

**Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01470918-0** em **28/09/2020 12:53:36**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0139845-75.2018.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01470918-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 28/09/2020 12:53:36

Partes

Solicitante : Bradesco Seguros S.a.

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2754621_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2754621_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-16.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10250071

A/C: IOLANDA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160753641 ASL-1204184/16

Vítima: IOLANDA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 10/04/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSIVALDO WADY LEITE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10261460

A/C: IOLANDA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160753641 ASL-1204184/16

Vitima: IOLANDA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 10/04/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSIVALDO WADY LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/04/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10447473

A/C: IOLANDA DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160753641 ASL-1204184/16

Vitima: IOLANDA DE OLIVEIRA

Data Acidente: 10/04/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSIVALDO WADY LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/04/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2017

Carta nº: 10928367

A/C: IOLANDA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160753641 ASL-1204184/16
Vítima: IOLANDA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 10/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSIVALDO WADY LEITE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

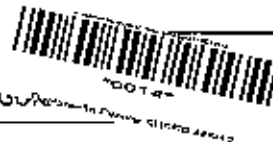
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Idalanda de Oliveira
PORTADOR(A) DO RG Nº 2462507-92 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 18/08/92
CPF 777235063-68 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultora
E RENDA MENSAL DE R\$ 882,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Idalanda de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 145 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 008875-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO, CRÉDITO EM CONTA CORRENTE, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

20 DEZ 2016

ENTRADA

Idalanda de Oliveira 29 de novembro de 2016
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, IOLANDA DE OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2462507-92 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 18 / 08 / 1992 E

CPF 677235063-68 / CNPJ - , PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA IOLANDA DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susap nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário-Funcional;
 - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro-empresa) ou LTDA;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta bancária depositada;
 - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANC0 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2201-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27.298-5

☐ PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Jaquaruana, 29 de maio de 2017

LOCAL F DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$ 13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$ 13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/05/2017 - Autoatendimento - 15:00:23
220172630 1958

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO IOLANDA DE OLIVEIRA
AGENCIA: 2201-2
CONTA: 27.296-5
VALOR *
NR. ENVELOPE 2.377.188.392

* Acolhido em: 29/05/2017, na Agência 2201-2.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

INVESTPREV

02 JUN 2017

ENTRADA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

Impressão em 11-05-2016 às 10:42:22



0001

Assessoria de Identificação

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 473 - 549 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/05/2016 10:21:04**
Data / Hora da Ocorrência: **10/04/2016 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO JUREMA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **JAGUARUANA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO A FAZENDA DO VALDECI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ISLANDA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **30/06/1973** CPF:
RG: **246250792** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ILNA DE OLIVEIRA**
ALBERTINO ROCHA DE OLIVEIRA
Endereço: **SÍTIO FIGUEIREDO DO BRUNO**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **JAGUARUANA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(86) 99231-6573**

Histórico

A declarante afirma que, na data de 10 de abril do corrente ano, por volta das 15h30min, guiava a motocicleta de especificações HONDA CG 150 TITAN ES, COR VERMELHA, ANO FABRICAÇÃO/ANO MODELO 2008/2008, PLACA NRE6628, de sua propriedade; QUE, seguia por uma via vicinal constituída de pílçarra, na Localidade de Sítio Jurema, próximo a Fazenda do Valdeci, momento em o pneu de sua motocicleta derrapou e a declarante veio a cair, tendo como consequência lesões em sua cabeça e pelo restante do corpo; QUE, logo após o acidente passava pelo local um homem de nome FÁBIO, e a socorreu em sua motocicleta, conduzindo-a ao Hospital Nossa Senhora da Expectação, neste urbe; QUE, a declarante seguia com aproximadamente 30km; QUE, a declarante seguia sozinha; QUE, no período em que ocorreu o acidente a declarante não exercia atividades remuneradas, cuidava apenas de sua casa; QUE, a declarante logo que deu entrada no supracitado hospital, teve que ser transferida para o Hospital Instituto Dr. José Frota, em Fortaleza, onde permaneceu até o dia seguinte, tendo recebido alta médica logo pela manhã; QUE, não realizou nenhuma consulta ou atendimento em Hospital ou Clínica particular; QUE, a declarante conduzia sua motocicleta sem o uso do capacete de segurança; QUE, a declarante possui habilitação para condução de motocicleta, porém o referido documento encontra-se com prazo de validade vencido desde fevereiro de 2012; QUE, em razão destes fatos a declarante veio a esta Delegacia de Polícia realizar o registro do ocorrido. E nada mais disse.

Islanda de Oliveira
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Julio Cesar da Silva Lemos
Escritório de Polícia Civil
Mat.: 300056-1-9

JULIO CESAR DA SILVA LEMOS - MAT.: 300056-1-9

INVESTPREV

20 DEZ 2016

ENTRADA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Isolanda de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2462507-92 e inscrito no CPF/MF sob o nº 877.235.063-68, residente e domiciliado na Sítio Figueiredo, Cidade Jaguariuna, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

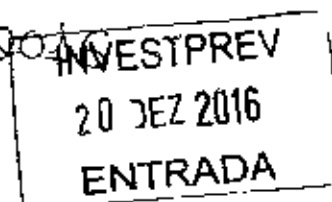
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Isolanda de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Jaguariuna-CE, 29 de novembro 2016

Local e data





Ilust. Co:

V. N. () Não

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|----------|---|------------------|---------|-------------------------|-------|-----------------------|------|
| ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA | VERMELHO | X | 01 HORA URGÊNCIA | AMARELO | 02 HORAS POUCA URGÊNCIA | VERDE | 04 HORAS SEM URGÊNCIA | AZUL |
|---------------------------------|----------|---|------------------|---------|-------------------------|-------|-----------------------|------|

Data: 10/04/16

Hora do atendimento: 15:40

Atendente: Eliana

Nome: Tolondu de Oliveira

Idade: 38 Sexo: F () M

Data de Nascimento: 30/06/78

RG/CPF/Outros: não tem

CADUS: não tem

Filiação: Jomar de Oliveira

Endereço: S. Figueiredo do Burro Nº não

Telefone

PSF: Célula

ACS: Jomara

Peso: Kg PA: 110 X 80 mmHg PC: 80 bpm FR: 1rpm TEMP: 36 OX: 1mg/dl

ATENDIMENTO E CONSULTA

- ☒ Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento
☐ Atendimento de urgência em atenção especializada
☐ Atendimento Ortopédico com Imobilização provisória
☐ Atendimento de Urgência c/ Observação até 24H

- ☐ Consulta Média Atenção Especializada (Cardiologia Av. Cirúrgica)
☐ Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatría)
☐ Consulta de prof. de nível sup. atenção asp. (exceto médico)
☐ Atividade educativa/Orientação em grupo na atenção

Data dos 1º Sintomas:

Alergias:

Anamnese de Enfermagem: Paciente vítima de queda de moto.

Fatores de Risco:

Enfermeiro(a):
COREN: 474.606

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de queda de moto. Deixa sintomas de lesões contusivas em membros superiores.

Cd: Fratura

Hipótese Diagnóstica: Lesões contusivas

Prescrição na Urgência

Fratura + um outro ferimento no antebraço direito.

Assinatura do Médico

- ☐ aferição de Pressão Arterial
☐ Glicemia Capilar
☐ Administração de medicamentos na Atenção Especializada
☐ Inalação / Nebulização
☐ Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
☐ Curativo grau II c/ ou s/ debridamento
☐ Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas
☐ Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva

- ☐ Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
☐ Enema
☐ Sondagem Gástrica
☐ Drenagem de abscesso
☐ Excisão e/ou sutura simples de pequenas feridas
☐ Exérese de tumor de pele e anexos e cisto sebáceo
☐ Retirada de Corpo Estranho subcutâneo
☐ Excisão e Sutura de Infageloma/nevus

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()

Assinatura do Médico: Dr. Odele Costa Lima

Assinatura do Médico - CRM

Paciente

INVESTPREV
20 DEZ 2016
ENTRADA

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: 18/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IOLANDA DE OLIVEIRA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00145

CONTA: 000000008875-8

Nr. da Autenticação A8D41A7CD005DD80



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **IOLANDA DE OLIVEIRA**, RG: 2462507-92, data de expedição: 18/08/1992, Órgão SSP/CE, CPF nº: 877.235.063-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | SITIO FIGUEIREDO |
| Número | S/N |
| Apto / Complemento | CASA |
| Bairro | ZONA RURAL |
| Cidade | JAGUARUANA |
| Estado | CE |
| CEP | 62823-000 |
| Telefone de Contato | (88) 9721-7999/ 9266-5805 |
| E-mail | jw_jaguaruana@hotmail.com |

Por ser verdade, firmo-me.

Jaguaruana/CE, 16 de junho de 2016.


IOLANDA DE OLIVEIRA

INVESTPREV
20 JEZ 2016
ENTRADA

6329652-7

24 24041 18 053000 - 8

JOHANNA DE OLIVEIRA

ST FIGUEIREDO 00000

SITIO FIGUEIREDO - JAGUARUANA - 62823000

2127723

01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

877235063-68

05/05/2016

05/05/2016 06/06/2016

05/05/2016 06/06/2016

05/05/16 05/06/16

30 dias

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA
MULTA MORATORIA REF 02/2016
CORRECAO MONETARIA DO MES
JUROS DO MES
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA
COB. CREFAZ 0800 052 5051 2/10

23.17
44.40
21.23
0.11
0.03
0.07
1.12
79.93

06/06/2016

104,43

Energia 14.19
Transmissao 0.00
Distribuição 0.00
Outros Gastos 0.00
Tributos UNIC PIS-COFINS 0.00
TOTAL 24.29

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|-----|----|----|---|---|---|---|---|
| 36 | 96 | 28 | 75 | 21 | 138 | 10 | 31 | 9 | 6 | 9 | 7 | 0 |
|----|----|----|----|----|-----|----|----|---|---|---|---|---|

41.49 0.00

CONTAS EM ATRASO

Pagamento em atraso de prestação de serviço de energia elétrica, conforme contrato de prestação de serviço de energia elétrica, em vigor, e no ato da suspensão do fornecimento de energia elétrica, em 15 dias após a suspensão desta, conforme previsto no Art. 172 do E. 153, bem como o envio das informações aos órgãos de proteção ao crédito e ao consumidor de energia elétrica, caso de não efetuação do pagamento, favor desconsiderar o aviso.

INVESTPREV
20 DEZ 2016
ENTRADA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Josivaldo Wady Leite, portador(a) do RG nº 2003030031987, expedido por SSPDC/CE, em 04/11/14, CPF/CNPJ nº 934.594.003-72, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) _____

Iolanda de Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Iolanda de Oliveira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Reenro

Documentos comprobatórios: Reenro

x Josivaldo Wady Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

INVESTPREV
20 DEZ 2016
ENTRADA



CRATO/PR-PA-01
JAGUARUNA
PR-PA-01-001

Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação
S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Sim () Não

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|---|---------------------|---------|--|-------------------------------|-------|--|-----------------------------|------|--|
| ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA | VERMELHO | X | 02 HORA URGÊNCIA | AMARELO | | 02 HORAS POUCA URGÊNCIA | VERDE | | 04 HORAS SEM URGÊNCIA | AZUL | |
|---------------------------------------|----------|---|---------------------|---------|--|-------------------------------|-------|--|-----------------------------|------|--|

Data: 10/04/16

Hora do atendimento: 15:40

Atendente: Eltona

Nome: Tolondua de Oliveira

Idade: 38 Sexo: () F () M

Data de Nascimento: 30.06.78

RG/CPF/Outros: não tem

CADUS: não tem

Filiação: Jomar de Oliveira

Endereço: S. F. Aguiar do Buiar Nº não Telefone

PSF: Uita

ACS: Jomara

Peso: Kg PA: 90 X 90 mmHg PC: 80 bpm FR: irpm TEMP: 36 C DX: mg/dl

ATENDIMENTO E CONSULTA

- ☒ Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento
☐ Atendimento de urgência em atenção especializada
☐ Atendimento Ortopédico com Imobilização provisória
☐ Atendimento de Urgência c/ Observação até 24H

- ☐ Consulta Média Atenção Especializada (Cardiologia Av Cirurgica)
☐ Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatría)
☐ Consulta de prof. de nível sup atenção asp (exceto médico)
☐ Atividade educativa/Orientação em grupo na atenção

Data dos 1º Sintomas:

Alergias:

Anamnese de Enfermagem: Paciente vítima de queda do motor

Fatores de Risco:

Enfermeiro(a):
COREN: 474.606

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de queda de moto. Dega sinais de lesões contusivas em membros inferiores.

H. Col: Intensa

Hipótese Diagnóstica: lesões contusivas

Prescrição na Urgência



Horário

Assinatura do Executor

Intensa + curativos prescritos no pronto atendimento

- ☐ Aferição de Pressão Arterial
☐ Glicemia Capilar
☐ Administração de medicamentos na Atenção Especializada
☐ Inalação / Nebulização
☐ Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
☐ Curativo grau II c/ ou s/ debridamento
☐ Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas
☐ Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva

- ☐ Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
☐ Enema
☐ Sondagem Gástrica
☐ Drenagem de abscesso
☐ Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões
☐ Exereses de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
☐ Retirada de Corpo Estranho subcutâneo
☐ Excisão e Sutura de linfangioma/nevus

INVESTPREV
28.07.2016
ENTRADA

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora: Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()

Dr. Odete Costa Lima
Médica

Assinatura e Rubrica Médico - CRM

Paciente



Sistema Único de Saúde
Secretaria de Saúde de Jaguaruana
FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar à 1ª via a Unidade de Origem.

Unidade de Origem: **HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA EXPECTAÇÃO** CNES: 256097-6
Município: **JAGUARUANA**

Nome: Silene da Oliveira
Sexo: M () F () Data de Nascimento: / / Ocupação:
Endereço: Bairro: Tel.:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Para fazer exame de sangue e urina. Já no pré-natal, quando a gestante chegou com alguns problemas que a levaram ao parto.

RESULTADO DE EXAMES: Exame de sangue e urina - normal.

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: ?

Dra. Odele Costa Lima
Médica

Assinatura: CRM: 41

Função:

Data: 10/04/16

Horário: 19:27

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial () Hospitalar (☒) Auxílio Diagnóstico ()

PROCEDIMENTO: PROFISSIONAL:

UNIDADE DE REFERÊNCIA: DATA: 10/04/16 HORA: 19:00

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO: PRONTUÁRIO Nº: ALTA: / /

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO:

RESULTADO DE EXAMES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

SECUNDÁRIO 1:

SECUNDÁRIO 2:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: CID:

JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO () O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

INVESTPREV

20 DEZ 2016

CID:

ENTRADA

ID:

CID:



JAGUARUANA
ESTADO DO CEARÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, IOLANDA DE OLIVEIRA nascido (a) 30/06/1973 residente no FIGUEREDO DO BRUNO deu entrada nesta unidade de saúde vítima de acidente de trânsito, no dia 10/04/2016 onde foi prestado atendimento médico de urgência conforme Xerox de SPA em anexo.

Atenciosamente,

Jaguaruana, 18 de Abril de 2016

[Handwritten signature]

Iolanda de Oliveira



12.040.122/0001-90

**Hospital Maternidade Nossa
Senhora da Expectação**

Avenida Simão de Góis, 1618

Centro – CEP: 62.823-000

Jaguaruana - CE

[Handwritten signature]

CPF: 24.52.053.50
Responsável Arquivo

**INVESTPREV
20 DEZ 2016
ENTRADA**

HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA EXPECTAÇÃO
Avenida Simão de Góis, 1618 – Centro – Jaguaruana/CE
CEP: 62.823-000 Fone: (88) 3418.1388

**Registro de Atendimento
Emergencial**

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|--|------------------|--|--------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | | | | | DATA/HORA: 10/06/2016 23:56:28 | |
| CNS: 708100583017435 | | NOME: JOLANDA DE OLIVEIRA | | | | | | Registro: 5438121 | |
| CPF: 67723506368 | | RG: 216250792 | | D. NASC: 30/06/1973 | | ESTADO CIVIL: | | SEXO: F | |
| NOME DA MÃE: MARIA ILMA DE OLIVEIRA | | | | NOME DO PAI: ALBERTINO ROCHA DE OLIVEIRA | | | | RAÇA/COR: Branca | |
| TIPO DE LOGRADURO: | | ENDEREÇO DO PACIENTE: FILGUEIRO | | | | Nº: SN | | BAIRRO: ZONA RURAL | |
| COMPLEMENTO: | | TELEFONE CONTATO: | | MUNICÍPIO: JAGUARUANA | | UF: CE | | CEP: 62823000 | |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL | | | | | | | | | |
| NOME: PAULA | | | | PARENTESCO: CUNHADA | | | | TELEFONE: | |
| ACIDENTE DE TRABALHO | | | | | | | | | |
| TIPO DE VÍNCULO: | | CBO DO EMPREGADO: | | CNPJ DO EMPREGADOR: | | CÓDIGO DO CNAER: | | | |
| ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | | | | | | | | | |
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Insuf. capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta | | | | | | | | | |
| QUEIXAS: apresenta lesão certa contusa em couro cabeludo, síncope | | | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: trauma maior, histórico de inconsciência | | | | | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | | | | | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública | | Escala de Dor: Moderada | | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO | | | | | |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: | | | | | | | | | |
| Anamnese e Exame Físico: | | | | | | | | | |
| ATENDIMENTO MÉDICO | | | | | | | | | |

Conduta:

10 06 2016
13846
Jose Urbano da Mota Coelho

INVESTPREV
20 JEZ 2016
ENTRADA



ARACATI MEDICAL CENTER LTDA
RUA CORONEL ALEXANDRINO, 160A. ARACATI - CE
FONE: (88) 3421 1301; (88) 99707 5335

Avaliação Audiológica

Data:

Fone:

Reg.:

Nome:

Nasc:

Idade:

Sexo:

Ocup:

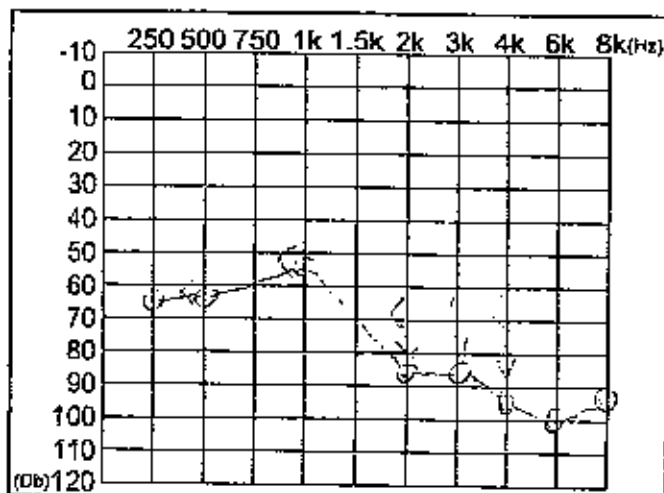
Audiômetro: AVS 500

Nº Série:

Calibração:

Audiograma

Ouvido Direito

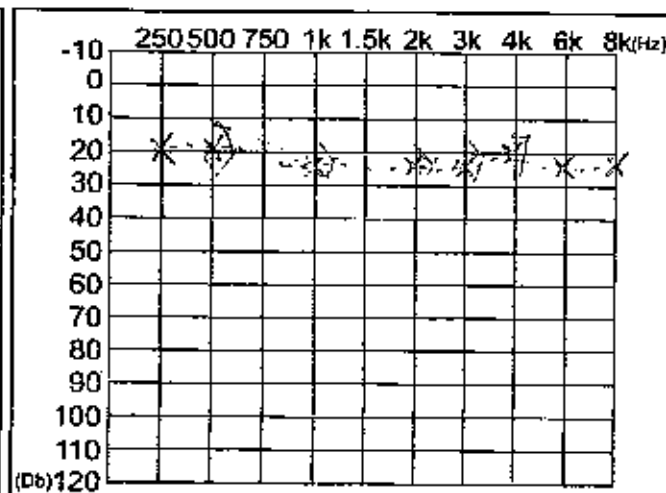


Mascaramento Direito

V.A.

V.O.

Ouvido Esquerdo



Mascaramento Esquerdo

V.A.

V.O.

Logaudiometria

| | SRT | IPRF | M | D | T |
|------|-----|------|---|----|---|
| O.D. | | 27 | | 22 | |
| O.E. | | 100 | | | |

Meatoscopia e Anamnese

Laudo Audiograma Normal Ouvido Esquerdo.

Pêda auditiva unilateral nas frequências de 250 a 2000 Hz de grau médio na orelha de 500, 600 e 2000 Hz Ouvido Direito

Aracati, 29/11/156

Dr. Johnnathan Phillip
Fonoaudiólogo
F068508/01004

INVESTPREV
20 DEZ 2016
ENTRADA



ARACATI MEDICAL CENTER LTDA
RUA CORONEL ALEXANDRINO, 160A. ARACATI -CE
FONE: (88) 3421 1301; (88) 99707 5335



Avaliação Audiológica

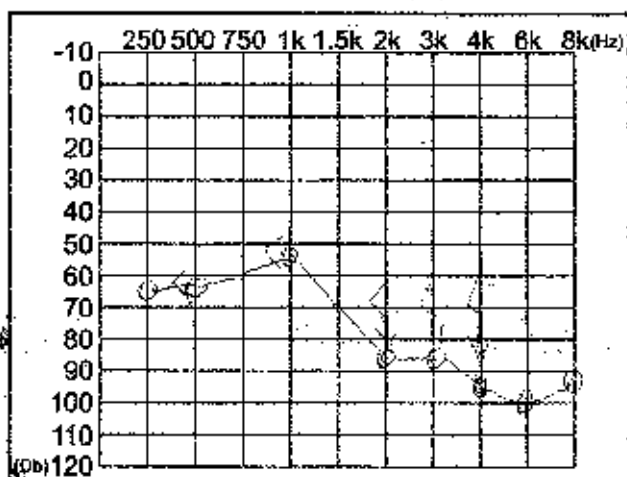
Data: 29/11/16.
Fono: Johnnathan
Reg.: _____

Nome: Solanda de Oliveira
Nasc: 30/06/73.
Idade: 43 anos
Sexo: Feminino
Ocup: _____

Audiômetro: AUS 500
Nº Série: _____
Calibração: _____

Audiograma

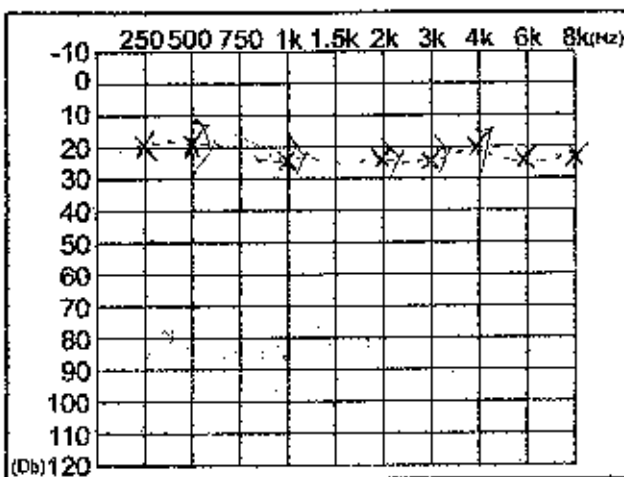
Ouvido Direito



Mascaramento Direito

V.A. _____ V.O. _____

Ouvido Esquerdo



Mascaramento Esquerdo

V.A. 60 V.O. 50

Logaudiometria

| | EAR | REF | M | D | T |
|------|-----|-----|---|----|---|
| O.D. | | 97 | | 88 | |
| O.E. | | 100 | | | |

Meatoscopia e Anamnese

Laudo Audiograma Normal. Lado Esquerdo.

Perda auditiva sensorineural nas frequências de 250 a 8000 Hz de grau moderado na média de 500, 1000 e 2000 Hz lado Direito

Aracati, 29/11/16

Dr. Johnnathan Fillipe
Fonoaudiólogo
F068568 d/16/16

INVESTPREV
25 JAN 2017
ENTRADA



CLINICA SÃO GABRIEL

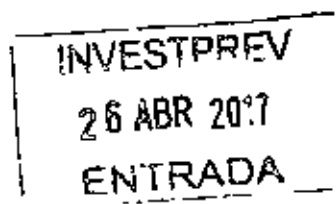
LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE IOLANDA DE OLIVEIRA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA EM 10/04/2016, COM TRAUMATISMO CRANIANO ASSOCIADO A LESÕES CORTO-CONTUSAS EM COURO CABELUDO E ESCORIAÇÕES. SUBMETIDA A SUTURA DAS LESÕES.

ATUALMENTE, APRESENTA CEFALÉIA PÓS-TRAUMATISMO CRANIANO, COM FREQUENCIA 2 A 3 EPISÓDOS SEMANAIS, ASSOCIADO A TONTURA. INFORMA PERDA DE AUDIÇÃO EM OUVIDO DIREITO (AUDIOGRAMA EM ANEXO). PACIENTE ENCONTRA-SE EM ALTA DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL.

Eduardo de A. Cabral
Traumatologia Ortopédica
CRM 14.149
[Assinatura]

JAGUARUANA – CEARÁ, 22 DE MARÇO DE 2017





ARACATI MEDICAL CENTER LTDA
RUA CORONEL ALEXANDRINO, 160A. ARACATI - CE
FONE: (88) 3421 1301; (88) 99707 5335

Avaliação Audiológica

Data:

Fono:

Reg:

Nome:

Nasc:

Idade:

Sexo:

Ocup:

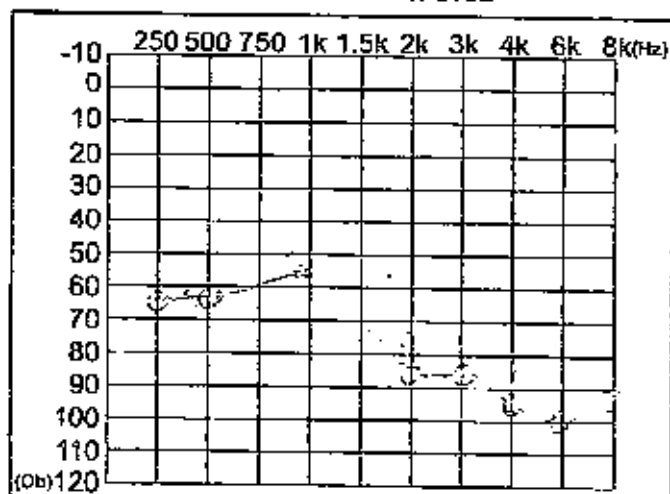
Audiômetro: *AVS 500*

Nº Série:

Calibração:

Audiograma

Ouvido Direito

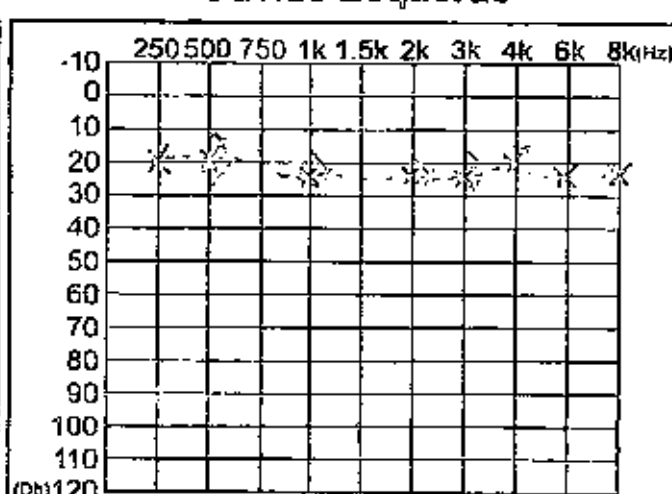


Mascaramento Direito

V.A.

V.O.

Ouvido Esquerdo



Mascaramento Esquerdo

V.A.

V.O.

Logoaudiometria

SRT PRF
O.D. 70
O.E. 105

Otosocopia e Anamnese

Lauda *laudo como surdez, com diagnóstico*

Todo exame realizado no período de 25/02/2017 a 26/02/2017, com a finalidade de diagnóstico e tratamento da surdez.

Aracati, 26/02/2017

Dr. Johnnathan Fillipa
Fonoaudiólogo
CRP 000000000

INVESTPREV

26 ABR 2017

ENTRADA



Gardenal[®]
fenobarbital
100mg

USO ORAL
USO ADULTO

20 comprimidos

VENDA SOB
RECEITA MÉDICA
PRODUTO VENDEDOR
COM REGISTRO ANVISA

SANOFI

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

09 NOV 2017

ENTRADA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Fundo Municipal de Saúde de Jaguaruana
 CNPJ: 12.040.122/0001-90
 Endereço: Av. Simão de Góis, 1734 - Centro
 Fone: (88) 3416.1619
 Cidade: Jaguaruana - UF: CE

1ª VIA FARMACIA
 2ª VIA PACIENTE

Carimbo e assinatura

Data: / /

Paciente: Isclanda de Oliveira
 Endereço: Figueiredo de Bruno
 Prescrição: Uso Oral
(1) Gardinal 100mg — 30 cp
tomar 01 cp ao dia
 04/10/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Ident.: _____
 Org. Emissor: _____
 End.: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: / /

INVESTPREV

SEGURO S/A

09 NOV. 2017

ENTRADA

| | | | |
|---|--|---|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR SECRETARIA DA SAÚDE DE JAGUARUANA CNPJ: 12.040.122/0001-00 Av. Símon de Góis, 1734 - Centro - Cep: 52823-000 JAGUARUANA - CE | | NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF: _____ NÚMERO: CE 85-587032_3 B | |
| Medicamento ou Substância: <u>Roxithrom</u> | | Quantidade e Forma Farmacêutica: <u>30 cp</u> | |
| Dose por Unidade Posológica: <u>2 mg</u> | | Posologia: <u>1 cp / noite</u> | |
| Nome do Paciente: <u>Roberto de Oliveira</u> | | Endereço: <u>Piquetado</u> | |
| Assinatura do Emissor: <u>[Assinatura]</u> | | | |

| RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL | | ENTRADA |
|--|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Fundação Municipal de Saúde de Jaguaruana CNPJ: 12.040.122/0001-90 Endereço: Av. Simão de Góis, 1734 - Centro Fone: (88) 3418.1619 Cidade: Jaguaruana UF: CE | | 1ª VIA FARMÁCIA - Branca 2ª VIA PACIENTE - Amarela <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> Medica CREMEC 181983 <i>[Assinatura]</i> </div> |
| Paciente: <u>1062-020 da 1ª Unidade</u> Endereço: <u>Rua da Paz, 100 - Centro</u> Prescrição: <u>1 -> Glicose 100 mg</u> <u>Formas Septelia</u> | | ASSINATURA / CARIMBO |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Ident.: _____ Org. Emissor: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____ | | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: <u>1 / 1 /</u> |

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Fundo Municipal de Saúde de Jaguaruana
CNPJ: 12.040.122/0001-90
Endereço: Av. Simeão de Góis, 1734 - Centro
Fone: (88) 3418.1619
Cidade: Jaguaruana UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA - Branco

2ª VIA PACIENTE - Azul

Dr. Marianne Teles Cordeiro
Médico
CRM: 10037

Date: / /

Paciente: Isolinda de Oliveira
Endereço: R. Coronel Raimundo Fes
Prescrição: uso oral
06/11/17
100mg - 2x
tomar 1x ao dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Date: / /

Assinatura do Fornecedor

INVESTPREV
SEGURO S/A

09 NOV. 2017

ENTRADA

Notificação de Receita

UF: CE NÚMERO: 85-832261_3 B1

Data: 06/11/17

Dr. Marianne Teles Cordeiro
Médico
CRM: 10037

Nome do Emitente

Paciente: Isolinda de Oliveira
Endereço: R. Coronel Rdo
Francisco

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
End.: _____
Telefone: _____
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

Medicação ou Substância

Rivastrol

Quantidade e Forma Farmacológica

30 cp

Dose por Unidade Posológica

2mg

Posologia

Tomar
1cp à noite

CARIMBO DO FORNECEDOR

Date: / /

Nome

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160753641

Cidade: Jaguaruana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IOLANDA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 10/04/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com ferimento corto contuso no couro cabeludo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere cefaleia, tonturas e insônia. Ao exame não apresenta déficit neurológico. Apresenta audiometria com perda auditiva do ouvido direito de 80%.

Resultados terapêuticos: Vítima submetida a curativos e sutura das lesões.

Sequelas permanentes: Perda parcial severa da acuidade auditiva à direita

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luis Fernando Centi Nascimento

CRM do médico: 4863

UF do CRM do médico: RN

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) | 50 % | Em grau leve - 37,5 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

PRESTADOR

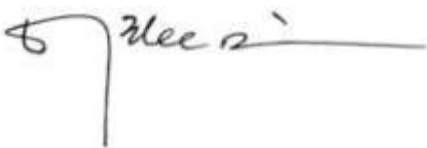
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Iolanda de Oliveira
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
 Profissão: Agricultora
 Identidade: 93462507-92 CPF: 847.235.063-68
 Endereço: Sítio Figueiredo

OUTORGADO:

Nome: Josivaldo Wady Leite
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
 Profissão: Advogado
 Identidade: 20303001/987 CPF: 914.694.003-72
 Endereço: R. Venador Chico Eugênio - 798

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Iolanda de Oliveira

Jaguariuna-CE, 29 de novembro 2016
 Local e data



Iolanda de Oliveira

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

