



347.084.482-87 2651741/93
 375607707/87 SSP-CE

104 00060 16 02 1993

Celia Nunes de Freitas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO FEDERAL DE EMPREENHADORES
 CENEP - CE

AUXILIAR DE EMPREENHADOR 007271 AE

CELIA NUNES DE FREITAS
 JOSE MARTINS NUNES
 MARIA FELIX DE PAIVA NUNES

FONTE BOA-AM 31 08 2005
 BRASILEIRA 16 11 1969

Fortaleza 17 08 2004 *[Signature]*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 015382553290
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CDD RENAVAM: 213977567 R.A.T.R.C.: 0000000000 EXERCÍCIO: 2019

NOME: OSVALDO COSTA LIMA FILHO

MARACANAÚ /CE

CPF / CNPJ: 89051670397 PLACA: NUM3093/CE

PLACA ANT / UF: *****/CE CHASSI: 9C2KC1620AR032267

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL: GASOL/ALCO

MARCA / MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX ES ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2010

CAP / POT / cil: 2P/149CC CATEGORIA: PARTIC CCR PREDOMINANTE: PRETA

I P V A	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA		VENC. / COTAS	
	FAIXA I (R\$)	FAIXA II (R\$)	1ª	2ª	3ª	4ª
	80.11	0.32	84.58	22/07/2019		

PREMIO TARIFARIO (R\$): 80.11 IOF (R\$): 0.32 PREMIO TOTAL (R\$): 84.58 DATA DE VENCIMENTO: 22/07/2019

OBSERVAÇÕES: *****

LOCAL: MARACANAÚ DATA: 09/08/2019
Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 015382553290 BILHETE DE SEGURO DPVAT

89051670397 NUM3093 /CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15382553290 61185801284

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 09/08/2019

VIA: 1 CPF / CNPJ: 89051670397 PLACA: NUM3093

RENAVAM: 213977567 MARCA / MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX ES

ANO FAB: 2010 DATA: 09 Nº CHASSI: 9C2KC1620AR032267

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15 IOF (R\$): 0.32 TOTAL SEMPREVIDO (R\$): 84.58

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 22/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC16E2A032267



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366760/19

Vítima: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

CPF: 059.511.813-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/05/2019

Titular do CPF: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CELIA NUNES DE FREITAS : 347.084.482-87

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

GABRIEL ARAUJO DE SOUSA : 059.511.813-56

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: 21/10/2019
Nome: CELIA NUNES DE FREITAS
CPF: 347.084.482-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

CELIA NUNES DE FREITAS

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595441 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA **Data do acidente:** 29/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DE 3º, 4º E 5º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4/5/6_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595441 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA **Data do acidente:** 29/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DE 3º, 4º E 5º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4/5/6_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão DESEMPREGADO, residente e domiciliado à Rua 22, nº 142, bairro TEREISSATI J, Município de MARACANAÚ, Estado de(o) CEARÁ, Cep 61.910-000, portador(a) do Rg nº 06673503527, SSP/CE e CPF nº 059.511.813-56.

Outorgado: CELIA NUNES DE FREITAS, brasileiro (a), estado civil: DIVORCIADA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado (a) à Rua 08, nº 550, bairro NOVO MARACANAÚ Município de MARACANAÚ, Estado de (o) CEARÁ. CEP: 60.905-510 portador (a) do RG nº265174193 SSP/CEARÁ e CPF nº 347.084.482-87

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), 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) GABRIEL ARAUJO DE SOUSA, ocorrido em 29.05.2019 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), 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.

MARACANAÚ - CE, 17, de OUTUBRO de 2019

Cartório
Almeida Figueredo



Outorgante

CPF Nº 059.511.813-56

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595441

Vítima: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595441

Vítima: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004371

Conta: 000000022406-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

059.511.813-56

4 - Nome completo da vítima:

GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

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

5 - Nome completo:

GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

6 - CPF:

059.511.813-56

7 - Profissão:

DESEMPREGADO

8 - Endereço:

RUA 22

9 - Número:

142

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JEREISSATI I

12 - Cidade:

MARACANAÚ

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

61.910-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

AGÊNCIA:

4371

CONTA:

000 22406 6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não proibida

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,

MARACANAÚ - CE 18.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

NÃO ALFABETIZADO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019726195



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 415 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/10/2019 13:44:12**
Data / Hora da Ocorrência: **29/05/2019 23:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R 129, TIMBÓ - MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GABRIEL ARAÚJO DE SOUSA**
Nascimento: **13/04/1995** CPF:
RG: **20071633310** Órgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA VALDENORA ARAÚJO DE SOUSA**
ANTONIO BERTOLDO DE SOUSA
Endereço: **RUA 22, 142**
Bairro: **JEREISSATI I**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **3382-1739**

Histórico

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na noite do dia 29/05/2019, por volta das 23:30h, pilotava sua moto da marca Honda/ CG titan 150 de cor preta, com placas NUM 3093, que esta em nome de OSVALDO COSTA LIMA FILHO, pela rua 129 do timbó quando desequilibrou em sua moto por conta de um cachorro que passou atravessando a referida rua; que, quando tentou desviar, acabou colicindo com a calçada vindo cair ao chão; Que na queda, quebrou os 4 dedos do pé direito; Que fora de táxi até o hospital de Maracanaú para fazer os primeiros atendimentos e depois fora transferido para o hospital Dionísio em Pajuçara; Que informa que não possui CNH para moto; Que deseja registrar este B.O para dar entrada no seguro DPVAT. E nada mais disse////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PAULO CÉSAR CAMPOS SÁ - MAT.: 30122755

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Gabriel Araújo de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JAELAN ALVES DA SILVA - MAT.: 82769

Jaelan Alves da Silva
Delegado de Polícia Civil
Mat. 82.769

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

059.511.813-56

4 - Nome completo da vítima:

GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

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

5 - Nome completo:

GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

6 - CPF:

059.511.813-56

7 - Profissão:

DESEMPREGADO

8 - Endereço:

RUA 22

9 - Número:

142

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JEREISSATI I

12 - Cidade:

MARACANAÚ

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

61.910-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

AGÊNCIA:

4371

CONTA:

000 22406 6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não proibida

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,

MARACANAÚ - CE 18.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

NÃO ALFABETIZADO

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: 29/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04371

CONTA: 000000022406-6

Nr. da Autenticação ED6E032A3A4CE83B

Nº do Cliente:

3267461

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

Companhia Energética de Ceará

Rua Padre Valdevino, 190
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que estiver em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 019681880

Rota HA018009 - 38200

Referência 09/2019

Nome MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUSA

Endereço RU 0022 CONJ JEREISSATI I, 00142, CARLOS
JEREISSATI I, 61910-000, MARACANAU

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 25/09/2019

Medidor 2457383-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

CPF/CNPJ 07.047.251/0001-70

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.P.: 29 dias

Anterior

27/08/2019

Atual

25/09/2019

Próxima prevista

25/10/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Ant.	Leit. Atual	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	17.622	17.754	1,00	145	145	0	0,77274	112,82

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	21,17
CONSUMO	0,77274
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05829
COB VIVER BEM FAMILIAR - 0800 6000560	19,90
COB EMPRESTIMO PORTOCRED 0800 6000560	170,57

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	121,33	27,00	32,76
PIS	121,33	0,81	0,97
COFINS	121,33	3,69	4,47

VENIMENTO	20/10/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	332,97
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	770.168.133-20
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emissão kg (CO ₂)	56,99	Compensação kg (CO ₂)	0,00
Compensação Ecológica (R\$/CO ₂)			

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref: 2019/08 Valor R\$423,70). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art. 173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000003267461.

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/08 - 25/09

Nº do Cliente: 3267461
25/09/2019
Data de Emissão: 019681880
Nº da Nota Fiscal: 838000000033 32970031010

Referência: 09/2019
332,97
Total a Pagar (R\$): 10004031665
Nº do Controle: 7 00403166507 4 00003267461 9

V: [1.0.0.5]
CUB - 9701472508



838000000033 32970031010 7 00403166507 4 00003267461 9

475072

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Veloso, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 02.105.885-3



Para solicitar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 006308201

Rota MA015U17

Referência 08/2019

Nome CELIA NUNES FREITAS

Endereço RUA 08 NOVO MARACANAU, 61905-510, MARACANAU

00550, SEN BAIRRO 2600-000,

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 23/08/2019

Medidor 4867413-EL0-446

ÁREA RESERVADA AO FISCO

006308201/0001-70

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

31/08/2019

Anterior

24/07/2019

Atual

23/08/2019

Próxima prevista

23/09/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	29,571	29,182	1,00	389	20	369	0,80835	314,45

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

-

59,47

ADICIONAL BAND. AMARELA

0,00524

2,04

ADICIONAL BAND. VERMELHA

0,04676

18,19

CONSUMO

0,80835

314,45

COB CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916

-

21,90

PARCELAMENTO NORMAL 1/10

-

84,06

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	334,68	27,00	90,35
PIS	334,68	1,35	4,50
COFINS	334,68	6,16	20,61

VENCIMENTO 25/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

500,11

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 347.084.482-87

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões

pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) Compensada kg (CO₂)

151,86 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)



INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 25/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 23/08

Nº do Cliente: 475072

Data de Emissão: 23/08/2019

Nº da Nota Fiscal: 006308201

Referência:

08/2019

V: [1.0.0.4]

Total a Pagar (R\$):

500,11

Nº de Controle:

30001392566

8386000005 0 00110031030 1 00139256607 7 00000475072 1



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CENA NUNES DE FREITAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.084.482 / 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GABRIEL ARAUJO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.511.813 / 56

do sinistro de DPVAT cobertura INVANDEZ da Vítima GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.511.813 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA - 08</u>	Número: <u>550</u>	Complemento:
Bairro: <u>NOVO MARACANAÚ</u>	Cidade: <u>MARACANAÚ</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail:	CEP: <u>61.905-510</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: MARACANAÚ - CE 18.10.2019



Assinatura do Declarante

ABEMP

HMJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
RUA JOAO DE ALENÇAR,S/N,CENTRO/MARACANAÚ-CE
CEP:61900-150 FONE:(85)35215500



1901272299		25/05/2019 21:28:09		FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA			NOTURNO		68				
Paciente GABRIEL ARAUJO DE SOUSA				Data Nascimento 13/04/1995		Idade 24 A 1 M 12 D		CNS		CPF		Prontuário	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(APARDA		Raça/Cor MARACANAU - CE		Naturalidade BRASIL		Nacionalidade	
Mãe MARIA VALDENORA ARAUJO				Pai NI		Contato		CEP: 61.900-400		Ocupação			
Endereço RUA - 1 - 142 - JEREISSATI I - MARACANAU - CE				Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento PRONTO ATENDIMENTO				Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor SPA				Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por: JOAOPS		Pressão			
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem								GSC		TOTAL			
								AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA ____:____h) <i>Paciente vítima de acidente por moto com fratura do pé direito.</i> <i>Comissão. Paciente medicado no URG.</i>													
Exame Físico <i>Pé direito com edema e dor</i>													
Hipótese Diagnóstica <i>Fratura pé direito</i>													
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO -X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____													
PRESCRIÇÃO <i>R-x pé direito com fratura</i>								APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☒ Transferência para: <i>ABEMP</i> Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____													
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Análise Patológica ____/____/____ <i>Dr. João Paulo de Sá</i> <i>Chirurgião Geral</i> <i>CPM 15/618</i>													
Assinatura do Paciente ou Responsável								Carimbo e Assinatura do Médico <i>Gilson Assunção de Figueiredo</i> <i>Dr. João Paulo de Sá</i> <i>Chirurgião Geral</i> <i>CPM 15/618</i>					
Impresso por: joaops Data Hora: 25/05/2019 22:49:51								CONFERE COM O ORIGINAL EM: <i>07/08/19</i> <i>João Paulo de Sá</i> Gilson Assunção de Figueiredo Diretor Clínico - HMJEH - CREMEC 1025					
								 1901272299					



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante
Associação Beneficente Médica Pajuçara
Nome do Estabelecimento Executante
Associação Beneficente Médica Pajuçara
CNES
2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente
GABRIEL ARAUJO DE SOUSA
Cartão Gestante
Nome Social
Nº Prontuário
30248
Cartão Nacional de Saúde (CNS)
709605630087579
Data de Nascimento
13/04/1995
Sexo
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3
Raca / Cor
PARDA
Etnia
Nome da Mãe
MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUZA
DDD
85
Telefone de Contato
987981282
Nome do Responsável
DDD
Telefone de Contato
Município de Nascimento
MARACANAU
UF
CE
Nacionalidade
BRASILEIRA
Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)
22
Nº
142
Bairro
JEREISSATI I
Município de Residência
MARACANAU
Código IBGE do Município
2307650
UF
CE
CEP
61900470
Ponto de Referência
Documento
☐ CPF ☐ RG ☐ R.Civil ☐ PIS/PASEP ☐ Ignorado

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante
Nº Cons. Classe
CPF
Ass. e Carimbo do Diretor Clínico

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Assunto: lesão de 1º grau

Condições que Justificam a Internação

R. 1

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico Inicial
CID 10 Principal
CID 10 Secundário
CID 10 Causas Associadas
Nº Notific. Compulsória

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado
Código do Procedimento Solicitado
Código do Caráter de Internação
☒ 2 Urgente ☐ Eletivo
Clínica
TRAUMATO ORTOPEDIA
Leito Complementar
ENFER/GERAL/TRA2 - 2-3
Equipamentos Requeridos para a Internação

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante
WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA
Documento
☒ CPF ☐ CNES
Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
127993485991
Nº Registro de Classe
764
Data da Solicitação
29/05/2019
Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº do Conselho de Classe
Data Deselada para Internação
29/05/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

☐ AC DE TRANSITO
☐ ACID. TRAB/TÍPICO
☐ AC TRAB/TRAJETO
CNPJ da Seguradora
Número do Bilhete
CNAE da Empresa
CBOR
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

Nome do Profissional Autorizador

Documento
☐ CPF ☐ CNS
Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador

Data da Autorização
Código do Órgão Emissor
M230765001

Nº Registro Cons. de Classe
Ass. do Autorizador/Carimbo

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONSELHO CLÍNICO
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA PAJUCARA
CNPJ: 06.587.511/0001-06
MARACANAU - CE 10101-199

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
ANAMNESE DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA REGISTRO: 30240
IDADE DO PACIENTE: 24 anos 1 mês 16 dias
DATA DE NASCIMENTO: 13/04/95 NÚMERO DO CNS: 709605630087579
NOME DA MÃE: MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUZA NOME DO PAI: «030» ANTONIO BERTOLDO DE SOUSA
ENDEREÇO: 22 NÚMERO: 142 BAIRRO: JEREISSATI I
RG: ORGÃO EXPEDIDOR: CE CPF:
TELEFONE PARA CONTATO:

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO: 29/05/19 HORA: 10:18:30
MÉDICO: WALTER CANDIDO DE OL CRM: 7841 ESPECIALIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA
CONVÊNIO: SUS CATEGORIA: SUS
QUARTO/LEITO: ENFER/GERAL/TRA2 - 2 UNIDADE: UNIDADE A
FORMA DE CHEGADA: PROCEDÊNCIA: SITUAÇÃO:

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

() CURADO () A PEDIDO () MELHORADO () INALTERADO
() TRANSFERIDO: _____
() OUTRA: _____

DATA DA ALTA: __/__/__

HORA DA ALTA: __: __

MARACANAÚ, _____

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ 06.581.100/01-06
MARACANAÚ-CE 10.10.19

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

PRONTUÁRIO:

UNIDADE DE INT./LEITO: _____

DATA DE NASCIMENTO: 13/04/95

NOME DA MÃE: MARIA VALDENORA ARAUJO DE SOUZA

ENDEREÇO: 22

NÚMERO: 142

BAIRRO: JEREISSATI I

CIDADE: MARACANAÚ

UF: CE

TELEFONE:

DATA DE INTERNAMENTO: 29/05/19

MOVIMENTO SAÍDA:

ALTA:

() CURADO

☒ MELHORADO () A PEDIDO () EVASÃO

ÓBITO:

() DECLARAÇÃO P/ MÉDICO ASSISTENTE

() DECLARAÇÃO IML/SVO

TRANSFERÊNCIA:

() ESTABELECIMENTO/HOSPITAL TRANSFERIDO: _____

RESUMO CLÍNICO:

*Gabriel Araújo de Sousa
Paciente de 22 anos, masculino, branco, solteiro, residente em Jereissati I, Maracanaú, CE. Histórico de trauma por queda de altura, com fratura de fêmur direito. Tratado com fixação cirúrgica. Evoluiu bem, sem complicações. Alta médica.*

TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA DA REALIZAÇÃO, CÓDIGO DO PROCEDIMENTO, ÓRTESE, PRÓTESE, ETC)

17/05/19

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: (DISCRIMINAR E QUALIFICAR TODOS OS EXAMES)

Exames complementares realizados: Rastreamento de sangue para hemograma, glicemia, colesterol, creatinina e uréia. Todos dentro da normalidade.

ORIENTAÇÕES:

Retorno ao ambulatório em 15 dias para avaliação da cicatrização e retirada da fixação cirúrgica.

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA.

*Walter Candido de Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CRM - CE 2882*

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ: 06.587.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 10/07/19

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

① Maltose
② Maltose + Glucose
③ Glucose + Fructose

Walter Candido de Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CRM - CE 7841

4^o Auxiliar

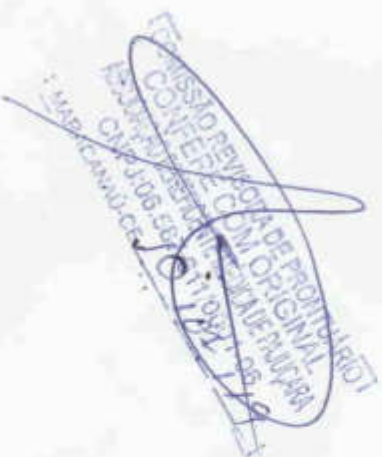
Assinatura e Carimbo

3^o Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e insumo.





Convênio: SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fone: (85) 9.8705-3716

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO				
DATA E HORA	<i>05/10/2017 14h</i> <i>Walter Candido de Oliveira</i> Ortopedia / Traumatologia CRM - CE 7841 <i>Walter Candido de Oliveira</i> <i>COMISSÃO INTERNA DE PRONTUÁRIO</i> COPIA PARA O COORDENADOR ASSINATURA DO COORDENADOR CRM - CE 11000-8 1 MARACANAÚ-CE <i>05/10/2017</i>			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 NOME: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

DOC. EMPREGO / OUT. VENCER W
 3325469 NTPS CE

CPF 059.511.813-56 DATA NASCIMENTO 13/04/1995

PRACAO
 ANTONIO BERTOLO DE SOUSA
 MARIA VALENCIA ARAUJO DE SOUSA

Formulo ACC CECIM 2

Nº REGISTRO 05473503527 VALOR 22/04/2021 1ª VALIDAÇÃO 03/08/2016

SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura do Portador

LOCAL PORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 13/09/2017

65466913256
 CE161359230

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1544617681

PROIBIDO PLASTIFICAR 1544617681

Em caso de periculação
 (85) 98841.6709
 99850.5855