



### PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

|                |                                    |              |                 |
|----------------|------------------------------------|--------------|-----------------|
| OUTORGANTE     | Ruijaci Barbosa de Souza           |              |                 |
| NACIONALIDADE  | Brasileiro                         | TELEFONE     |                 |
| RG             | 91002188906                        | ESTADO CIVIL | solteiro        |
| CPF            | 426.932.683-20                     | PROFISSÃO    | Pintor de autos |
| ENDEREÇO       | Rua Ricardo Pentes, nº 928, casa A |              |                 |
| BAIRRO         | Genibau                            | CEP          | 60.534-020      |
| MUNICIPIO / UF | Fortaleza/CE                       |              |                 |

**OUTORGADA: CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 09 de Dezembro de 2020

Ruijaci Barbosa de Souza  
OUTORGANTE

CAROLINA FREITAS  
Advogada - Inscrição nº 23.787  
OAB/CE - 23.787

☎ 85 3055.9918 / 96575.2546 / 99919.5551  
✉ carolinafreitasjuridico@gmail.com  
na supervisão de  
☞ Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, Centro  
Fortaleza/CE



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURIDICA

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Ricaci Barbosa de Souza, brasileiro(a),  
solteiro, pintor de autos, portador(a) da Carteira de  
Identidade/RG nº 91002188906, e inscrito (a) no CPF sob o nº  
426.932.683-20, residente e domiciliado (a) na Rua  
Ricardo Pentes, nº 928, no bairro  
Cemilvaú, na cidade Fortaleza, CEP 60.534-020,  
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar  
com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha  
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 09 de Dezembro de 20 20

RICACI BARBOSA SOUZA

Declarante



## DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Dijaci Barbosa de Souza, brasil  
eiro(a), solteiro, pintor de autos, portador(a) da cédula de Identidade Nº  
91002188906 e CPF Nº 426.932.683-20, DECLARO  
que resido no seguinte endereço: Rua Ricardo Pontes, nº  
928, no bairro Genibaú, na cidade de Fortaleza, CEP  
60.534-020, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a  
propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG,  
sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 09, de Dezembro, de 2020

DIJACI BARBOSA SOUZA  
DECLARANTE



## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, Diíaci Barbosa de Souza, portador (a) do RG nº 910021889016, e CPF 426.0932.683-20, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 04/05/2020, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

**“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”**

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 09 de Dezembro de 2020

Diíaci BARBOSA SOUZA  
Declarante

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

CAROLINA FREITAS  
Advogada Previdenciária e Cível  
OAB/CE 23787

☎ 85 30552918 | 96575 7546 | 999185551  
✉ contato@carolinafreitasadv.com  
📍 Rua Pedro Borges, Nº 520, Ed. Palácio Progresso, sala 520, 5º andar, Centro.



# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP  
125.15024.41-8

NÚMERO 5022818 SÉRIE 0040 UF CE

DIJACI BARBOSA DE SOUZA

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO

Digitado com Cartão



DIJACI BARBOSA DE SOUZA

FILIAÇÃO..... JOAO BATISTA DE SOUZA  
MARIA ONEZIA DE SOUZA

NASCIMENTO..... 07/08/1966 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL..... CASADO

NATURALIDADE: MIRAIMA - CE

DOCUMENTO..... R.G. 91002188906 SSI: 23/02/2012

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 426.932.683-20 CNH.....

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATE DE EMISSÃO: SRTE/CE - 04/11/2013

FRANCISCO JOSÉ PONTES MOURA

ASSINATURA DO EMISSOR

Digitado com Cartão



Nº de Inscrição:

0011787287

## DADOS DO CLIENTE

DIJACI BARBOZA DE SOUZA  
RUA RICARDO PONTES, 928, A, GENIBAU  
FORTALEZA - CEP: 60.534-020  
Codificação: 001.092.00.053.00.0173.0001.0  
Padrão do imóvel: BÁSICO

## ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volume(m³) | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|------------|----------------------|
| AGUA    | A06F406247 | 93               | 96            | 3          | 2                    |

## DATAS

Leitura Atual: 16/10/2020 Emissão: 30/11/2020 Lacre Água: 362357  
Leitura Anterior: 16/09/2020 Próxima Leitura: 17/11/2020 Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2020

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 255   | 255      | 061 | 255               | 255              |
| Analisadas      | 316   | 314      | 308 | 314               | 314              |
| Em conformidade | 316   | 311      | 299 | 310               | 314              |

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

|                        | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |
|------------------------|-------------|---------------------|
| AGUA                   | 28,30       | Mês/Ano             |
| ESGOTO                 | 22,64       | OUT/2019            |
| JUROS DE 0,033% AO DIA | 1/1 1,10    | NOV/2019            |
|                        |             | DEZ/2019            |
|                        |             | JAN/2020            |
|                        |             | FEV/2020            |
|                        |             | MAR/2020            |
|                        |             | ABR/2020            |
|                        |             | MAI/2020            |
|                        |             | JUN/2020            |
|                        |             | JUL/2020            |
|                        |             | AGO/2020            |
|                        |             | SET/2020            |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | SUBSÍDIO            | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|---------------------|-------------|
| PIS       | 0,50        | Descrição           |             |
| COFINS    | 2,48        | VALOR DO SERVIÇO    | 75,08       |
|           |             | VALOR DO SUBSÍDIO   | 23,04       |
|           |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 52,04       |

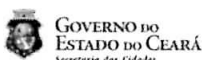
MÊS/ANO 10/2020 VENCIMENTO 06/11/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 52,04

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

## INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.  
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

## AVISOS



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0011787287  
Vencimento: 06/11/2020

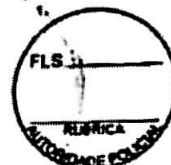
Mês/Ano: 10/2020  
Total(R\$): 52,04

CONTA PAGA

EMISSION: CAGECEAPP 30/11/2020 03:37:37



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**  
 Impresso nº 2020353404



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 837 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

**Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
**Data / Hora da Comunicação: 16/06/2020 13:58:55**  
**Data / Hora da Ocorrência: 04/05/2020 12:00:00**  
**Endereço da Ocorrência: AV A, CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE**  
**Ponto de Referência:**

**Dados da(s) Vítima(s)**

**Nome: DIJACI BARBOSA DE SOUZA**  
**Nascimento: 07/08/1966 CPF:**  
**RG: 91002188906 Orgão Emissor: SSPDS UF: CE**  
**Filiação: MARIA ONÉZIA DE SOUZA**  
**JOÃO BATISTA DE SOUZA**  
**Endereço: RUA RICARDO PONTES, 928**  
**Bairro: GENIBAU**  
**Município: FORTALEZA/CE CEP:**  
**País: BRASIL Telefone: (85) 98983-3645**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: NZI1149 Uf: BA Município: SANTO AMARO Chassi:**  
**9C6KG0460C0038053 Renavam: 386958378 Tipo do Veículo:**  
**MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/FAZER YS250 Ano**  
**Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor:**  
**ROXA Proprietário: FABIO SANT ANA GOMES Situação: NÃO**  
**INFORMADO Envolvimento: COLISAO**

**Histórico**

**COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA NA GARUPA DE UMA MOTO DE PLACA NZI-1149 QUE ERA PILOTADA POR DIEGO MESQUITA BARBOSA CNH NUMERO 05533938810, TRAFEGAVAM NA AV. A QUANDO UM CARRO COLIDIU COM A MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA, E NADA MAIS DISSE. ////////////////**  
**OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.**  
**PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**FRANCISCO DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**DIJACI BARBOSA DE SOUZA**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7**

**DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**Consolidado em: 16/06/2020 14 07:33**

**Pág. 1 de 1**

**Impresso em: 16/06/2020 14 07:33**

*condenadora*

*14 //*





Prefeitura de  
**Fortaleza**

**HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS  
NEUMANN  
PLANO TERAPÊUTICO**

fls. 22

**AValiação CLÍNICA ADMISSiONAL**

**NOME:** DIJACI BARBOSA DE SOUZA

**Nº PRONTUÁRIO:** 90743

**Unidade de internação:** POSTO 6

**Serviço (clínica):** ORTOPEDIA

**Médico assistente:**

*Gabriel Couto*

**CRM:** 20024

**Unidade hospitalar - posto:** POSTO 6

**Enfermaria:** P06

**Leito:** 02

**Queixa principal:** "CAI DE MOTO ONTEM"

**História da doença atual**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1 DIA MOTO-CARRO. EVOLUIU COM FRATURA ARTICULAR DE PUNHO ESQUERDO E PÉ DIREITO. NEGA FEBRE, TOSSE, DOR OU OUTROS SINTOMAS.

HFPP: NEGA COMORBIDADES, NEGA USO DE MEDICAÇÕES CONTÍNUAS E NEGA ALERGIAS

**Exame físico**

BEG, AAA, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ORIENTADO E COOPERATIVO, GLASGC V 1

AC: RCR 2T BNF S/S

AP: MVU S/ RA

ABD: PLANO, RHA+, FLÁCIDO, SEM MASSAS, INDOLOR

EXT: PERFUNDIDAS, PPP E SIMÉTRICOS. MSE E MID COM TALA

**Exames Complementares**

VIDE PRONTUÁRIO

**Hipóteses Diagnósticas**

1. FRATURA ARTICULAR DE PUNHO ESQUERDO E PÉ DIREITO

**Conduta**

SOLICITO EXAMES

**Data:** 12/03/2020

**Assinatura/Carimbo do Solicitado**



Prefeitura de  
**Fortaleza**

**HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS  
NEUMANN  
PLANO TERAPÊUTICO**

Av. Lineu Machado, 145 – Jôquei Clube  
CEP: 60520-100 Fone: (85) 3233-3545  
Fortaleza - Ceará

**NOME:** DIJACI BARBOSA DE SOUZA

**DATA DE NASC:** 90743

**NOME DA MÃE:** MARIA ONEZIA DE SOUZA

**DATA DE ADMISSÃO:** 05/05/2020





Transferência

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICACAO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE

|                                      |                                                           |       |         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|---------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: | Hospital Distrital Evandro Ayres De Moura Antônio Bezerra | CNES: | 2515683 |
| NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:  |                                                           | CNES: |         |

### IDENTIFICACAO DO PACIENTE

|                           |             |                         |            |                                      |     |           |      |                |
|---------------------------|-------------|-------------------------|------------|--------------------------------------|-----|-----------|------|----------------|
| NOME DO PACIENTE:         |             | DIJACI BARBOSA DE SOUZA |            | PRONTUARIO                           |     | 41101     |      |                |
| NUM. RESERVA              | SOLICITACAO | NUM. AIH                | RAE:       | SPA                                  |     |           |      |                |
| CARTAO NACIONAL DE SAUDE: |             | NASC:                   | 07/08/1966 | SEXO:                                | M   | RACA/COR: |      | PARDO          |
| NOME MAE:                 |             |                         |            | maria onezia de souza                |     | CONTATO:  |      | (85)98983-3645 |
| NOME RESP.:               |             |                         |            | O MESMO                              |     | CONTATO:  |      | NI             |
| ENDEREÇO:                 |             |                         |            | Rua Ricardo Ponte 928 Parque Genibaú |     | CONTATO:  |      | NI             |
| MUNICIPIO:                |             | Fortaleza               |            | COD. IBGE:                           | UF: | CE        | CEP: | 60.534-020     |

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

Fratura Anticubital do Punho Esq +  
Fratura articular do Pé Din.

#### CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Tratamento Cirúrgico

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Radiografia

|                      |                   |                    |                           |
|----------------------|-------------------|--------------------|---------------------------|
| DIAGNOSTICO INICIAL: | CID 10 PRINCIPAL: | CID 10 SECUNDARIO: | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: |
| Fx Rádio Distal      | S.52.5            | S92.3              |                           |

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                       |                        |                                                           |                                                                                             |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: |                        | CODIGO DO PROCEDIMENTO:                                   |                                                                                             |
| OSTEOSSÍNTESE                         |                        |                                                           |                                                                                             |
| CLINICA:                              | CARATER DA INTERNAÇÃO: | DOCUMENTO:                                                | No. DOCUMENTO DO SOLICITANTE:                                                               |
| ORTOPEDIA                             | URGENTE                | <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | Dr. Eduardo Figueiredo                                                                      |
| NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:     |                        | DATA SOLICITACAO:                                         | ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:                                           |
| EDUARDO A. FIGUEIREDO                 |                        | 05.05.2020                                                | ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA<br>CIRURGIA DE MÃO e MICROCIRURGIA<br>CRM/CE 12.748 / TEOT 15.996 |

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                    |                     |                  |        |
|----------------------------------------------------|---------------------|------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO      | CNPJ DA SEGURADORA: | No. DO BILHETE:  | SERIE: |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  | CNPJ DA EMPRESA:    | CNAE DA EMPRESA: | CBOR:  |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO |                     |                  |        |

#### VINCULO COM A PREVIDENCIA:

☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTONOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NAO SEGURADO

### AUTORIZACAO

|                                                           |                                                      |                     |                                              |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:                         |                                                      | CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: | DATA SOLICITAÇÃO:                            |
|                                                           |                                                      |                     | 05-05-2020 08:05:00                          |
| DOCUMENTO:                                                | No. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: |                     | No. DA AUTORIZACAO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: |
| <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF |                                                      |                     |                                              |
| DATA DA AUTORIZACAO                                       | ASSINATURA E CARIMBO (No. REGISTRO CONSELHO):        |                     | 126710030352                                 |

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1a via - SMS e 2a via - Prontuário do paciente

O.E: M230440001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 07 / 2020

PAG.:

DATA: 17/06/2020

Num AIH : 232010230028-5

Situação : DIGITADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 07/2020

Data Autorização : 07/07/2020

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Órgão Emissor: M230440001

CRC:

Doc autorizador : 980016000771695

Doc med resp : 207282792440005

Doc diretor clínico : 980016002717434

Doc médico solíc : 207282792440005

CNES : 7047428 - HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN

CNS : 70500982486895-5

Paciente : DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Prontuário : 90743

Data Nasc. : 07 / 08 / 1966

Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo: Identidade

Doc:91002188906

Responsável pac. : MARIA ONEZIA DE SOUZA

Nome da Mãe : MARIA ONEZIA DE SOUZA

Endereço : RUA RICARDO PONTE 928 CASA A Bairro: PARQUE GENIBAU

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município : 230440 - FORTALEZA

UF: CE CEP: 60534-020

Telefone : (85)9872-47274

Muda Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Procedimento principal : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Diag. principal : S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Obito :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação : 05 / 05 / 2020

Data saída : 10 / 05 / 2020

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior : -

AIH Posterior : -

Liberação SISAIH01 :

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador : . . . / . . .

CNAER: -

Vínculo Previdência :

CBOR: -

#### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Linha | Procedimento | Documento CBO             | CNES/CNPJ      | Apurar Valor p/ | Qtde | Cmpt    | Descrição                                |
|-------|--------------|---------------------------|----------------|-----------------|------|---------|------------------------------------------|
| 1     | 0408020407   | 207282792440005 225270(1) | 7047428        | 7047428         | 1    | 05/2020 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA       |
| 2     | 0408020407   | 707401090861573 225151(6) | 3005704        | 7047428         | 1    | 05/2020 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA       |
| 3     | 0702031348   |                           | 01722296000117 | 7047428         | 2    | 05/2020 | FIO DE KIRSCHNER                         |
| 4     | 0802010016   |                           | 7047428        | 7047428         | 5    | 05/2020 | DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM       |
| 5     | 0802010199   |                           | 7047428        | 7047428         | 1    | 05/2020 | DIARIA DE PERMANENCIA A/M/ J             |
| 6     | 0302050019   | 709702065501490 223605    | 7047428        | 7047428         | 3    | 05/2020 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO             |
| 7     | 0302040021   | 709702065501490 223605    | 7047428        | 7047428         | 3    | 05/2020 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE |
| 8     | 0204040019   |                           | 7047428        | 7047428         | 3    | 05/2020 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO                 |

#### DADOS DE OPM

| Linha | Nota Fiscal | CNPJ Fornecedor    | Lote | Série | Req. ANVISA | CNPJ Fabricante |
|-------|-------------|--------------------|------|-------|-------------|-----------------|
| 3     | 140613      | 01.722.296/0001-17 |      |       |             |                 |

#### CID SECUNDÁRIO

| Cid  | Característica | Descrição                                                                                             |
|------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| V289 | ADQUIRIDO      | MOTOCICLISTA TRAUM. EM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLISAO - MOTOCICLISTA ESPEC TRAUM EM ACID TRANSITO |

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos :

Altas : Transf. : Óbitos :

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle  
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

fls. 25

LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO  
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO:  
05/05/2020

Hospital da  
Mulher

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: DIJACI BARBOSA DE SOUZA  
NOME DA MÃE: MARIA ONEZIA DE SOUZA  
Nº DO PRONTUÁRIO: 41101  
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 07/08/1966 - 53 anos  
SEXO: MASCULINO  
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO  
EFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 989833645  
ENDEREÇO: UMAITA, Nº 1001  
PAIRRO: GENIBAU  
CIDADO DE RESIDÊNCIA: CEARÁ  
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

PLANTONISTA

MÉDICO: 980016000954056-ROBERTO WELTON TEIXEIRA DA COSTA  
TELEFONE PARA CONTATO: 85 - 34883210  
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: PACIENTE AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL COM CENTRO CIRÚRGICO EM FUNCIONAMENTO

SOLICITAÇÃO

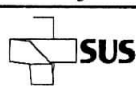
NÚMERO: 12670030352  
SITUAÇÃO: SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO  
DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 05/05/2020 - 14:19  
DATA-HORA RESERVA:  
PROFISSIONAL: 980016000954056 - ROBERTO WELTON TEIXEIRA DA COSTA  
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2516683 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA  
PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020644-TRATAMENTO CIRURGICO P/ CENTRALIZACAO DO PUNHO  
PROCEDIMENTO REALIZADO: -  
CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA  
ESPEC. CLÍNICA:  
CLÍNICA COMPLEMENTAR: NÃO INFORMADO  
CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO  
GRAU DE PRIORIZAÇÃO: URGÊNCIA  
CENTRAL DE REGULAÇÃO: CENTRAL MUNICIPAL FORTALEZA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S525 - Fratura da extremidade distal do rádio  
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S929 - Fratura do pé não especificada  
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:  
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS:  
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:  
PACIENTE COM FRATURA ARTICULAR DO PUNHO ESQUERDO + FRATURA ARTICULAR DO PÉ DIREITO.  
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
NECESSIDADE DE CIRURGIA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 09/12/2020 às 14:24, sob o número 02713381020208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.com.br/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0271338-10.2020.8.06.0001 e código 7DDFA6A.

19070030357
2300102300285



**Sistema Único de Saúde**

**Ministério da Saúde**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

**PRONTUARIO DA QUARENTENA** 90.743

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMA**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN**

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE  
**DI JARI BARBOSA DE SOUZA**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
**705009814868955**

8 - DATA DE NASCIMENTO  
**07/08/66**

9 - SEXO  
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
**MARIA QUEILA DE SOUZA**

11 - TELEFONE DE CONTATO  
**8589955645**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
**R. RICARDO MOREIRA 988 C/A - Fd. GUARU - Fd. - CE**

13 - CIDADE DE RESIDÊNCIA  
**Fd. - CE**

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
**CE 0053900**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**90.743**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
**Fx intercalado pelo Esg  
Fx atenuado p. D.**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
**pro compen**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
**hx + Esg**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL  
**S525**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO  
**R. RAFAEL LIMA CUNHA**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
**Internamento**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
**041081020407**

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**05/05/2022**

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



### RESUMO DE ALTA

PACIENTE: DIJACI BARBOSA DE SOUZA

Nº PRONTUÁRIO:  
90743

TOTAL DE DIAS DE PERMANÊNCIA:

ENFERMARIA / LEITO: POSTO 6 / LEITO 02

DATA DE ADMISSÃO: 05/05/2020

DATA DA ALTA 10/05/2020

DIAGNÓSTICO INICIAL / CID-10  
FRATURA DISTAL RADIO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO FINAL / CID:  
FRATURA DISTAL RADIO ESQUERDO CORRIGIDA

#### HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

PACIENTE, 53 ANOS, REFERENCIADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA RADIO DISTAL ESQ ESQUERDO.

#### RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS

EXAMES LABORATORIAIS. ECG E RX DE TÓRAX (PRÉ-OPERATÓRIO): SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS

#### EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. DIURESE PRESENTE. PARAMENTROS NORMAIS. BOM CONTROLE ALGICO. AO EXAME MSE COM GESSO TORACOBRAQUIAL, MOV MSE, DOR LEVE, EVN 2, NEUROVASCULAR PRESERVADO.

#### TERAPÊUTICA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOO RADIO DISTAL ESQ REALIZADO NO DIA 08/05/2020 POR DR JOSF NEAS E DR. FCO JOSE FROTA.

#### ORIENTAÇÃO MÉDICA PÓS ALTA:

- 1) MARCAR NO SAME RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA
- 2) SEGUIR ORIENTAÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA
- 3) FAZER RAIOS-X DE FRATURA PARA AVALIAÇÃO AMBULATORIAL NO RETORNO

#### ORIENTAÇÕES DA ENFERMAGEM

1. LAVAR FERIDA OPERATÓRIA COM ÁGUA E SABÃO LÍQUIDO. ENXUGAR COM TOALHA MACIA.
2. MANTER FERIDA OPERATÓRIA SEMPRE LIMPA.
3. EM CASO DE SECREÇÃO COBRIR FERIDA COM CURATIVO COMPRESSIVO.
4. RETIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE DA ÁREA.
5. ATENÇÃO: EM CASO DE VERMELHIDÃO, ODOR, SECREÇÃO ABUNDANTE EM FERIDA OPERATÓRIA PROCURAR SERVIÇO DE SAÚDE PARA AVALIAÇÃO.

#### CONDIÇÕES DE ALTA

( ) Curada (X) Melhorado ( ) Inalterada ( ) A pedido ( ) Transferida  
( ) OUTRA ( ) Óbito ( ) Solicitada Necropsia

DATA DA ALTA: 10/05/2020  
FORTALEZA- CE

CARIMBO DO SERVIÇO SOCIAL

CARIMBO DA ENFERMAGEM

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Patricia Helena Barbosa  
Assistente Social  
CRESS: 8039

Av. Lineu Machado, 145 – Jôquei Clube  
CEP: 60520 – 100 Fone: (85) 3233-3545  
Fortaleza - Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 09/12/2020 às 14:24, sob o número 02713381020208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.com.br/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0271338-10.2020.8.06.0001 e código 7DDFA64.

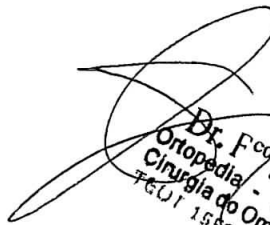


**FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATO CIRÚRGICO**

|                                                                            |                                              |                          |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| Nome:<br><b>DIJACI BARBOSA DE SOUZA</b>                                    |                                              | Pront. Nº: <b>90.743</b> |
| Indicação cirúrgica: <b>FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO</b>               |                                              |                          |
| Cirurgia realizada: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DISTAL DO RÁDIO</b> |                                              |                          |
| Cirurgião:<br><b>DR. JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO</b>                         | Auxiliar:<br><b>DR. FRANCISCO JOSE FROTA</b> |                          |
| Anestesista:<br><b>DRA. NATALIA KRISHNA</b>                                | Data da cirurgia:<br><b>08 / 05 / 2020</b>   |                          |

**Descrição médica**

1. *PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTESICO*
2. *ANTISSEPSIA E ASSEPSIA DE MSD*
3. *APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS*
4. *REDUÇÃO DA FRATURA SOB VISÃO RADIOSCÓPICA*
5. *FIXAÇÃO COM 03 FIOS DE KIRSCHNER 2.0MM DISPOSTOS DE FORMA CRUZADA*
6. *CONTROLE RADIOLÓGICO*
7. *CURATIVO*
8. *TALA AXILO-PALMAR MSD*

  
Dr. Francisco José Frota  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Ombro/Cotovelo  
T601 15322 / CRM 13246

  
Dr. José Neias A. Ribeiro  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 13246 / T601 15322

**CÓDIGOS: FRATURA DE PUNHO TTO CIRÚRGICO – 30721199 (6C)**

**Assinatura do(s) executante (s):**

**Hora do início:** \_\_\_\_:

**Hora do término:** \_\_\_\_:



**EVOLUÇÃO MÉDICA**

|                                                    |                         |                              |
|----------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| NOME DA PACIENTE: DIJACI BARBOSA DE SOUZA, 53 ANOS |                         | DATA DA EVOLUÇÃO: 09/05/2020 |
| DATA DE NASCIMENTO: 07/08/1966                     | Nº DO PRONTUÁRIO: 90743 |                              |
| UNIDADE: POSTO 06                                  | ENFERMARIA/LEITO: 02    | DATA DE ADMISSÃO: 05/05/2020 |

**LISTA DE PROBLEMAS/ HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:**

1. FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
2. FRATURA DA BASE DO 5º PODODÁCTILO DIREITO

COMORBIDADES: NEGA

HFPP: NEGA

ALERGIA: NEGA

**RESUMO DA ADMISSÃO:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 1 DIA MOTO-CARRO. EVOLUIU COM FRATURA ARTICULAR DE PUNHO ESQUERDO E PÉ DIREITO. NEGA FEBRE, TOSSE, DOR OU OUTROS SINTOMAS.

**EM USO DE:** SINTOMÁTICOS, PROFILAXIA PARA TEV

**FEZ USO DE:** -----

**PARÂMETROS:** NORMOTENSO, AFEBRIL

**EVOLUÇÃO:** PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE E SEM QUEIXAS, NO MOMENTO. ACEITA DIETA ORAL, APRESENTA DIURESE E EVACUAÇÕES FISIOLÓGICAS. CONCILIA CICLO SONO-VIGÍLIA. NEGA SINTOMAS/SINAIS DE SD.GRIPIAL.

**EXAME FÍSICO:**

BEG, AAA, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ORIENTADO E COOPERATIVO, GLASGOW 15

AC: RCR 2T BNF S/S.

AP: MVU S/ RA

ABD: PLANO, RHA+, FLÁCIDO, SEM MASSAS, INDOLOR

EXT: PERFUNDIDAS, PPP E SIMÉTRICOS. MSE E MID IMOBILIZADOS COM TALA. ESCORIAÇÕES EM LATERAL DE MID, PARTE MEDIAL DE MSD.

**EXAMES REALIZADOS:**

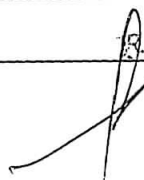
-06/05/2020: HB 13,4 HT 41,2% PLAQ 295.000 LEUCO 8.340 SEGM 64% LINF 26,4% INR 0,98 TTPA 1,02 UR 20 CR 0,57 NA 146 K 4,4

**INFORMADO PARA ACOMPANHANTE/PACIENTE SOBRE ESTADO CLÍNICO ATUAL:** ( ) SIM ( ) NÃO

**CONDUTAS:**

1. AGUARDO RADIOGRAFIAS
2. MANTENHO PRESCRIÇÃO

**MÉDICO(A):**

  
R. RAFAEL Lima CUNHA  
Médico  
CRM - 17610





A COMPANHIA ▾
 SEGURO DPVAT ▾
 PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
 CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
 SALA DE IMPRENSA ▾
 TRABALHE CONOSCO ▾
 CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final. O prazo para o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3200278716 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** DIJACI BARBOSA DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** DIJACI BARBOSA DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 42693268320**Posição em 09-12-2020 14:09:33**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) (https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0271338-10.2020.8.06.0001 e código 7DDFA6E).

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 17/08/2020        | R\$ 2.362,50         | R\$ 0,00         | R\$ 2.362,50 |

#### Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                          | Ver Carta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28/08/2020    | REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT |  <a href="https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/gfSFitHJzblG11kdjMji1g==/r7kLxIapi_key=8HlcZYywyJtgsfEjxcJzjndjhrTXwCa6l__qKr2wVGmE=">           (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/gfSFitHJzblG11kdjMji1g==/r7kLxIapi_key=8HlcZYywyJtgsfEjxcJzjndjhrTXwCa6l__qKr2wVGmE=)         </a> |
| 25/08/2020    | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO            |  <a href="https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/a+YCsUUFCg7HCO__ItT6Clwapi_key=8HlcZYywyJtgsfEjxcJzjndjhrTXwCa6l__qKr2wVGmE=">           (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/a+YCsUUFCg7HCO__ItT6Clwapi_key=8HlcZYywyJtgsfEjxcJzjndjhrTXwCa6l__qKr2wVGmE=)         </a>                 |