

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 371.689.913-53 4 - Nome completo da vítima: João Batista Oliveira

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

5 - Nome completo: João Batista Oliveira 6 - CPF: 371.689.913-53
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua Ramundo Goldencio Braga 9 - Número: 71 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Pedro 12 - Cidade: Itapagé 13 - Estado: PE 14 - CEP: 62600-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 987241586

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0852 4 CONTA: 34438 9
(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 (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) ☐ Divorçado ☐ 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 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, Itapagé 28.10.2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 465 - 1400 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **28/08/2019 09:28:53**Data / Hora da Ocorrência: **22/06/2019 07:30:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro: **PEDRA BRANCA**Município: **ITAPEJÉ/CE**Ponto de Referência: **CASA DO SENHOR RAIMUNDO FIDELIS**

Noticiante(s)

Nome: **JOÃO BATISTA OLIVEIRA**Nascimento: **24/06/1952** CPF:RG: **20078714731**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **RAIMUNDA OLIVEIRA DA SILVA****RAIMUNDO NONATO DA SILVA**Endereço: **RUA RAIMUNDO GALDENCIO BRAGA, 71**Bairro: **PEDRA BRANCA**

CEP:

Município: **ITAPEJÉ/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 9144-7184**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXM7431** Uf: **CE** Município: **ITAPEJÉ** Chassi:**9C2MD28001R022675** Renavam: **777302560** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XR 200R** Ano Fabricação:**2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**Proprietário: **JOAO BATISTA OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇOS ACIMA MENCIONADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRA QUALIFICADA, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NAO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL LOCAL FUSEC E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA; QUE SOFREU FRATURA NO BRACO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO O CORPO; QUE ESTA AGUARDANDO PARA REALIZAR UMA CIRURGIA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJÉ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSIVAN DA ROCHA SILVA - MAT.: 30105214

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João Batista Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

THIAGO REZENDE TATAGIBA - MAT.: 30123832

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 371.689.913-53 4 - Nome completo da vítima: João Batista Oliveira

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

5 - Nome completo: João Batista Oliveira 6 - CPF: 371.689.913-53
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua Ramundo Goldencio Braga 9 - Número: 71 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Pedro 12 - Cidade: Itapagé 13 - Estado: PE 14 - CEP: 62600-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 987241586

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0852 4 CONTA: 34438 9 (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 (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) ☐ Divorçado ☐ 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 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, Itapagé 28.10.2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

#8:20h — (22106719)

Pete deve entrar na emergência em cadeira de rodas, vítima de atropelamento por carro, apresenta perfuração no ombro esquerdo, realizar análise e transpido para Fontes aguardando liberação de vaga pela Central de Leitos.

José Edino de Sousa Pinheiro
Especialista em
COREN - CE - 579.595

1243008

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

enel

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.Companhia Energética do Ceará
RUA PIAUI, 150
CIP 00135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 01047251/0001-70 | CEF 06.905.848-0

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

000419009

Referência: 08/2019

Rota IJ001L03

Nome JOAO BATISTA OLIVEIRA

Endereço RUA RAIMUNDO GALDENCIO BRAGA, 00071, SAO PEDRO,
62600-000, ITAPAJÉClassificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásica

ÁREA RESERVADA AO FISCO

2F60P583EF0K57060541E22697D45473

Emissão: 06/08/2019

Medidor: 954102-SCH-001

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA

P.F.: 29 dias

Anterior: 08/07/2019

Atual: 06/08/2019

Próxima prevista: 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

| Ponto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Cont. | Consumo Ant. (kWh) | Consumo Int. (kWh) | Consumo Tot. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|-------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------|
| PF | 34.760 | 34.654 | 1,06 | 106 | 0 | 106 | 0,80774 | 85,62 |

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
CONSUMO
JUROS MORATÓRIOS
ADICIONAL BAND. AMARELA
ADICIONAL BAND. VERMELHA
DMIC
COB CREDITO CREFAZ 0800 0525051

TARIFA

VALOR (R\$)

| | |
|---------|--------|
| 0,80774 | 15,07 |
| - | 85,62 |
| 0,01783 | 0,39 |
| 0,01236 | 1,89 |
| - | 1,31 |
| - | -0,04 |
| - | 113,42 |

| Tributo: | Base (R\$): | Alíquota (%): | Valor (R\$): |
|----------|-------------|---------------|--------------|
| ICMS | 88,82 | 27,00 | 23,98 |
| PIS | 88,82 | 1,35 | 1,17 |
| COFINS | 88,82 | 6,16 | 5,45 |

VENCIMENTO

13/08/2019

TOTAL A PAGAR

217,66

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂)

41,38 | 0,00

Companhia Energética (CECEJA)

0,00%

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 09/07 - 31/07 Vermelha :
01/08 - 06/08

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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Raimundo Rodrigues Bastos Filho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 813.336.413 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Batista Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 371.689.913 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima João Batista Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 371.689.913 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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>Rua Lamartini Martins Zales</u> | Número: <u>39</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Santa Rita</u> | Cidade: <u>Itapaci</u> | Estado: <u>CE</u> |
| E-mail: _____ | CEP: <u>62.600-000</u> | |
| Tel. (DDD): <u>(85) 987241586</u> | | |

Local e Data:

Itapaci 28.10.2019.

Raimundo Rodrigues Bastos Filho

Assinatura do Declarante

#8:20h — (22106719)

Pete deve entrar na emergência em cadeira de rodas, vítima de atropelamento por carro, apresenta perfuração no ombro esquerdo, realizar análise e transpido para Fontes aguardando liberação de vaga pela Central de Leitos.

José Edino de Sousa Pinheiro
E. Intermed
COREN - CE - 579.595

**SUS**Sistema Único
Ministério da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DA ABELARDY
CADETE DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Batista Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

34616

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7026084691338446

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/06/51

9 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Reimundo Oliveira da Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. São Domingos 190 Pacheco

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caucaia

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

230370 e 261600040**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma em ombro (D) há + 24 dias

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cirúrgico

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

frat. úmero proximal

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO cirúrgico de fratura úmero proximal

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

03080401

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. MAURO CAVALCANTI

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Mauro Cavalcanti
CRM 5242**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

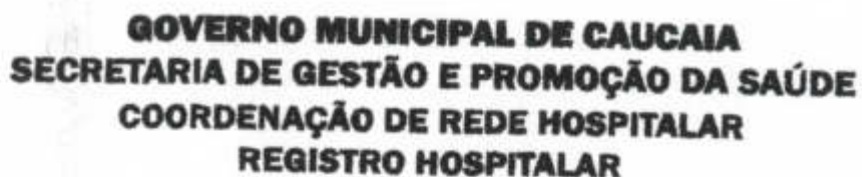
25/07/19

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

Dr. Mauro Cavalcanti
CRM 5242

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2311 011122 025/07/2019



NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

24.06.52

IDADE:

66 ans

COR:

SEXO:

u

ESTADI CIVIL:

Умѣно

NATURALIDADE:

2

Nº IDENTIDADE:

2007871473-1

Nº CPF

371689 of 3. 53

CERT. NASCIMENTO N°

PAIS: Raimundo Nonato da Silva / Raimundo Oliveira da Silva

ENDEREÇO DO PACIENTE:

D. Sri Amunoz

N

1990

BAIRRO: *Palmeira*

pacifico

MUNICIPIO: Quacru

PHONE: 980 559 519

NOME DO RESPONSÁVEL:

0 mesmo

PHONE:

ENDERECO DO RESPONSÁVEL:

○ ulymo

DATA DE ADMISSÃO: 16.07.19

HORA DE EMISSÃO 20:00

1

FUNCIONÁRIO: *Arre vito*

MÉDICO ASSISTENTE:

HISTÓRICO CLÍNICO:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ASSINATURA

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: João Batista Oliveira N° PRONTUÁRIO: 34616

| DATA | ANOTAÇÕES | ASSINATURA CARIMBO |
|----------|--|---|
| 16/07/19 | HD: Trat. útero proximal BEG al. fúlvor ou dor. Bom perfuração de MMSS. OD: Internação p/ TCO cirúrgico | |
| 17/07 | # 1º EXAME DA DOR DO ÚTERO; - ESTIMUL. PÓS-OPER. NO ÚTERO; - DIL. / CÂMERA PÓS-OPER. ÚTERO. - 2) AMESSA EM SOS. | Dr. Mauro Parolha Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15.108 |
| 18/07/19 | fratura do útero proximal GRAVE, LATE, BEG NEGA LESÕES ALGICAS CD. Acompanhamento transperineal BEG CRU | Dr. Osvaldo Bitu Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15.108 |
| 11-30h | Paciente Relata Manter em TAPAJE. Informa que o médico de plantão Acompanha CRU NO MONITOR DE ANÁLISE. | Dr. Marcos Aurélio S. Medeiros Ortopedia e Traumatologia CREMEC 12081 |
| | | Dr. Marcos Aurélio S. Medeiros Ortopedia e Traumatologia CREMEC 12081 |



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

JP

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **MUNICÍPIO MUNICIPAL DE CAUCAIA**

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARD

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

18 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒

Fem ☐

16 - NOME DA MÃE DO RESERVISTA

000

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 2690 TEOT: 11925

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO

Dr. Vanderlan Fchin
Médico Autorizador
CRM 6242

231910094619-2

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

23107

**SUS**Sistema Único
Ministério da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.**

JP

Identificação do Estabelecimento de Saúde1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
MUNICÍPIO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARD
Cidade da Princesa

4 - CNES

Identificação do paciente5 - NOME DO PACIENTE
Raimunda Oliveira de Silva6 - NÚMERO DE REGISTRO
34452

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
24/06/52

9 - SEXO

Masc ☒Fem ☐10 - NOME DA MÃE DO PACIENTE
Raimunda Oliveira de Silva11 - TELEFONE DO PACIENTE
99179526212 - ENDEREÇO DA RUA
Rua Raimundo Guadencio Braga 72 Pedro Branco13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Itapagé14 - CÓD. BGE MUNICÍPIO
23-06-30

15 - UF

CE

16 - CEP

62600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Doença de refluxo gastroesofágico
com sintomas de refluxo18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Doença de refluxo gastroesofágico19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Endoscopia com biópsia

20 - CID 10 PRINCIPAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Cirurgia de fundo de estômago25 - CID 10 DO PROCEDIMENTO
O3080-10-13

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 855831 - DATA DA SOLICITAÇÃO
22/05/14

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO

Dr. Vanderlan Fecchini
Médico Autorizador
CRM 8242

231910094619-2

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
14/5/14

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Assinatura e Carimbo



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 34452

NOME:

João Batista Oliveira

DATA DE
NASCIMENTO:

24.06.1952

IDADE:

66 a

COR:

SEXO:

M

ESTAD. CIVIL:

viúvo

NATURALIDADE:

Itapipoca

Nº IDENTIDADE:

20078+1473-1

Nº CPF

CERT. NASCIMENTO Nº

PAIS:

Raimundo Nonato de Silva

ENDEREÇO DO PACIENTE:

Rua Raimundo Gaudêncio Braga

Nº

71

BAIRRO:

Pinheirinho

MUNICÍPIO:

Itapipoca

FONE:

FONE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

João Paulo Teixeira Oliveira

ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:

O mesmo

DATA DE ADMISSÃO:

22.06.19

HORA DE EMISSÃO:

1659 h

FUNCIONÁRIO:

Helena

MÉDICO ASSISTENTE:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Partido Inteiro Presença
4 pontos de agulha.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7030 TEOT: 11925

ASSINATURA

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: João Batista Oliveira Nº PRONTUÁRIO: 39452

| DATA | ANOTAÇÕES | ASSINATURA CARIMBO |
|----------|--|--|
| 21/16 | Infundido p/ jo. - agudo | Dr. Rodrigo Linhares Ortopedia e Traumatologia CRM: 11925 |
| 23/06/19 | # Fratura úmero proximal (P) paciente evolui e evol CO: Coloco na artel de regulagem fechando Pre-OP | |
| 24/06/19 | Acabou todos os pontos com uma osteossintese de fixação a um dos knee em vidro na região do tubo, e a outra. Acabou no 01. | Dr. Bruno Botelho Ortopedia e Traumatologia CRM: 9329 / RQE 4498 |
| 25/06/19 | # Fratura úmero proximal (P) Bolsa articular - sem fratura # CO: manobra paciente e familiar sem dor, e aguentar logo em Hospital de São Cristóvão CO: Foco Bactéria - Referenciado Agência Uvaçoa pelo CR | Dr. Rodrigo Linhares Ortopedia e Traumatologia CRM: 11925 |

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007871473 - 1 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/05/2011

NOME JOÃO BATISTA OLIVEIRA
FILIAÇÃO RAIMUNDO NONATO DA SILVA
RAIMUNDA OLIVEIRA DA SILVA
NATURALIDADE ITAPIPOCA - CE DATA DE NASCIMENTO 24/06/1952

DOC. GERAL CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 436 FOLHA: 16 LIVRO: 8-06
ITAPIPOCA - CE
CE: 371.689.913-53

RG: ANT: 224506092
P.: 179

ASSINATURA DO DIRETOR
LEIN 7.116 DE 2006/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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





Polegar Direito

João Batista Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | |
|--|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO | |
| SANTINHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO | |
| NOME RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO | |
|  | DOC-IDENTIDADE / DATA EMISSÃO / V. 95002563548 / 95R / CE |
| | END. 613.336.613-20 / DATA NASCIMENTO 26/03/1978 |
| | FILIAÇÃO RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS MARIA EUNICE RODRIGUES BASTOS |
| <div> <div>PERMISSÃO</div> <div>ACE</div> <div>CATEGORIA</div> </div> <div> <div>16/04/1999</div> <div>16/04/1999</div> <div>16/04/1999</div> </div> | |
| Nº IDENTIF. 00000000000000000000 VALIDADE 31/03/2012 16/04/1999 | |
| OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO | |
| Assinatura do Titular: <i>Raimundo Rodrigues Bastos Filho</i> Assinatura do Portador: _____ | |
| LOCAL ITAPAGE, CE | DATA (MILITAR) 17/05/2012 |
|  Assinatura do Titular | 00314009406 CE136273211 |
| UETRAN-CE (OFICINA) | |

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

582580644

PROIBIDO PLASTIFICAR

582580644

Dados Veículo

RENAVAM: 777302560

Número Chassi: 9C2MD28001R022675

Placa: HXM7431

Marca/Modelo: HONDA/ XR 200R

Ano de Fabricação: 2001

Ano do Modelo: 2001

Cor: VERMELHA

Tipo Veículo: MOTOCICLETA

Quantidade de Passageiros: 2

Potência: 0

Cilindradas: 196

Categoria: PARTICULAR

Espécie PASSAGEIRO

Combustível: GASOLINA

Tipo Carroceria: NAO APLICAVEL

Número de Eixos:

Número Motor: MD28E-1022675

Data Licenciamento : 07/03/2017

Quantidade Multas: 1

Quantidade Restrições: 0

Débito licenciamento : SIM

IPVA em Débito: Não

Roubado: Não

Dados do Proprietário

Proprietário: JOAO BATISTA OLIVEIRA

CPF/CNPJ Proprietário: 37168991353

PROCURAÇÃO

Outorgante: João Batista Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Raimundo Galdenão Braga nº 41, bairro São Pedro, Município de Itapajé, Estado de(o) Ceará, Cep: 62600-000, portador(a) do Rg nº 9007871473, SSP/CE e CPF nº 371.689.913-53.

Outorgado: **RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO**, CPF: 813.336.413-20 brasileiro, residente e domiciliado(a) à Rua Damião Martins Sales, nº 39, Bairro: Santa Rita, Município de Itapajé, Estado do Ceará CEP 62600-000, Fone: (85) 992249280, E-mail: raimundoevabastos@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Batista Oliveira, ocorrido em 22/06/2019 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo: Invalidez Permanente.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Itapajé, 27 de agosto de 2019.

Assinatura: João Batista Oliveira
Nome do Outorgante: João Batista Oliveira
CPF nº 371.689.913-53

CONFORME
PORT. Nº 1.099/2019
TJ - CE 09/07/2019
PORT. Nº 1.204/2019
TJ - CE 30/07/2019

CC
PORT. Nº 1.099/2019
TJ - CE 09/07/2019
PORT. Nº 1.204/2019
TJ - CE 30/07/2019



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO BRITO FIRMEZA 2º OFÍCIO
Tabelião Titular: ELDA ALVES PEREIRA - Substituto: IRACY DE LAVOR FIRMEZA | CLÓVIS DE BRITO FIRMEZA JÚNIOR
CNPJ: 06.579.801/0001-87 - PRAÇA MAJOR RICARDO CARNEIRO, 78 - CENTRO - CEP: 62.660-000 - Itapajé
Tel: (85) 3348.0157 - E-mail: cartoriobritoфирмеза@hotmail.com

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOÃO BATISTA OLIVEIRA (003477). EM TEST. DA VERDADE, DOU FÉ.
Itapajé-CE, 27/08/2019.

CLÓVIS DE BRITO FIRMEZA JÚNIOR

79||FE.0.10||SE.1.10||FA.0.14||FR.0.14||SS.14||TT||VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422133/19

Vítima: JOAO BATISTA OLIVEIRA

CPF: 371.689.913-53

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 22/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO : 813.336.413-20

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

JOAO BATISTA OLIVEIRA : 371.689.913-53

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: 28/11/2019
Nome: RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO
CPF: 813.336.413-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664988

Vítima: JOAO BATISTA OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO RODRIGUES BASTOS FILHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO BATISTA OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

