
Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210190732

Vítima: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

Data do Acidente: 15/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERASMO XAVIER GOMES

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 12 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210190732

Vítima: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

Data do Acidente: 15/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Relatório da análise médica presencial Líder	Considerando que a análise médica presencial não foi realizada, não foi possível concluir o seu pedido de indenização. Solicitamos entrar em contato para agendamento através dos telefones 4020-1596 (Regiões metropolitanas) ou 0800-022-1204 (demais regiões) de segunda a sexta-feira, das 8 h às 20 h e para pessoas com deficiência auditiva no 0800-022-1206. O comparecimento à análise médica presencial é imprescindível para a finalização do processo.
---	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210190732

Vítima: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

Data do Acidente: 15/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERASMO XAVIER GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES**

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

Banco: **237**

Agência: **000000696-3**

Conta: **0000039158-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210190732

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES **Data do acidente:** 15/11/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/08/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO.
FRATURA DISTAL ÚMERO ESQUERDO. P4,9,10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RADIO E ÚMERO -OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.P14,15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DE COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E MODERA DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

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: **802.528.003-97** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES**

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

5 - Nome completo: **JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES** 6 - CPF: **802.528.003-97**
7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **CJ HAB DR JOSE MARTINS SANTIAGO** 9 - Número: **44** 10 - Complemento: **QD 01**
11 - Bairro: **SEM BAIRRO** 12 - Cidade: **RUSSAS** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **62900-000**
15 - E-mail: **escfaagnerxavier@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **88 9 9290-5850**

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)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BANCO BRADESCO**
AGÊNCIA: **696** **3** CONTA: **39158** **1**
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, **RUSSAS-CE, 19/07/2021**

Jose Bernardo Guerreiro Alves
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



*Polícia Civil do Estado do Ceará
Delegacia Geral de Polícia Civil
Departamento de Polícia do Interior- D.P.I
Décima Primeira Delegacia Regional de Polícia Civil-Russas-CE*

C E R T I D ã O

*Eu, **Paulo Rodrigues Barboza**,
Escrivão de Polícia Civil do Estado do Ceará, lotado no
D.P.I., com exercício na Delegacia Regional de Polícia
Civil/Russas, no uso de minhas atribuições legais, etc...*

C E R T I F I C A, para os devidos fins e efeitos legais, que referente ao BO 541- 161 / 2021, Compareceu nesta unidade policial, o responsável pela informação e ratificou a hora da ocorrência, afirmando que se deu por volta das 06:30h da manhã, Informou ainda que o veículo em epígrafe, era conduzida pelo noticiante, mas está registrada em nome de ADRIELE MAIA LOPES . O referido **É Verdade**. Dou **Fé**. Dado e registrado no Cartório desta Delegacia Regional de Polícia Civil, aos 21 de janeiro de 2021.

Paulo Rodrigues Barboza
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 133.977-16



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 161 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/01/2021 14:56:10**
Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2020 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT IRANDÉ, ZONA RURAL - RUSSAS/CE**
Ponto de Referência: **SEM TERRA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES**
Nascimento: **01/11/1977** CPF: **802.528.003-97**
RG: **311739796** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE LOURDES GUERREIRO ALVES**
JOAO ALVES DE LIMA
Endereço: **RUA QUADRA 01, CASA 44**
Bairro: **TABULEIRO DO CATAVENTO**
Município: **RUSSAS/CE** CEP: **62.900-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99400-0885**

Histórico

Informa o declarante que transitava sua motocicleta, Honda Fan 125 KS, de cor preta, 2010, de placa NUU-0721, pela localidade conhecida por Sítio Irandé, com sentido cidade de Russas ao Assentamento dos Sem Terra; Que ao passar na parede do Açude do Irandé, acabou perdendo o controle da motocicleta, vindo a cair; Que devido à queda fraturou o punho direito e o cotovelo esquerdo; Que foi conduzido ao Hospital IJF, em Fortaleza; Que o acidente foi presenciado pelas pessoas: MARCELO ALVES BARRETO, RG.: 2007089842-4, CPF.: 034.036.563-30 e FRANCISCA ISADÉLIA DA SILVA NOGUEIRA, RG.: 2001030036274, CPF.: 004.889.813-95; Que nada mais disse.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSE JULIAO DO NASCIMENTO JUNIOR - MAT.: 300052-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Bernardo Guerreiro Alves

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

EDUARDO BORGES DE OLIVEIRA - MAT.: 300623-1-0

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: **802.528.003-97** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES**

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

5 - Nome completo: **JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES** 6 - CPF: **802.528.003-97**
 7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **CJ HAB DR JOSE MARTINS SANTIAGO** 9 - Número: **44** 10 - Complemento: **QD 01**
 11 - Bairro: **SEM BAIRRO** 12 - Cidade: **RUSSAS** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **62900-000**
 15 - E-mail: **escfaagnerxavier@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **88 9 9290-5850**

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)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **BANCO BRADESCO**
 AGÊNCIA: **696** **3** CONTA: **39158** **1**
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 alfabetizado: _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RUSSAS-CE, 19/07/2021**

Jose Bernardo Guerreiro Alves
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2222609

for criada pela Lei nº 10.430
de 26 de abril de 2000
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vitorino, 100
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047251/0001-70 | CGF 06.105.868-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 094088614

Rota RL020081 - 245600 Referência 12/2020
Nome JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES
Endereço CJ HAB DR JOSE MARTINS SANTIAGO QD 01 C 44, SEM
BAIRRO 2500-200, 62900-000, RUSSAS
Classificação B1 RESIDENCIAL Pleno
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL Emissão 29/12/2020
Ligação Monofásica Medidor 2337398-NAN-270

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

54EEA7E49E5457E0375B100C17077E0

DATAS DE LEITURA

Anterior 27-11-2020 Atual 29-12-2020 P.F.: 30 dias Próxima prevista 28-01-2021

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	21.317	21.270	1,00	47	00	47	0,55979	26,31

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-29,41
JUROS MORATORIOS	-	0,39
CONSUMO	0,55979	26,31
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05766	2,71

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	29,02	0,45	0,12
COFINS	29,02	2,10	0,59

VENCIMENTO	01/02/2021	TOTAL A PAGAR (R\$)	0,00
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	802.528.003-97
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (NCO) 0	100

18,94 MÓDULO CLIENTE

Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por débito a partir de 14/01/2021 ou a qualquer momento por débitos já reavistados. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 2 ciclos de faturamento após a suspensão do fornecimento. Constam os seguintes débitos sujeitos a cobrança. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsiderar.

DEBITOS ANTERIORES
MES-ANO VALOR (R\$)
09-2020 105,98
11-2020 71,27
Total: R\$ 177,25

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 28/11 - 30/11
Vermelha : 01/12 - 29/12

Por determinação da ANEEL, a bandeira tarifária em vigor desde 1/12/20 é a Vermelha Patamar 2, onde a energia é mais cara. Para minimizar o impacto no valor da conta, fique atento ao consumo de energia. Confira dicas de economia em enel.com.br

Atualizamos a nossa Política de Privacidade. Para saber mais sobre a Lei Geral de Proteção de Dados e como a Enel trata os dados de seus clientes, acesse www.enel.com.br

Nº do Cliente: 2222609 Referência: 12/2020 V: [1.0.16.2]
Data de Emissão: 29/12/2020 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 094088614 Nº de Controle: 10021959045

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

2222609

for criada pela Lei nº 10.430
de 26 de abril de 2000
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vitorino, 100
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047251/0001-70 | CGF 06.105.868-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 094088614

Rota RL020081 - 245600 Referência 12/2020
Nome JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES
Endereço CJ HAB DR JOSE MARTINS SANTIAGO QD 01 C 44, SEM
BAIRRO 2500-200, 62900-000, RUSSAS
Classificação B1 RESIDENCIAL Pleno
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásica Emissão 29/12/2020
Medidor 2337398-NAN-270

ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

54EEA7E49E5457E28758100017077E0

DATAS DE LEITURA

Anterior 27-11-2020 Atual 29-12-2020 P.F.: 30 dias Próxima prevista 28-01-2021

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	21.317	21.270	1,00	47	00	47	0,55979	26,31

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-29,41
JUROS MORATORIOS	-	0,39
CONSUMO	0,55979	26,31
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05766	2,71

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	29,02	0,45	0,12
COFINS	29,02	2,10	0,59

VENCIMENTO	01/02/2021	TOTAL A PAGAR (R\$)	0,00
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	802.528.003-97
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (NCO) e kgCO ₂	100

18,94 MÓDULO CLIENTE

Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por débito a partir de 14/01/2021 ou a qualquer momento por débitos já reavistados. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 2 ciclos de faturamento após a suspensão do fornecimento. Constam os seguintes débitos sujeitos a cobrança. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsiderar.

DEBITOS ANTERIORES	MES-ANO	VALOR (R\$)
	09-2020	105,98
	11-2020	71,27
	Total:	R\$ 177,25

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 28/11 - 30/11
Vermelha : 01/12 - 29/12

Por determinação da ANEEL, a bandeira tarifária em vigor desde 1/12/20 é a Vermelha Patamar 2, onde a energia é mais cara. Para minimizar o impacto no valor da conta, fique atento ao consumo de energia. Confira dicas de economia em enel.com.br

Atualizamos a nossa Política de Privacidade. Para saber mais sobre a Lei Geral de Proteção de Dados e como a Enel trata os dados de seus clientes, acesse www.enel.com.br

Nº do Cliente: 2222609 Referência: 12/2020 V: [1.0.16.2]
Data de Emissão: 29/12/2020 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 094088614 Nº de Controle: 10021959045

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



Nº de Inscrição:

0096290056

DADOS DO CLIENTE

ERASMO XAVIER GOMES
 RUA ANTONIO CLEMENTE DA ROCHA, 1160, CONST, CENTRO
 RUSSAS - CEP: 62.900-000
 Codificação: 752.006.00.035.00.0462.0000.3
 Padrão do imóvel: REGULAR

ECONOMIAS

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A14F003041	1483	1508	25	27

DATAS

Leitura Atual: 08/04/2021 Emissão: 07/05/2021 Lacre Água: 436678
 Leitura Anterior: 08/03/2021 Próxima Leitura: 08/05/2021 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 02/2021

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	048	048	010	048	048
Analisadas	025	025	025	025	025
Em conformidade	025	025	024	025	025

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	138,65	ABR/2020	20	0
ESGOTO	88,20	MAI/2020	17	0
MULTA DE 2%	1/1 5,57	JUN/2020	20	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1 2,29	JUL/2020	21	0
LIGACAO DE ESGOTO	5/10 20,60	AGO/2020	19	0
ATENDIMENTO(S): [147073698]		SET/2020	18	0
		OUT/2020	17	0
		NOV/2020	39	0
		DEZ/2020	26	20
		JAN/2021	32	25
		FEV/2021	28	22
		MAR/2021	23	18

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	2,45	VALOR DO SERVIÇO	259,31
COFINS	12,20	VALOR DO SUBSÍDIO	4,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	255,31

MÊS/ANO
04/2021VENCIMENTO
03/05/2021TOTAL A PAGAR (R\$)
255,31

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

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Constatamos débito de R\$ 283,35. Caso pago, desconsiderar.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS

AVISO DE CORTE

Consta em nossos registros, débito até o mês 02/2021 no valor de R\$ 283,35 referente a serviços prestados pela Cagece. Caso o débito não seja regularizado, o serviço de fornecimento de água será cortado a partir de 30 (trinta) dias a contar do recebimento desta notificação, conforme previsto nas Resoluções nº 130/2010 da Arce e 02/2006 da Acfor. FAVOR DESCONSIDERAR ESTE AVISO CASO O DÉBITO TENHA SIDO QUITADO.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0096290056 Mês/Ano: 04/2021
 Vencimento: 03/05/2021 Total(R\$): 255,31

8265000002-9 55310009000-8 09629005601-7 04002531025-7



EMISSÃO: GESSE 07/05/2021 17:44:06

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 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, 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 **ERASMO XAVIER GOMES**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **021.962.433** / **02**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº **802.528.003** / **97**,

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ PERMANENTE** da Vítima **JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES**,

inscrito (a) no CPF sob o Nº **802.528.003** / **97**, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

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, 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: RUA ANTONIO CLEMENTE DA ROCHA		Número: 1160	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: RUSSAS	Estado: CE	CEP: 62.900-000
E-mail: escfagnerxavier@gmail.com			Tel.(DDD): 88 9 9290-5850

Local e Data: **RUSSAS-CE, 20 DE JULHO DE 2021**

Assinatura do Declarante

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES		CNS: 708007824055124	PA202011061178
DATA DE NASCIMENTO: 01/11/1977	IDADE: 43 Ano(s), 12 Mes(es), 14 dia(s)		SEXO: MASCULINO
NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES GUERREIRO ALVES		OCUPAÇÃO:	
ENDEREÇO: 62900-000		MUNICÍPIO:	
TELEFONE CONTATO:		CPF: 80252800397	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO:	AMARELO	PROFISSIONAL:	DANIELLE LEITAO DA COSTA	15/11/2020 6:56
--------	---------	---------------	--------------------------	-----------------

Pact Relata Queda De Moto, Estava Com Capacete. Apresenta Escoriações No Corpo. Edema E Forte Dor Em Punho D/, Joelho D/, Cotovelo Esq/. Nega Has Dm . Alergia A Ibuprofeno.

FR: 0 mrpm	SATO2: * %	PA: */ * mmHg	FC: * bpm	T * °C	Dx: 0 mg/dl	ECG: 0	DOR: 0/6
------------	------------	---------------	-----------	--------	-------------	--------	----------

ATENDIMENTO CLÍNICO

Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):
VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO.

Alergias:

Exames:

Código	Descrição	Solicitação	Urgente	Coleta
--------	-----------	-------------	---------	--------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO

Item	Descrição	Aprazamento / Checagem
------	-----------	------------------------

Russas, Domingo, 15 De Novembro De 2020

GRÊMIO MÉDICO
Dra. Endara Ohara L. de Medeiros
ENDARA OHARA LINHARES DE MEDEIROS
CRM: 20564

CONDUTA / DESFECHO DO ATENDIMENTO

alta do episódio

1) Rx

Paciente comparece ao serviço apresentando diátese, referindo acidente de trânsito há ± 1h 30 min

Danielly Maria de Ferreira
TEC. RADIOLÓGIA
CRTA 02063

- A - VA perfúria, sem comp. entronho.
- B - MV ⊕ em AHTx, sem RA. FR = 16 uym²
- C) RCR em 2T, D/S e BCNF FC = 68 bpm; S + 98% aa.
- D - Escoriações em mm SS e mm IF. Glângou 15, pupilas isocóricas e motoras gentes.
- E - Entomologia

SAMPLE: alergia à Ibuprofeno.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE RUSSAS. Con: 117343520001-97

H D: TCE leve sem, diátese, baixo risco.
Potroximo

Encaminhado ao IJF

ED:

- 1) Rx de estômulo e antebraço esquerdo.
- 2) Rx de pulso esquerdo; dígito médio.
- 3) Rx de crânio.
- 4) SFO, 9% 1500 ml, EV 09/00
- 5) Dipirona Olamp + 100, EV (rompenjo)
- 6) Complexo B, Olamp, EV - 10 porse 09/00
- 7) Fratura exposta - trompa JF
- 8) Paracetamol Olap VO 09/00
- 7) SRL, 1000 ml, EV 10/42 SEGUNDO PARA VIAGEM.

Maria Lúcia Gomes
Téc. de Enfermagem
CRSF 10.1072

Maria Rosângela Lima Ferreira
Técnico em Enfermagem
CRSF 001000135

CRSF 10.1072
MÉDICO
CRSF 10.1072

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 708007824055124 **Admissão:** 15/11/2020 13:21
Nome: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES
Pront.: 5690816 **Data Nasc.:** 01/11/1977 **Idade:** 43 ano(s) 2 mes(es) e 17 dia(s) **Tel.:** 88 99400-0085
Mãe: MARIA DE LOURDES GUERREIRO ALVES
Sexo: Masculino **RG:** 2006030053285 **Município:** RUSSAS
CEP 62900-000 **Bairro:** TABULEIRO DO CATAVENTO
Endereço: CONJ.ABITACIONAL DR. JOSE MARTINS DE SANTIAGO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data		Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
15/11/202	13:25	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR INTENSA	LARANJA	KARIZIA VILANOVA ANDRADE

PRESCRIÇÃO

Médico: CARLOS RENATO DE SOUZA GONDIM **CRM** 7850 **15/11/20 14:18**

Prescrição	Horário:
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 20ML/3MIN SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
DIETA ZERO - PÓS-OPERATÓRIO	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
CLINDAMICINA 150MG/ML (600MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 100ML/H	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
 RAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS

DATA - 18/11/2021
 MATRÍCULA - 13226
Carlos Renato de Souza Gondim
 SERVIDOR (A)

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 708007824055124 **Admissão:** 15/11/2020 13:21
Nome: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES
Pront.: 5690816 **Data Nasc.:** 01/11/1977 **Idade:** 43 ano(s) 2 mes(es) e 17 dia(s) **Tel.:** 88 99400-0085
Mãe: MARIA DE LOURDES GUERREIRO ALVES
Sexo: Masculino **RG:** 2006030053285 **Município:** RUSSAS
CEP: 62900-000 **Bairro:** TABULEIRO DO CATAVENTO
Endereço: CONJ.ABITACIONAL DR. JOSE MARTINS DE SANTIAGO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA **Classificador:** KARIZIA VILANOVA ANDRADE **COREN:**233912 **Horário:** 15/11/2020 13:25
Queixa: FX EXPOSTA EM MSE POR QUEDA DE MOTO
Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
Discriminador: DOR INTENSA
Autoagressão: Não
Sato02: **Glasgow:** **Temp.:** **Glicemia:** **Régua dor:** **Pulso/FC:** **PA:** **FR:**

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: CARLOS RENATO DE SOUZA GONDIM **CRM:** 7850 **Nº:** 691605 **Horário:** 15/11/2020 14:05
Acidente: Não **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**
Eixo: PROCEDIMENTO
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
 PACIENTE APRESENTANDO TRAUMA EM MEMBROS SUPERIORES COM FRATURA EXPOSTA PUNTIFORME EM COTOVELO ESQUERDO E FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO. REALIZADO CURATIVO + IMOBILIZAÇÃO CM TALAS GESSADAS. INTERNÇÃO PAR CIRURGIA DE URGÊNCIA.

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 15/11/2020 17:00

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
15/11/2020 14:14	CARLOS RENATO DE SOUZA GONDIM	PACIENTE INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA DE FRATURA EXPOSTA DO COTOVELO ESQUERDO + FRATURA FECHADA DO PUNHO DIREITO.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJE
 RAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 18/01/2021
 MATR. 13826
 Servidor (A)



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nossa maior obra é cuidar das pessoas



SEMUS
Secretaria Municipal de Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE RUSAS

SUS



Sistema
Único
de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: JOSE BEATRIZ GUERREIRO DAVES Prontuário N° _____
Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: ___/___/___ Ocupação _____
Endereço: _____ Bairro _____ Fone _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: FRATURA DE PUNHO DIREITO CONSOLIDADA

Assinatura do Encaminhamento - N° Registro Dra. Ingridy Cruz Função _____ Data 28/01/2014 Hora _____

Classificação de Risco na Regulação

A Muito
Alta

B
Alta

C
Média

D
Baixa

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: CONSULTA CI ESPECIALISTA Profissional: FISIOTERAPEUTA

Unidade de Referência _____ Data: 28/01/2014 Hora _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exame: _____

Diagnóstico principal: _____ C/D

Secundário 1 _____ C/D

Secundário 2 _____ C/D

Proposta de Conduta Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

Data



GOVERNO MUNICIPAL
RUSSAS
Nossa maior obra é cuidar das pessoas



SEMUS
Secretaria Municipal de Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE RUSSAS



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: JOSE BERNARDO GUERMEIRO ALVES Prontuário N° _____

Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: ___/___/___ Ocupação _____

Endereço: _____ Bairro _____ Fone _____

Motivo do Encaminhamento: PCT COM FRATURA DE UNHA DITAL ABORDADA CIRURGICAMENTE NECESSITANDO DE FISIOTERAPIA MUITA.

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Dra. Ingridy Cruz

Médica

CR 122103

26/01/2011

Assinatura do Encaminhamento - N° Registro

Função

Data

Hora

Classificação de Risco na Regulação

A Muito Alta

~~B Alta~~

C Média

D Baixa

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: CONSULTA ESPECIALIZADA Profissional: FISIOTERAPIA

Unidade de Referência _____ Data: 26/01/2011 Hora _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exame: _____

Diagnóstico principal: _____ C/D _____

Secundário 1 _____ C/D _____

Secundário 2 _____ C/D _____

Proposta de Conduta Segmento: _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

Data

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: 5690816	- JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES	
Sexo: Masculino	Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) e 23 dia	Data de Nascimento: 01/11/1977
Endereço: CONJ.ABITACIONAL DR. JOSE MARTINS DE SANTIAGO		Num: 44
Bairro: TABULEIRO DO CATAVENTO		Cidade: RUSSAS
CEP: 62900-000		UF: CEARÁ

Culturas pendentes: ---

Antibióticos: Sim

Antibiótico	Nº de dias
CEFALOTINA 1G - FA	7

Ventilação mecânica: Não N° dias: --- Tipo de suporte: ---

O2 Suplementar: Não FIO2: --- ---

Programação de segmento: ---

DVA: Não Qual? ---

Dieta:

Descrição
DIETA ORAL - DE ACORDO COM NUTRICIONISTA

Via: Oral Desmame? ---

NEURO / Glasgow: 15

Riscos:

- Queda
 Broncoaspiração
 Lesão por pressão
 Dermatite
 Flebite
 Outros: ---

RECOMENDAÇÕES


Plano terapêutico: AGUARDA CIRURGIA

Pendência de exames: ---

Pendência de pareceres: ---

Programação de transfusões: Não Quais? ---

Transporte: Cadeira de rodas


 Dr. Thomas M. de S. C.
 Clínica e Traumatologia
 Médico Residente
 CEMERJRS

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: 5690816 - JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES
 Sexo: Masculino Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) e 23 dia Data de Nascimento: 01/11/1977
 Endereço: CONJ.ABITACIONAL DR. JOSE MARTINS DE SANTIAGO
 Bairro: TABULEIRO DO CATAVENTO Cidade: RUSSAS Num: 44
 CEP: 62900-000 UF: CEARÁ

SITUAÇÃO ATUAL

Criticidade: Não Destino: UNIDADE 21(Traumatologia)
 Avaliação de risco ESEL11: 11 - 17 = Grau I - Cuidados mínimos - CM
 NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA E CUIDADOS: Pacientes fisiologicamente estáveis requerendo cuidados mínimos de enfermagem.
 Grau de prioridade: ---
 Apache II: ---
 Histórico clínico FRATURA UMERO
 CID10 (Principal): S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO
 Cuidados paliativos: Não (Nenhum) Em acompanhamento SCP: --- Reunião familiar: ---
 Definidas medidas de limitação de suporte: Não
 Não realizar RCP Não intubar Não iniciar hemodiálise Não iniciar DVA
 Não iniciar ATB de Ampla Espectro Limitar a solicitação de Exames Não encaminhar à UTI

SSVV

FC: .. FR: .. PA: .. SPO2: .. T: ..

ANTECEDENTES

Comorbidades:

<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Sequela AVC
<input type="checkbox"/> Imunossupressão	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> DAC	<input type="checkbox"/> Cardiopatia congênita
<input type="checkbox"/> Doença neuromuscular	<input type="checkbox"/> Hepatopatia	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Encefalopatia crônica
<input type="checkbox"/> Displasia pulmonar	<input type="checkbox"/> Outros: ---		

Alergias: Não Quais? ---
 Diálise: Não
 Cirurgia nesse internamento: Sim Qual? FIXADOR EXTERNO

Dr. Tháris M. ...
 Médico Residente
 CRM 1019

AVALIAÇÃO

Sepsis: Não Realizada reavaliação de 3h? --- Realizada reavaliação de 6h? ---
 Infecção: Não Necessidade de precaução: ---
 Data: Microorganismo: Góticulas Contato Aerossóis
 VRE KPC Outro Germe MR

Médico: FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

17/11/2020 07:24

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES
Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) e 23 dia(s) **Sexo:** Masculino **Pront.:** 5690816
Endereço: CONJ.ABITACIONAL DR. JOSE MARTINS DE SANTIAGO **Bairro:** TABULEIRO DO CATAVENTO
Num: 44 **CEP:** 62900-000 **UF:** CEARÁ **Cidade:** RUSSAS

Localização
Clinica: UNIDADE 21 **Enfermaria:** 213 **- Leito:** 2127
Admissão Emergência: 15/11/2020 13:21
Internação 15/11/2020 14:28 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Relatório **Cancelada**
 Tipo de Saída: Alta Não

Resumo Clínico
 #TO - 2127

IDADE: 43a / ADMISSÃO: 15/11/20

#COMORBIDADES: nEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

HD: FRATURA EXPOSTA UMEMO DISTAL ESQUERDO/FRATURA FECHADA RADIO DISTAL DIREITA

#HDA: Paciente vítima de ACIDENTE DE MOTO dia 15/11/20

#EVOLUÇÃO: Paciente evolui bem, estável, consciente e orientado. Neurovascular preservado

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA COMINUTIVA EM PUNHO DIREITO NO DIA 27/11 COM DR MAMEDE

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO DISTAL(15/12)

UTILIZADO 02 PLACAS DE UMEMO DISTAL (MEDIAL E POSTERO-LATERAL) +09 PARAFUSOS BLOQUEADOS + 02 PARAFUSOS CORTICAIS PARA FIXAR UMEMO DISTAL + 02 FIOS DE K 1.5

UTILIZADO 01 CIMENTO ÓSSEO PARA MODELAR / REFAZER ARTICULAÇÃO DEVIDO PERDA ÓSSEA

UTILIZADO 02 FIOS DE K 2.0 + 01 FIO DE CERCLAGEM 1.0 PARA BANDA DE TENSÃO DE OLECRANO (FOI DANIFICADO 02 FIOS DE K 2.0 E 01 FIO DE CERCLAGEM EXTRA)

#CD: - ALTA HOSPITALAR

MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DO DR CLODOALDO EM 15 DIAS

MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DO DR MAMEDE EM 15 DIAS

FAZER USO DAS MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO

MANTER TALA ATE RETORNO


RETORNO PRECOCE EM CASO DE INTERCORRENCIAS

Exames Realizados

RADIOGRAFIAS

Terapêutica Utilizada

Dr. Thomas Mamede
 Ortopedia e Traumatologia
 Médico Residente
 CRM/CE 15424



Paciente: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES
Idade: 43 ano(s) 1 mes(es) e 23 dia(s) **Sexo:** Masculino **Pront.:** 5690816
Endereço: CONJ.ABITACIONAL DR. JOSE MARTINS DE SANTIAGO **Bairro:** TABULEIRO DO CATAVENTO
Num: 44 **CEP:** 62900-000 **UF:** CEARÁ **Cidade:** RUSSAS

Localização
Clinica: UNIDADE 21 **Enfermaria:** 213 **Leito:** 2127
Admissão Emergência: 15/11/2020 13:21
Internação 15/11/2020 14:28 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

OSTEOSSINTESE

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S424	FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO
Não	S523	FRATURA DA DIAFISE DO RADIO
Não	S423	FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 24/12/2020

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: THOMAZ MARTINS MAGI

Data: 24/12/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408020547	Urgência	15/11/2020 22:45	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO	CARLOS RENATO DE SOUZA GONDIM
0408020636	Procedimento Eletivo	27/11/2020 17:20	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINOSTOSE RADIO ULNAR	JOAO MAMEDE SOARES BRAGA
0408020385	Procedimento Eletivo	15/12/2020 12:20	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMEMO	CLODOALDO JOSE DUARTE DE SOUZA

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

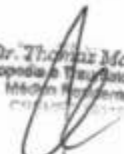
Dr. Thomaz Magi
 Cirurgião de Mão e Traumatologia
 CRMES 10419

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 60 (sessenta) dia(s) das suas atividades profissionais.

Fortaleza, 24 de Dezembro de 2020

CID: _____



Dr. Thomaz Magi
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente

THOMAZ MARTINS MAGI

19319CRM



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITA MEDICA

NOME: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

SOLICITO:

FISIOTERAPIA MOTORA ----- 30 SESSÕES

JUSTIFICATIVA: FRATURA DE UMEMO DISTAL

OBJETIVO:

- ANALGESIA
- GANHO DE ADM DE COTOVELO

FORTALEZA, 18/01/21

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: THOMAZ MARTINS MAGI
 Conselho: 19319CRM
 Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro
 Cidade: Fortaleza Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

ENDEREÇO: CONJ. ABITACIONAL DR. JOSE MARTINS DE SANTIAGO, 44, TABULEIRO DO CATAVENTO, RUSSAS

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1) PARACETAMOL+CODEINA 500/30MG -----02CX

TOMAR 1CP DE 8/8H SE DOR INTENSA.

2) CIPROFLOXACINO 500MG -----14CP

TOMAR 1CP DE 12/12H POR 7 DIAS

Dr. Thomaz Magi
 Médico Residente

DATA: 24/12/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data:

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITA MEDICA

NOME: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

SOLICITO:

FISIOTERAPIA MOTORA ----- 30 SESSÕES

JUSTIFICATIVA: FRATURA DE UMEMO DISTAL

OBJETIVO:

- ANALGESIA
- GANHO DE ADM DE COTOVELO


Márcia Barros
Fisioterapeuta
CRM 18702

FORTALEZA, 18/01/21



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

Prontuário: 5690816

USO ORAL

1) DAPIRONA 500MG -----30CP

TOMAR 1CP DE 6/6H SE DOR

Dr. Thomaz Magi
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19319

Data: 24/12/2020

THOMAZ MARTINS MAGI

19319CRM



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

Prontuário: 5690816

USO ORAL

1) DAPIRONA 500MG -----30CP

TOMAR 1CP DE 6/6H SE DOR

Dr. Thomaz Magi
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19319

Data: 24/12/2020

THOMAZ MARTINS MAGI

19319CRM



Paciente: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA _____ 60 SESSÕES

JUSTIFICATIVA: fratura PUNHO DIREITO CONSOLIDADA.

OBJETIVOS:

GANHO DE ADM DE mão/dedos

GANHO DE ADM EM PUNHO

FORTALECIMENTO ISOMETRICO

ALONGAMENTO

ANALGESIA

Fortaleza, 27 de janeiro de 2021

Dr. João Mamede
Ortopedia e Traumatologia
REMEC 12218 / TEOT 13602

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 AUTORIDADE NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
ERASMO XAVIER GOMES

DOC. ENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2001030059762 SSPDS CE

CPF
 021.962.433-02

DATA NASCIMENTO
 06/05/1986

FILIAÇÃO
 MESSIAS GOMES DE LIMA
 MARIA HELENA XAVIER GOMES

PRIMEIRO APOSTILADO ACC CATHAR AS

Nº REGISTRO
04061764060

VALIDADE
29/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
 03/03/2007

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR
Erasmus Xavier Gomes

LOCAL
 RUSSAS, CE

DATA EMISSÃO
 11/08/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]
 01137850420
 CE160160855

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1496706283

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1496706283

Nome
JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES



DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOC. ID
2014030053285 CPF CE

CM 802.528.003-97 DATA NASCIMENTO 01/11/1977

IRACAO
JOSÉ ALVES DE LIMA
MARIA DE LOURDES
GUERREIRO ALVES

PERMISSÃO [REDACTED] RCC [REDACTED] CATEG. AD

Nº BARRIO
04020113488

INICIO
20/02/2022

1ª INSCRIÇÃO
06/01/2007

OBSERVAÇÃO

EAR:

Jose Bernardo Guerreiro Alves
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RUSSAS, CE

DATA EMISSÃO
03/03/2017

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

70005647623
CE158241894

CEARÁ

VALEIA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1474223457

PROIBIDO PLASTIFICAR

1474223457

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014418602670
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	195728211	0000000000	2019

NOME
ADRIELE MAIA LOPES

RUSSAS /CE

CPF / CNPJ	PLACA
06162162389	NUU0721/CE

PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2JC4110AR588192

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS	2010	2010

CAP / POT / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0CV/124CC	PARTIC	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
*****, **	**/**/**	1* *
FADA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2* *
*****	*****, **	3* *

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	03/01/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL	DATA
RUSSAS	10/01/2019

Igor Ponte
Simpliciter
DETRAN-CE

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

CE Nº 014418602670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

06162162389	NUU0721/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

014418602670	24528149924
--------------	-------------

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	10/01/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	06162162389	NUU0721

RENAVAM	MARCA / MODELO
195728211	HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.	CAT. ITRV	Nº CHASSI
2010	PART	9C2JC4110AR588192

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIDO PELO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	03/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC41E1A588192 01878

DETRAN

CONTRAN

AUG 2018

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: **802.528.003-97** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES**

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

5 - Nome completo: **JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES** 6 - CPF: **802.528.003-97**
 7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **CJ HAB DR JOSE MARTINS SANTIAGO** 9 - Número: **44** 10 - Complemento: **QD 01**
 11 - Bairro: **SEM BAIRRO** 12 - Cidade: **RUSSAS** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **62900-000**
 15 - E-mail: **escfaagnerxavier@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **88 9 9290-5850**

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)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **BANCO BRADESCO**
 AGÊNCIA: **696** **3** CONTA: **39158** **1**
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RUSSAS-CE, 19/07/2021**

Jose Bernardo Guerreiro Alves
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 2006030053285 CPF: 802.528.003-97
Endereço: CJ HAB DR JOSE MARTINS SANTIAGO, QD 01, C 44, RUSSAS-CE.
Data do Acidente: 15/11/2020
Tipos de Cobertura: INVALIDEZ PERMANENTE

OUTORGADO:

Nome: ERASMO XAVIER GOMES
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVO /
Identidade: 2001030059762 CPF: 021.962.433-02
Endereço: RUA ANTONIO CLEMENTE DA ROCHA, N° 1160, RUSSAS- CE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a SEGURADORA LIDER, referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT.

Local e Data: RUSSAS-CE, 19/07/2021

Jose Bernardo Guerreiro Alves
ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO HERCULES AGUIAR

Cartório do 2º Ofício
Hércules Aguiarian - Titular
Av. Dom Lino, nº 1.151 - Loja 2/3 - Centro - Russas/CE
Tel. (88) 3411 - 0107 e 98941 - 6228
cartorio2oficiodenassas@gmail.com

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE DA FIRMA DE JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES EM TEST. DA VERDADE DOU FE Russas/CE
19/07/2021 16 15 35

Luciana Silva Oliveira - Escrevente
Empl. R\$ 5,70 T.J. R\$ 0,34 FAODEP R\$ 0,20 FRMMP R\$ 0,29 Seo. R\$ 1,21 Total: R\$

2º Ofício de R
SERVIDOR DE AUTENTICIDADE
N. CS 667643

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148950/21

Número do Sinistro: 3210190732

Vítima: JOSE BERNARDO GUERREIRO ALVES

CPF: 802.528.003-97

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE BERNARDO
GUERREIRO ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ERASMO XAVIER GOMES : 021.962.433-02

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.