

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> 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 **WEB1.20.01620991-5** em **17/12/2020 09:30:37**.
- 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 : 0269787-92.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01620991-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 17/12/2020 09:30:37

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

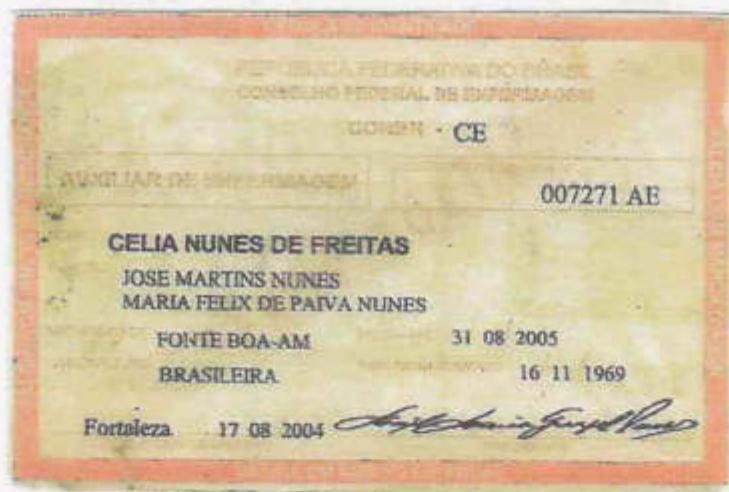
Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2775001_CONTESTACAO_01 - 1-12.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2775001_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-22.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 000 RENAVAM: 000000000000
DIG: 1 213977567 EXERCÍCIO: 2019

NOME: OSVALDO COSTA LIMA FILHO

MARACANAU /CE

CPF / CNPJ: 89051670397 PLACA: NUM3093 /CE

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

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

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

CAP / POT / CIL: 2P / 149CC CATEGORIA: PARTIC COR PRIMORDIANTE: PRETA

I P V A	COTA UNICA		VENC. COTA UNICA		VENC / COTAS	
	*****	*****	*****	*****	*****	*****
	FAZER PVA	*****	PARCELAMENTO / COTAS	*****	2*	*****
					3*	*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IDP (R\$) 0.32 PRÉMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 22/07/2019

OBSERVAÇÕES: *****

LOCAL: MARACANAU DATA: 09/08/2019
Igor Ponte
Superintendente
DETAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015382553290 BILHETE DE SEGURO DPVAT

99051670397 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 FAB: 09 CHASSI: 9C2KC1620AR032267

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$) 36.05 IDP (R\$) 0.01 CUSTO DO BILHETE (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.15 IDP (R\$) 0.32 TOTAL ENTRADA / PAGAMENTO (R\$) 84.58

COTA UNICA PAGAMENTO (R\$) 22/07/2019

PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 22/07/2019

PRATICADO

PARCELADO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366760/19

Vítima: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

CPF: 059.511.813-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/05/2019

Titular do CPF: GABRIEL ARAUJO DE SOUSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Valorização 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

Valorização 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 **DESEM PREGADO**, residente e domiciliado à Rua **22**, nº **142**, bairro **JEREISSATI I**, Município de **MARACANAÚ**, Estado de(o) **CEARÁ**, Cep. **61.910-000**, portador(a) do Rg nº **066.735.03527**, 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 Figueiredo

Outorgante
CPF Nº **059.511.813-56**

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

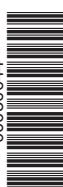
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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 APAUJO 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 APAUJO DE SOUSA

6 - CPF:

059.511.813-56

7 - Profissão:

8 - Endereço:

DESEM PREGADO RUA 22

9 - Número:

142

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JEIREISSATI I

12 - Cidade:

MARACANDU

13 - Estado:

CE

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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, informar Vivos: Falecidos: 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valerácer): 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 Lider 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 profissional)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **MARACANDU-CE 18.10.2019**

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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 N° 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** Orgão 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 colidindo 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 Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

JAELEN ALVES DA SILVA - MAT.: 82769

*Jaelen 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 APAUJO 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 APAUJO DE SOUSA

6 - CPF:

059.511.813-56

7 - Profissão:

8 - Endereço:

DESEM PREGADO RUA 22

9 - Número:

142

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JEIREISSATI I

12 - Cidade:

MARACANDU

13 - Estado:

CE

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 profissional)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, MAPACANDU-CE 18.10.2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 190
CEP 60135-040 - Fortaleza CE
CNPJ 07.047251/0005-70 | CGF 08.105.948-3

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

Rota HA018U09 - 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

Modelidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligaçao Monofásico

Emissão 25/09/2019

Medidor 2457383-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

44017224912407545350.000000

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.P.: 29 dias

Anterior 27/09/2019 Atual 25/09/2019

Faturamento previsto 25/10/2019

MÉDIA MENSAL: 1.020,00 kWh / MÉDIA ANUAL: 1.020,00 kWh / MÉDIA MENSAL: 1.020,00 kWh / MÉDIA ANUAL: 1.020,00 kWh

DADOS DA MEDICAO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Méd (kWh)	Consumo Inc. (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (kWh)	Valor (R\$)
PF	17.520	17.428	1.02	1.02	0	1.02	0,77274	112,82

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	-	21,17
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,77274	112,82
COB VIVER BEM FAMILIAR - 0800 6000560	0,05829	8,51
COB EMPRESTIM PORTOCRED 0800 6000560	-	19,90
	-	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

VENCIMENTO	20/10/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	332,97
CONSUMO CONSCIENTE			
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões		770.108.333-20	
pelo consumo de energia elétrica.			
56,99	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇOES AO CLIENTE

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/08 Valor R\$423,70). A inadimpléncia possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Podera 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. Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/08 - 25/09

Nº do Cliente: 3267461 Referência: 09/2019 V: [1.0.0.5]
Data de Emissão: 25/09/2019 Total a Pagar (R\$): 10004031665
Nº da Nota Fiscal: 838000000003 3 32970031010 7 00403166507 4 00003267461 9
Nº do Controle:



838000000003 3 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 Padre Vellozino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CEE 08.103.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N.º 006308201

Rota MA015U17

Referência 08/2019

Nome CELIA NUNES FREITAS

Endereço RUA 08 NOVO MARACANAU

00550, SEN BAIRRO 2600-000,

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 23/08/2019

ÁREA RESERVADA AO FISCO

Medidor 4867418-EL0-446

INSCRIÇÃO FISCAL 006308201

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F. 30/08

Anterior 24/07/2019 Atual 25/07/2019 Próxima prevista 26/08/2019



DADOS DA MEDICÃO

Posto	Lef. Atual	Lef. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Falt. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	29.571	29.182	1.00	399	22	377	0,00524	59,47

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	TARIFA	VALOR (R\$)
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00524	2,04
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,04676	18,19
CONSUMO	0,00835	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	

EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh) Compense suas emissões	0,00%
Emitido kg (CO ₂)	151,86
Compensado kg (CO ₂)	0,00
Consciência Ecológica (SCO)	100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

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

Nº do Cliente: 475072 Referência: 08/2019 V: [1.0.0.4]
 Data de Emissão: 23/08/2019 Total a Pagar (R\$): 500,11
 N.º da Nota Fiscal: 006308201 N.º de Controle: 30001392566

83860000005 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, APPLICATE 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 Lider-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>MAR - 08</u>	Número:	<u>550</u>	Complemento:
Bairro:	<u>NOVO MARACANAU</u>	Cidade:	<u>MARACANAU</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>61.905-510</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: MARACANAU - 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:81900-150 FONE:(85)35215500

Impresso por: joaobs
Data Hora: 25/05/2019 22:49:51

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 07 108 15

Glison Assunção de Figueiredo
Diretor Clínico - HM3EH - CREMEC 1025





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara	CNES 2372150
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 Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Raça / 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 MARACANAÚ	UF CE	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) 22
--------------------------------------	----------	-----------------------------	--

Nº 142	Bairro JEREISSATI I	Município de Residência MARACANAÚ	Código IBGE do Município 2307650	UF CE	CEP 61900470
-----------	------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	----------	-----------------

Ponto de Referência	Documento	<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> RG	<input type="checkbox"/> R.Civil	<input type="checkbox"/> PIS/PASEP	<input type="checkbox"/> 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

Condições que Justificam a Internação

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)
--

Diagnóstico Inicial	CID 10 Principal 5292	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas	Nº Notific. Compulsória
---------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento Solicitado
--------------------------------------	-----------------------------------

Código do Caráter de Internação <input type="checkbox"/> Urgente <input checked="" type="checkbox"/> Eletrônico	Clínica TRAUMATO ORTOPÉDIA	Leito Complementar ENFER/GERAL/TRA2 - 2-3
--	-------------------------------	--

Equipamentos Requeridos para Internação

Nome do Profissional Solicitante WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA	PROFISSIONAL SOLICITANTE
--	--------------------------

Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 227993485991	Nº Conselho de Classe 7845
--	---	-------------------------------

Data da Solicitação 29/05/2019	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº do Conselho de Classe	Dia Desejado para Internação 29/05/2019
-----------------------------------	---	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)			
<input type="checkbox"/> AC DE TRANSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bilhete	
<input type="checkbox"/> ACID. TRAB/TÍPICO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBOR
<input type="checkbox"/> AC TRAB./TRAJETO			

Vínculo com a Previdência <input checked="" type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado
---	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Nome do Profissional Autorizador	
----------------------------------	--

Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	Nº do CNS/CPF Profiss. Autorizado
--	-----------------------------------

Data da Autorização / /	Código do Órgão Emissor M230765001
----------------------------	---------------------------------------

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

COMISSÃO REVISORA DE PRONTO-ARQUIVO
CONCEPÇÃO MARQUES
ASSOCIADA DE MÉDICA DE PAMARANA
CNPJ: 05.387.611/0001-06
MARACANAÚ/CE 10182-19

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
ANAMINESE 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:

Febre, Abdome doloroso, drenagem de líquido pleural
29/05/19

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

R2

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Artefato

CONDIÇÕES DE ALTA:

() CURADO () A PEDIDO

() MELHORADO

() INALTERADO

() TRANSFERIDO:

() OUTRA:

DATA DA ALTA:

HORA DA ALTA:

MARACANAÚ,

*Walter Cândido de Oliveira
CRM / Ortopedia / Traumatologista
CE 7841*

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.

*COMISSÃO REVISORIA DE PRONTUÁRIO
CONFIRME CONFIORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ 06.581.001/0001-06
MARACANAÚ-CE 10101119*

RUA JOÃO CONRADO, 363, PAJUÇARA - MARACANAÚ.

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

TELEPHONE:

FEED, ONE.

DATA DE INTERNAMENTO: 29/05/19

MOVIMENTO SAIDA:

ALTA:

() CURADO

MELHORADO A PEDIDO EVASÃO

() A PEDIDO

3) EVASÃO

ÓBITO:

() DECLARAÇÃO P/ MÉDICO ASSISTENTE

() DECLARAÇÃO IML/SVO

TRANSFERÊNCIA:

() ESTABELECIMENTO/HOSPITAL TRANSFERIDO:

RESUMO CLÍNICO:

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

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

ORIENTAÇÕES:

CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA.

~~COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
ENTREGUE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFAICIENTE MARACANAÚ-CE
CNPJ: 06.587.317/0001-06
MARACANAÚ-CE 10/10/19~~

10

W. H. B. F. G.

Feb 11 1964

RPn
Walter, Orthoped. Condito
Grau, Trauma de Olívelo
-CE 7841
-Oncologico

Cirurgia

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

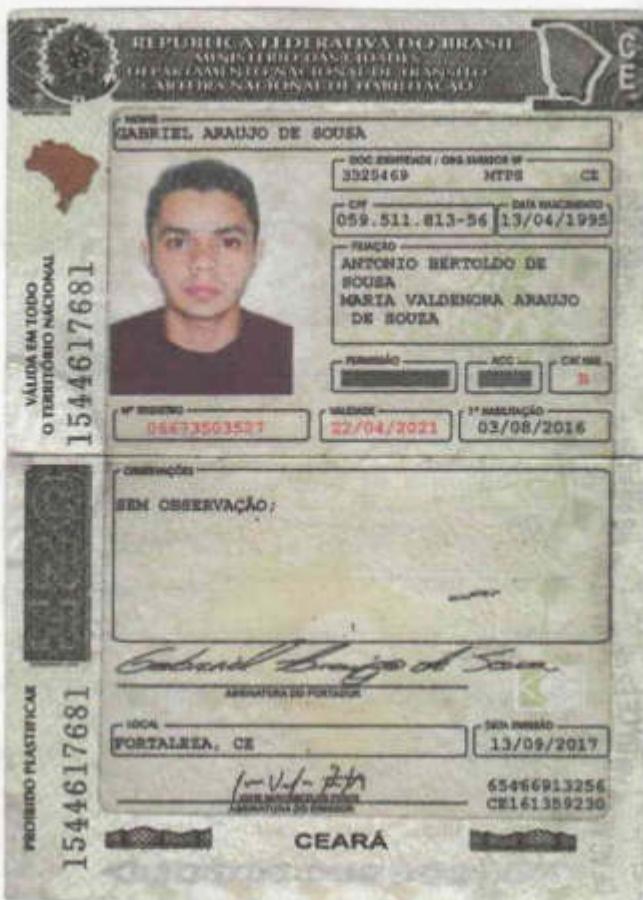
100

Assinatura e Currículo 66 ANTES

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

Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
DATA E HORA			
 Walter Cândido de Oliveira Ortopedia / Traumatologia CRM - CE 7841			



Em caso de perda:
(85) 98841.6709
99850.5855