

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2014

Carta nº: 5062331

A/C: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

Sinistro: 2014765071
Vitima: MARCUS ANSELMO DE SOUZA
Data Acidente: 10/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 o 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 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2014

Carta nº: 5155172

A/C: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

Sinistro: 2014765071
Vítima: MARCUS ANSELMO DE SOUZA
Data Acidente: 10/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.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



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2014

Carta nº: 5532245

A/C: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

Sinistro: 2014765071
Vítima: MARCUS ANSELMO DE SOUZA
Data Acidente: 10/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARCUS ANSELMO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001035**

Conta: **0000029401-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

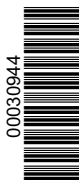
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Marcus Anselmo de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ponta Mar, 16 00
Vicente Pinzon Fortaleza CE CEP: 60181-210
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 94002027257
Data local do exame: [16/10/2014] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO PÉ DIREITO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE FIOS PARA OSTEOSÍNTESE E FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

APRESENTA COMO SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DIFICULDADE PARA O USO PLENO DO PÉ DIREITO, EDEMA RESIDUAL, CLAUDICAÇÃO E LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO PLANTAR.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, Marcus Anselmo de SouzaPORTADOR(A) DO RG Nº 05767681348EXPEDIDO POR DETAPV - CEEM 12/05/2014 ECPF 609212507-20 /CNPI _____, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcus Anselmo de Souza, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



10 SET. 2014



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÍ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 1035.013 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 29401-8

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.

LOCAL Fortaleza DATA 09/09/14ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Marcus Anselmo de Souza

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.



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: 23/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01035

CONTA: 000000029401-8

Nr. da Autenticação 71F74087B92D01A8



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 242 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: **07/07/2014 11:14:08**

Data / Hora da Ocorrência : **10/06/2014 12:00:00**

Endereço da Ocorrência: **R 25 DE MARÇO**

CENTRO FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO MILITAR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCUS ANSELMO DE SOUZA**

Nascimento : **13/01/1960**

RG: **94002027257** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**

Filiação: **JOSE ANASTACIO DE SOUZA**

GERALDA BORGES DE SOUZA

Endereço: **R PONTA MAR 16**

SERVLUZ

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **98194248**

Histórico

O declarante afirma que no dia e hora acima mencionados trafegava na moto HONDA TITAN, DE COR PRETA, DE PLACA ORZ6733/CE, licenciada em seu nome, pela Rua 25 de Março, sentido Praia, quando próximo ao Colégio Militar, um veículo, do qual não lembra detalhes, que também estava trafegando no mesmo sentido do declarante, acabou trancando a moto, provocando um acidente, colidindo contra moto; QUE o veículo se evadiu do local; QUE foi socorrido por meios próprios ao IJF; QUE registra o fato apenas para dar entrada no seguro DPVAT, não tendo interesse a dar início a nenhum procedimento penal sobre o mesmo. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

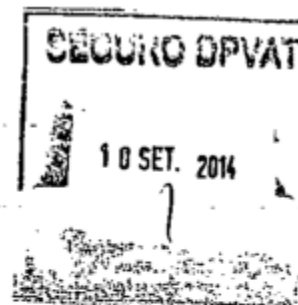
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Viviane Mathieson Tavares*

Viviane Mathieson Tavares - MAT.: 198265-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Marcus Anselmo de Souza*

VISTO DO DELEGADO(A): _____

FRANCISCO FERNANDO CAVALCANTE NOGUEIRA - MAT.: 404578-1-X



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marcus Anselmo de Souza, portador da carteira de identidade nº 05767681348 e inscrito no CPF/MF sob o nº 609.212.507-20, residente e domiciliado na Pontamar, 16, Cidade Fortaleza, Estado CE, 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
- (X) 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 impugnação, caso discorde, do seu conteúdo.

SEGURO DPVAT

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



Marcus Anselmo de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza 09 de Setembro de 2014

Local e data

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014765071 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS ANSELMO DE SOUZA **Data do acidente:** 10/06/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Traumatismo nos ossos e/ou nas estruturas de composição do pé D

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

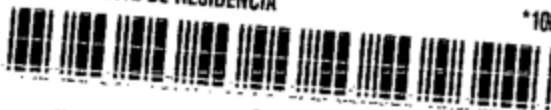
Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

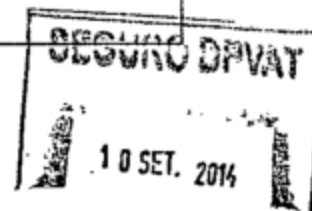
Eu, Marcus Anselmo de Souza

RG nº 05767681348, data de expedição 12/05/2014 Órgão DETRAN - CE,

CPF nº 609.212.507-20, 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)	Rua Pontamar
Número	16
Apto / Complemento	00
Bairro	Vicente Pinzon
Cidade	Fortaleza
Estado	CE
CEP	60181210
Telefone de Contato	(85) 3253-1701 / (85) 8860-2468
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Fortaleza 09 de Setembro de 2014

Assinatura do Declarante: x Marcus Anselmo de Souza

Nº DO CLIENTE
5263504-0

Para aplicar 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

coelce
COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO CEARÁ

Rua Padre Valdeirino, 150 - CEP 60133-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.351/0001-75 - CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | INº 542540-4

Rota 13 01120 :5 002500 - 4 Data de Emissão 18/06/2014

Nome MARCUS ANIELMO DE SOUZA

End. Postal RU PONTAMAR 00016
VICENTE PINZON - FORTALEZA - 60181210

Medidor 752998

Poste 0000 F79L

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 609212507-20

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 18/06/2014
Data da Apresentação 18/07/2014
Previsão Próx. Leitura 18/07/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto MULTIRIPE
Mês 18/06/2014
Mês 18/07/2014
DIEC 17,91

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 29,18
Alíquota 7,38%
Valor do Imposto 7,87

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0026,66CE,9409,0876,3701,240C,6AB2,45E2

Padrão Individual	Agrupação Individual		
	Mensal	Trím.	Anual
DIC	0,95	0,91	19,82
RIC	0,17	0,35	12,78
DMIC	0,77		0,88

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consumo Pac.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
671	617	1,00	54	0,00	54	0,54042
18/06/14	20/05/14	29 DIAS	54			29,18

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	29,18
MULTA MORATORIA REF 03/2014	0,60
JUROS DO MES	0,26

VENCIMENTO 21/07/2014

TOTAL A PAGAR (R\$) 30,04

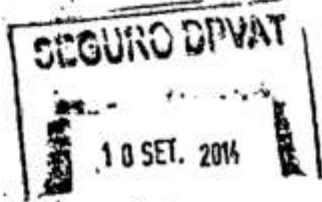
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	12,83
Transmissão	0,60
Distribuição	3,47
Encargos Setoriais	1,27
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	9,75
TOTAL	29,18

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

73	54	155	110	67	74	74	59	63	53	60	58	55
18/06	18/05	18/04	18/03	18/02	18/01	17/12	17/11	17/10	17/09	17/08	17/07	17/06

importante



Marcar
Rússia

(85) 3253-1701
(85) 8860-2468

referente a PIS e COFINS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA: CÂNDIDO MAIA, 294 - ANTº BEZERRA



Prefeitura de
Fortaleza

1400074989 17/06/2014 07:13:54

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA DIURNO

6

Paciente **MARCUS ANSELMO DE SOUZA**
Data Nascimento **13/01/1960** Idade **54 A 5 M 4 D** CNS **60921250720** CPF **60921250720** Prontuário **00049371**
Tipo Doc **IDENTIDAD** Documento **94002027257** Órgão Emissor **SSP CE** Data Emissão **28/08/2012** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **FORTALEZA**
Mãe **GERALDA BORGES DE SOUZA** Pai **JOSE ANASTACIO DE SOUZA**
Endereço **RUA - PONTA MAR - 16 - VICENTE PINZON - FORTALEZA - CE** Contatos **Cell: 8596174248 - - -**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N da Carteira **EDILMAR FERREIRA LESSA** Validade **URGÊNCIA** Autorização **DEMANDA ESPONTANEA** Sis Prenatal **REGISTRADO POR: CARLA REGIA**
Motivo do Atendimento **RETORNO** Carate do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **EDILMAR FERREIRA LESSA** Procedencia **DEMANDA ESPONTANEA** Temp. **AMBULATORIO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Peso **AMBULATORIO** Pressão **AMBULATORIO**

Queixa Principal **() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue**

Anamnese de Enfermagem

GSC **AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL **2014**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **h**)

Tratado de...
Seguindo...

SEGURO DPVAT

Exame Físico

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*1004

2014

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saida/Alta: / /

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ IM Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



1400074989



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

L-02

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): Maria Ineslino de Souza

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 10 de 06 de 19 às _____ hs

Tendo como causa do atendimento: Gratuna do

Pi CID: 5-92

1. (☒) Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs e pode retornar à suas atividades.

2. (☒) Necessitando de cereneta (60) dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID: 5-92

3. (☐) Encontra-se a (☐) APTO (☐) INAPTO a prática curricular de Educação física.

4. (☐) Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho.

5. (☐) Paciente encaminhado à especialidade _____

Fortaleza, 12 de 06 de 19

Dr. Gabriel Franco
Traumatologia
CRM: 9895

Médico - CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Maia, 294 - Antª Bezerra
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3488 32 10

SEGUR. OPVA

10 SET. 2014

4

[illegible]

Ameyn 10.08/14



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO.MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP:60356-830 - PABX: 3488-3210



RECEITA

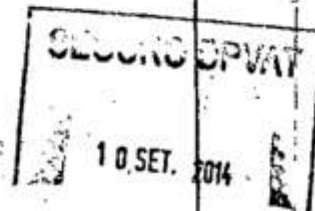
Moruo Insulino de Seseo

Retorno:

Dr. EDILMAR

17/06/14

7:00



- CURATIVO DIÁRIO
- TOMAR O ANTIBIÓTICO

[Signature]

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

01.07.14

720h

Expe. de obty

(Sem. curricular)

Dr. Edilmar Le.
Pneumologia e Ortop.
CREMEC 73.0 (1974/1975)

~~ALTA~~ 14.

720h

SECURO DPVAT

10 SET. 2014



HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP:60.356-830 - PABX: 3488-3210



RECEITA

Marcos Anselmo de Sousa

Trisulfametoprim
(22m)

Rebelo L

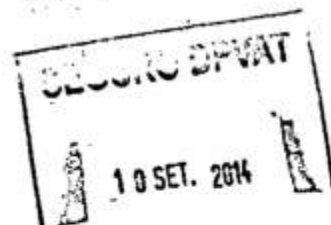
A. T. M. M. M.

01/07/14

Dr. Edimar Lessa
Traumatologia e Ortopedia
CREMEL 1399 TEOT 10979

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.





HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP:60.356-830 - PABX: 3488-3210



RECEITA

Destado Médico

*Desto para os devidos fins que
Marcelo Pinheiro de Souza se
submeteu a tratamento de
fisioterapia do S: por distúrbio
direito, voluntária e sem con-
dições onco, sem afecções
funcionais. Desta forma se
manterá de alta de acordo com*

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

Dr. Edilmar Lessa
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

Dr. Edilmar Lessa
Traumatologia e Ortopedia
CREMEC 7399 TEOT 10979

Fortaleza 01/07/14
Lucas



AUTENTICAÇÃO PRESENTE FOTOCÓPIA QUE CONFERE
COM O ORIGINAL DOU FE
EM TESTEMUNHO DA VERDADE
FORTALEZA.
19 AGO 2014
bel. CICERO MOZART MACHADO-TABELIÃO
bela. Ma. SALMA ONOFRE MACHADO-TABELIÃO SUBSTITUTA
MARIA DAS GRAÇAS SOARES-ESCREVENTE



AVALIAÇÃO CINESIOLÓGICA FUNCIONAL

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

MARCUS ANSELMO DE SOUZA

vítima de acidente de trânsito, em 10/06/14, sofreu:

Fratura de 5ª metacarpiana direita com lesões
em pé direito, diminuição da amplitude de movimento
do pé direito, bloqueio rotacional por flexão e extensão
de 5ª metacarpiana, diminuição de força em pé
direito, dificuldade de decubitar com dor
moderada.

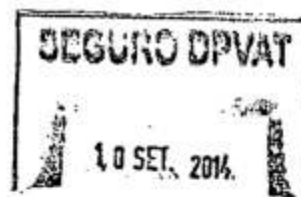
e submeteu-se a tratamento(s):
* Ulnia wasserbauer
* Uringin

Encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,

Com grau de incapacidade funcional irreversível de:

70% para 5ª metacarpiana direita

40% para pé direito



Assinatura: 06/08/14

Dr. Roberto Lessa
Fisioterapia Osteopatia
CREFITO-137305-F
Dr. Roberto Rodrigues Lessa

CREFITO6 - 137305 - F

100403

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
PARTIDAO NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: MARCUS ANSELMO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR: 94002027257 SSPDS CE

CPF: 609.212.507-20 DATA NASCIMENTO: 13/01/1960

PLACAO: JOSE ANASTACIO DE SOUZA
GERALDA BORGES DE SOUZA

PERMISSAO: ACC CALEHA A

AP. EMISSAO: 05767681348 VALIDEZ: 28/11/2017 1ª HABILITACAO: 30/04/2013

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO;

Marcus Anselmo de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: PORTALEZA, CE DATA EMISSAO: 12/05/2014

10-V-279

64701655086
CE141729414

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR 958551698

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL: 958551698

SEGURO DPVAT
10 SET. 2014

DU1

"1004032"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011610342105

VIA PPT 01 Cód. RENAVAM 00547381336 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2014

NOME
 MARCUS ANSELMO DE SOUZA

FORTALEZA

/CE

CPF / CNPJ 60921250720

PLACA ORZ6733/CE

PLACA ANT / UF /CE

CHASSI 9C2JC4110DR118342

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO.APLIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2P/OCV/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

IPVA
 COTA ÚNICA
 VENC. COTA ÚNICA
 VENC. COTAS
 FAIXA I.P.V.A.
 PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,04 IOF (R\$) 14,34 PRÊMIO TOTAL (R\$) 143,38 DATA DE PAGAMENTO 22/04/2014

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA

DATA 24/04/2014

Igor Ponte

Superintendente

DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOA
 TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011610342105 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 24/04/2014

VIA 01 CPF / CNPJ 60921250720 PLACA ORZ6733

RENAVAM 00547381336 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2013 CILINDROS 09 Nº CHASSI 9C2JC4110DR118342

PRÊMIO TARIFÁRIO
 FNS (R\$) 129,04 DENATRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SEGUIR DO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/04/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

SEGURO DPVAT

10 SET. 2014

12