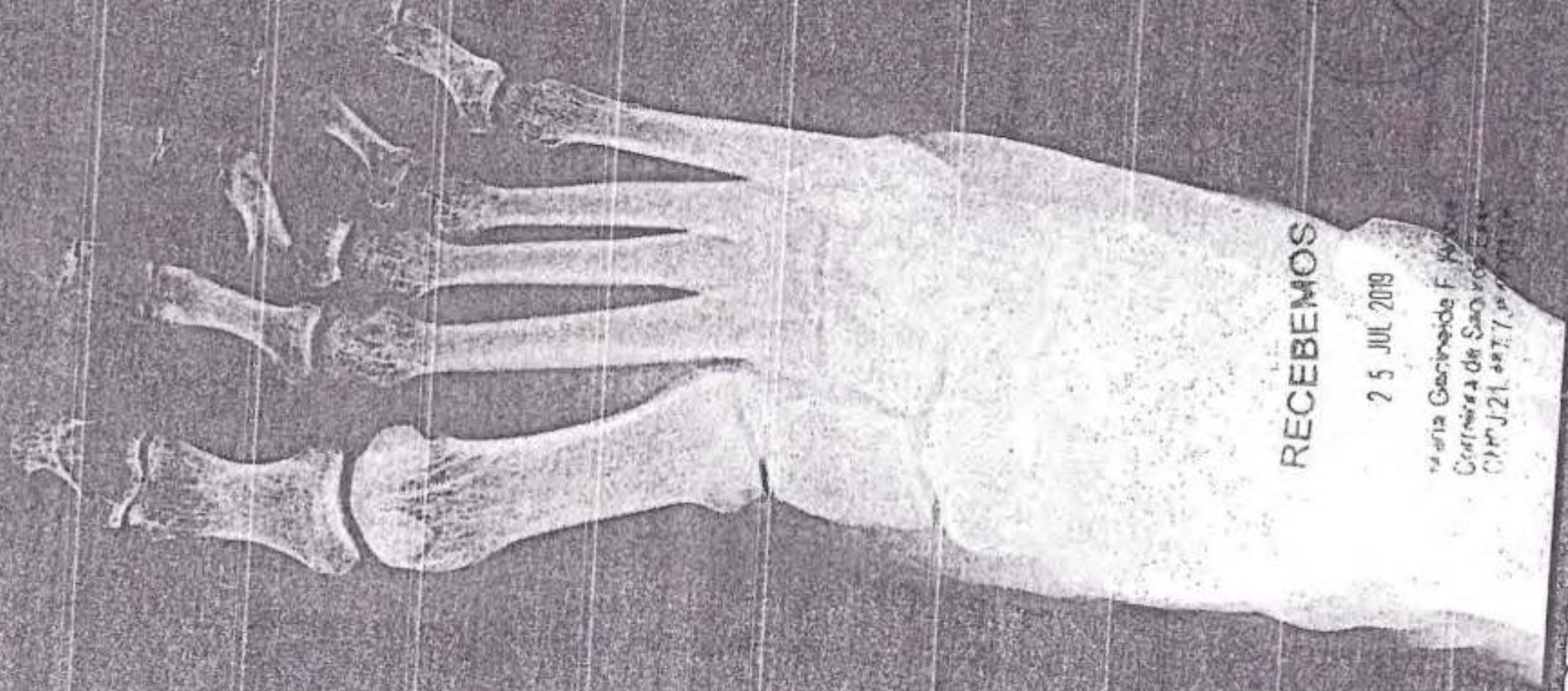
25 JUL 2018

Dr. Carlos F. Moore
Unidade de Sangue Erit
21 07 18 01:05



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

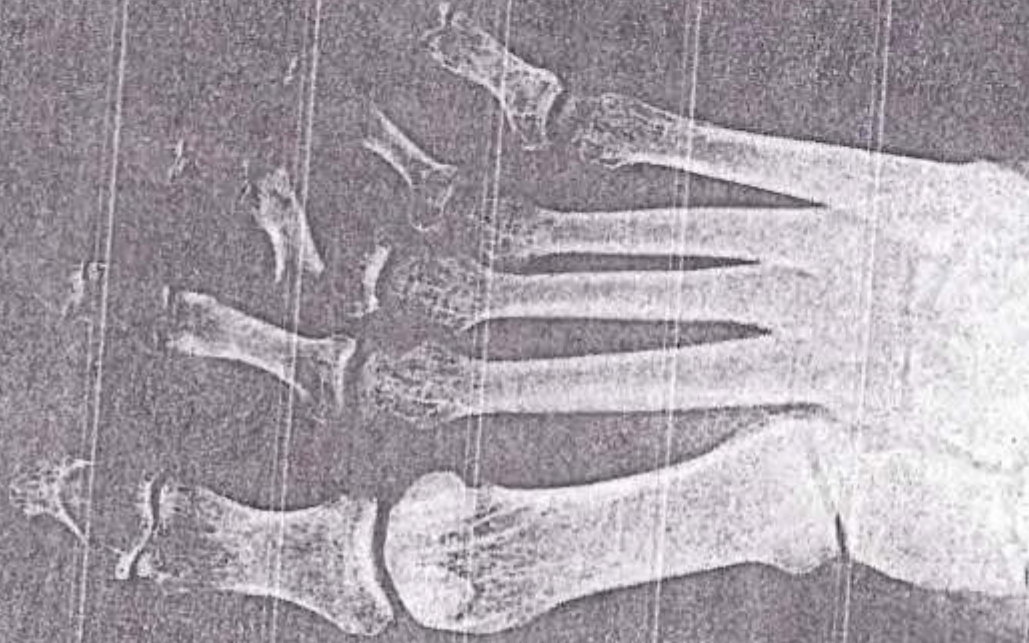
RX - Control



NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use

RX - control



RECEBEMOS

2 5 JUL 2019

Maria Goreti de F.
Clínica de São João
CMR J21.057

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

UF: CEARÁ

Cidade: BARBALHA

Prontuário: 172584

Sexo: Masculino

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 cirurgico. 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

FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 16.420 - CRI-CE 10049
TEOT 13.212

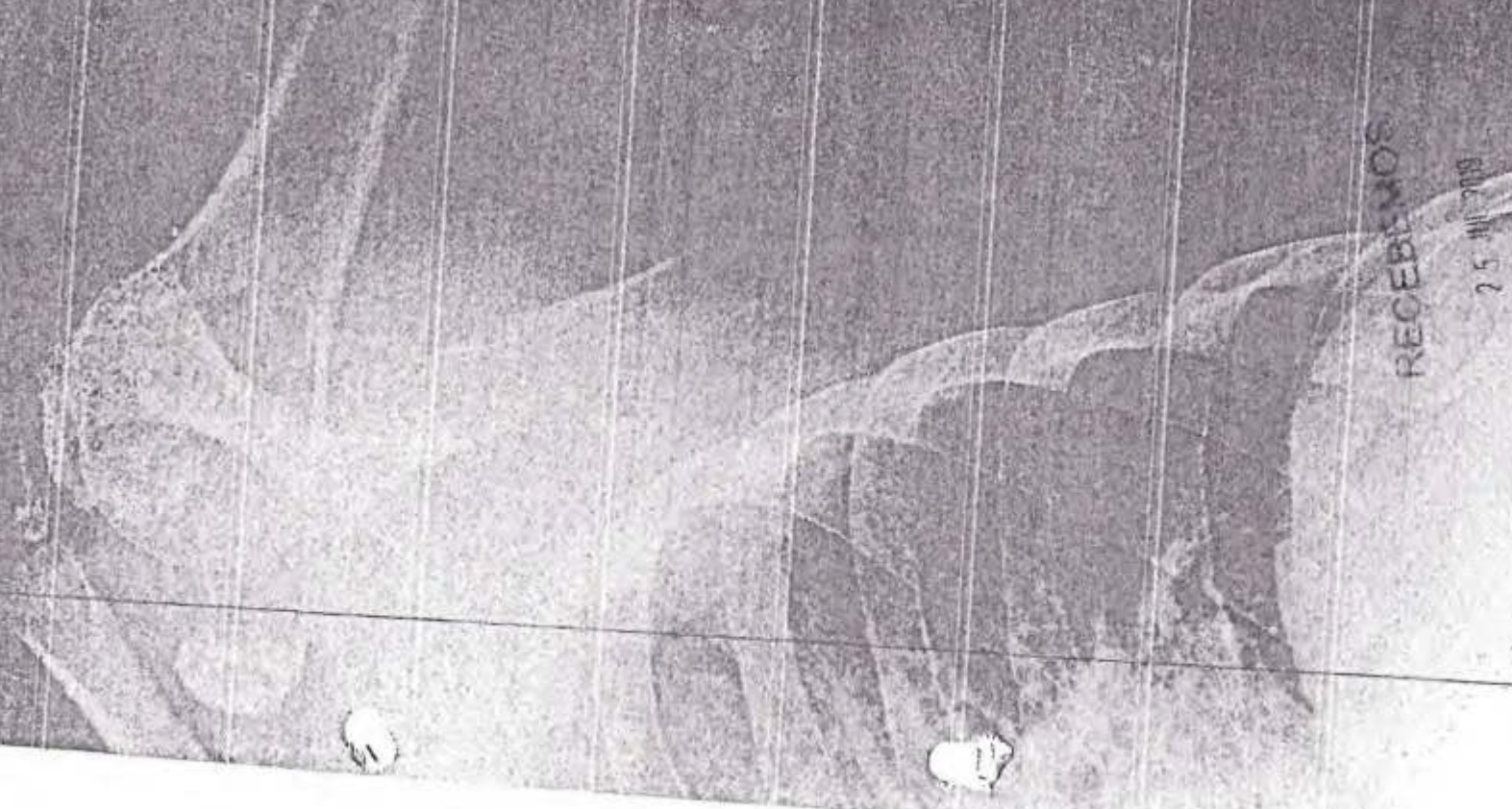
Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Carineide F. Nobre
Téc. de Saúde
21.07.2019





RECEBIMOS

25 JUN 2003

RECEIVED
OFFICE OF THE
ATTORNEY GENERAL
JUL 1 2003



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use

RECEBEMOS

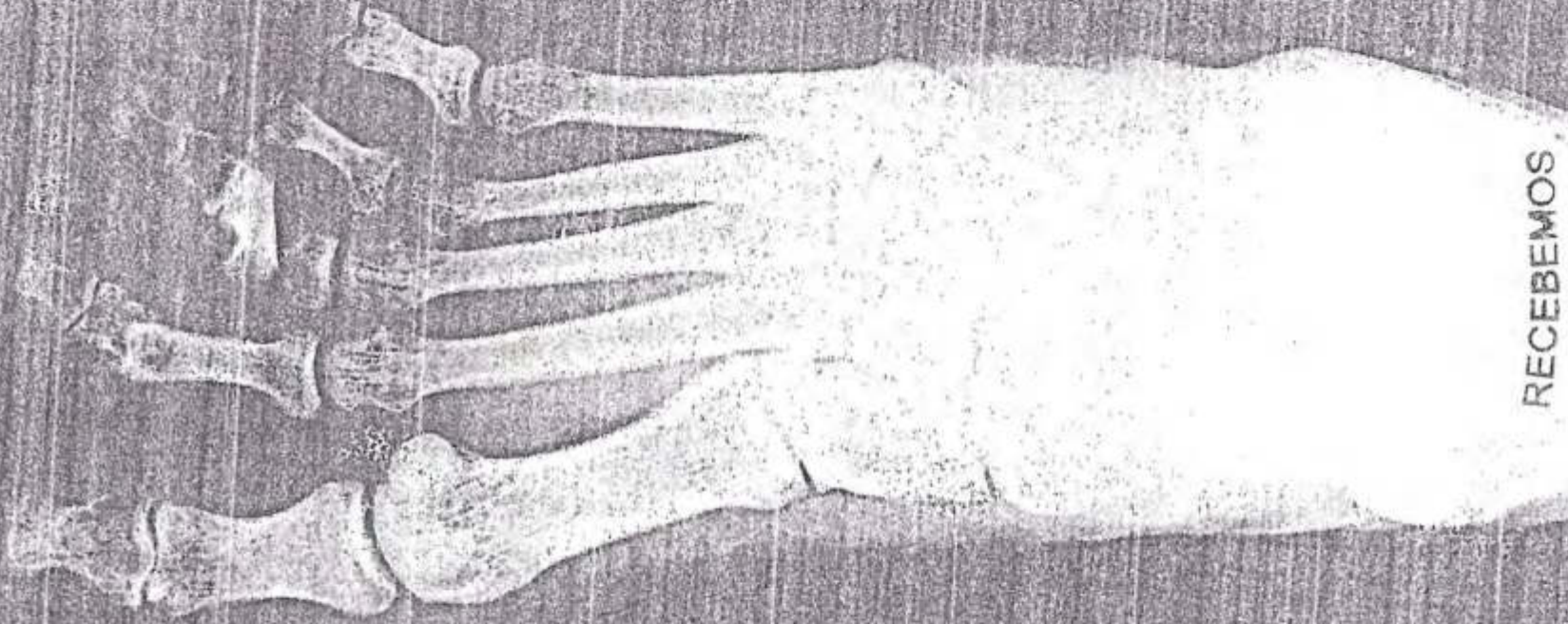
25 JUL 2019

Alma González F. Rodríguez
Comité de Estudios
C.M. 121 227 (100)



NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Goretti F. Nobre
Centro de Saude Eixo
CHP J21, 00770-000, RJ

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



NOTICE: IPEC image for reference

RECEBEMOS

7-5 JUL 2015

Dr. Carlos F. Rojas
Centro de Salud de Cariari
Cariari, Costa Rica



RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gabriela F. Nogueira
Coordenadora de Serviços Externos
CHP/J-21-487 / 10/0001-05



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
PAULO SOARES DA COSTA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR UF
98029069825 SEP CE

CPF
621.508.633-91

DATA NASCIMENTO
24/03/1978

RELAÇÃO
FRANCISCO SOARES DA COSTA
JUVITA JOSEFA DA COSTA

PERMISSÃO
ACC
CATIVA
A

Nº REGISTRO
05724480842

VALIDADE
10/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
04/03/2013

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador
Paulo Soares da Costa

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
19/10/2017

Assinatura do Emissor
95831359241
CE161804322

CEARA

03

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido em Notas.
Deu fe. Garibaldi/CE

04 JUL. 2019

AUTENTICAÇÃO
Nº HZ 031017

SAVY

Francisco Manoel Torres - Titular
Arya Maria de Sá Barros Torres - Substituto
Mayara de Sá Barros Torres Lavour - Estrevente
Francisco Salviano de Lacerda - Estrevente
VALIDO QUANTO COM SELLO DE AUTENTICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1497183811

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497183811

RECEBEMOS

25 JUL 2019

Maria Gacimilde F. Nobre
Correio de São José ERE
CNPJ 21.487.715/0001-06