

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03812

CONTA: 000000015670-6

Nr. da Autenticação 8A709880F0EF581E

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10903107

A/C: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170226545 ASL-0150357/17
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2017

Carta nº: 10926051

A/C: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

Sinistro: 3170226545 ASL-0150357/17
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta nº: 10997269

A/C: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

Sinistro: 3170226545 ASL-0150357/17
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003812

Conta: 0000015670-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO
PORTADOR(A) DO RG Nº 2008516559-4 EXPEDIDO POR SSP-CG EM 05/06/13 E
CPF 366038803-34 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO MOTO TAXI
E RENDA MENSAL DE R\$ INAD CONSTA * NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 311 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15670-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Itapaci 31 de Março de 2017.
LOCAL E DATA

Raimundo Pereira da Costa Filho
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Início TRANSFERÊNCIAS Transferências Entre Contas Caixa

**Verificação de transferência entre contas
da CAIXA - TEV**

HORÁRIOS E LIMITES

01 02 CONFIRMAÇÃO

03

**Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta,
selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.**

Conta origem:

Conta destino:

3812 / 013 / 00015670-6

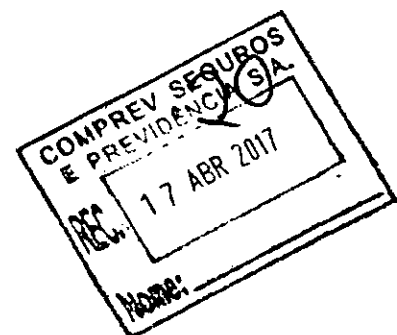
Agência destino:

ITAPAJE

Nome destinatário:

RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

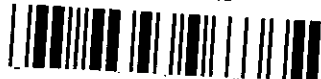
Valor:





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 465 - 56 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/01/2017 14:24:46**
Data / Hora da Ocorrência: **16/09/2016 16:40:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 222**
Complemento:
Bairro: **IRATINGA** Município: **ITAPAJÉ/CE**
Ponto de Referência: **FRENTE O CHICO CHAVES**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO**
Nascimento: **13/06/1964** CPF:
RG: **20085165594** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA ALBUQUERQUE COSTA**
RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA
Endereço: **RUA 02 DE OUTUBRO, 120 IRATINGA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **ITAPAJÉ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9149-9906**

Histórico

Informa que conduzia a motocicleta HONDA 150 FAN, PLCA OSD 8553, COR PRETA, ANO 2013, RENAVAM 548633134, CHASSI 9C2KC168DDR321925, EM NOME DE RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO, quando foi atravessar para o outro lado da rua que fica depois da BR 222, veio o carro gol e colidiu no declarante, que não prestou socorro, QUE da colisão trincou o osso da perna direita e descolocou o joelho direito. QUE foi socorrido por popular e levado para o hospital local.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ

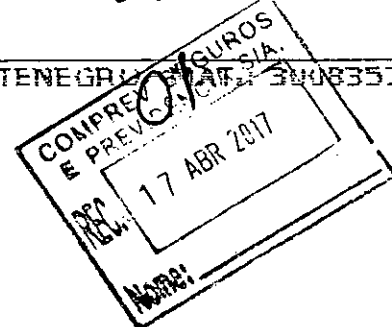
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

WEVERTON ARAÚJO DA MOTA - MAT.: 30094417

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

BRUNO DA ROCHA MONTENEGRO - MAT.: 30083512





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RAIMUNDO PEREIRA DACOSTA FILHO, portador da carteira de identidade nº 2008516559-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº 366.038.803-39, residente e domiciliado na RUA: 12 DE OUTUBRO, 120, Cidade ITAPAJÉ, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

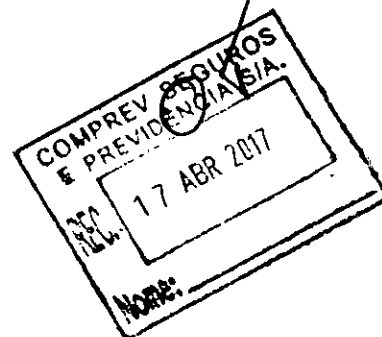
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Raimundo Pereira da Costa Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itapajé, 31/03/2017.

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS

FICHA DE REFERÊNCIA

Comprovação de ato declaratório



para retornar com a 1ª via
à unidade de origem

Prova de Ato Declaratório

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: Raimundo Pereira da Costa Filho Prontuário N°: _____

Sexo M () F () Data de Nascimento: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento:

Perf. e trauma automobilístico e fr. de tibia. Paciente

Resultado de Exames: *relata que foi atingido por carro enquanto dirigia*
sua moto (SIC)

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: *fr. de tibia fechada*
Médico: *DR. Mesquita*
CREMIG 10.992

Assinatura do Encaminhamento - N° do Registro

Função

16/8/16
Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

Procedimento: *ingressar* Profissional: *traumabgts*

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta ____/____/____

RESUMO CLÍNICO - CIRÚRGICO

Paciente deverá voltar para o hospital
de origem, e aguardar a vaga de leito

RESULTADO DE EXAMES

RX

DIAGNÓSTICO - Principal: *Fratura no platô tibial*

Secundário 1 _____ C.I.D. _____

Secundário 2 _____ C.I.D. _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

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

Assinatura do Consultante - N° do Registro

DR. J. S. R. Raimundo
Tribuna - 10.992
CREMIG 10.992

25/10/16
Data

(*) Utilizar também como resumo da alta.



Procuradoria de Ato Nuclearatônico

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

DATA/HORA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

NATURALIDADE:

CONTATO:

CNS:

RG:

FILIAÇÃO:

ACOMPANHANTE:

CONTATO:

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO:

Kg

TEMPERATURA:

°C

PRESSÃO ARTERIAL:

mmHg

GLICEMIA:

mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐

VERMELHO

☐

AMARELO

☐

VERDE

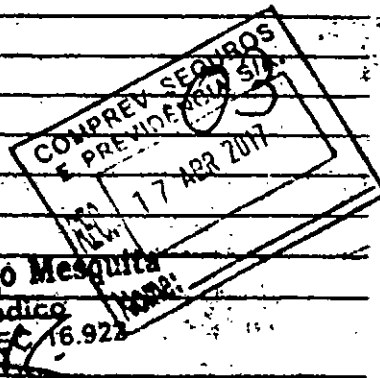
☐

AZUL

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

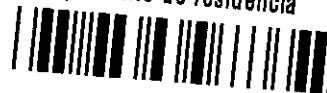
HIPÓTESE DIAGNOSTICA

Paciente relata ter sofrido acidente automobilístico enquanto dirigia o veículo em uma rua de mão única e sem sinalização adequada, resultando em lesões físicas e psicológicas.



ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO



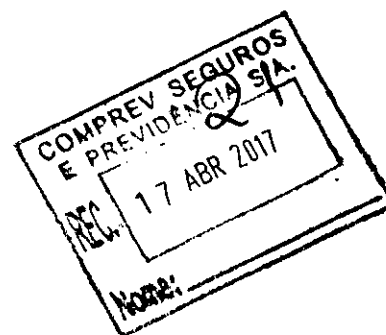
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHORG nº 2008516559-4, data de expedição 05/06/13, Órgão SSP

CPF nº 366.038.803-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: 12 DE OUTUBRO,</u>
Número	<u>120</u>
Apto / Complemento	<u>— 11 —</u>
Bairro	<u>DISTRITO: IRATINGA</u>
Cidade	<u>ITAPAJÉ</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62600 000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779 / 98721-2741.</u>
E-mail	<u>— 22 —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapajé, 31/03/2017.Assinatura do Declarante: x Raimundo Pereira da Costa Filho

Esta é a segunda via de

DEZ/2016

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
4354332 DV 4

VENCIMENTO
10/01/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
75,45

Rota 16 034003 01 0165000
Nome FRANCISCA MARIA DA SILVA FEITOSA
Endereço Postal

Medidor Poste
0000 C89S

End. da Unidade Consumidora RU 12 DE OUTUBRO 00120 IRATINGA ITAPEJE 62600000

RG / CPF / CNPJ 885.484.903-06 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
3634	3539	1	95	0	95

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	95	0,71762	68,17

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação	Prov. Próxima Leitura
26/12/2016	23/01/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D275.40F2.D28E.AB97.38AE.9C0C.5A99.EAFD

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
68,17	27%	18,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	29,35
TRANSMISSÃO	0,73
DISTRIBUIÇÃO	10,22
ENCARGOS SETORIAIS	5,13
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	22,74

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

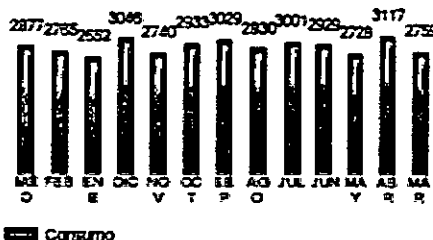
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,04

Conjunto ITAPEJE

Mês OUT/ 2016

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

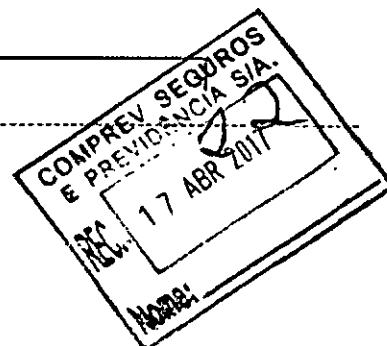
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 4354332-4 N° da Nota Fiscal: 459212737 Total a Pagar (R\$): 75,45
Data de Emissão: 24/03/2017 Referência: DEZ/2016 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELSO PINHEIRO, portador(a) do RG nº 01824076637, expedido por DETRAN/CE, em 23/12/2013, CPF/CNPJ nº 20.905.851/0001-90, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

Raimundo Pereira da Costa Filho

do sinistro de DPVAT da natureza Inicializ da vítima

Raimundo Pereira da Costa Filho

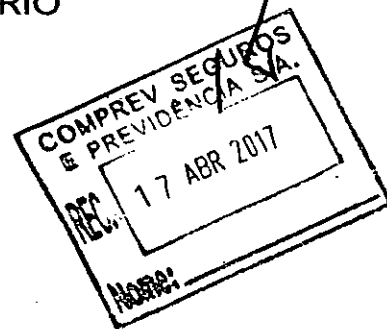
e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO DECLARAR Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Celso Jones Pinheiro

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: Raimundo Pereira da Costa Filho Prontuário N°: _____

Sexo M () F () Data de Nascimento _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento:

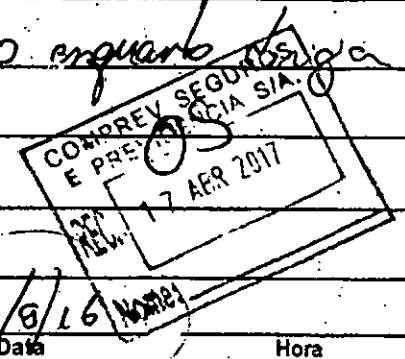
Perf. cl. traum. automobilístico e fr. de tíbia. Paciente

Resultado de Exames: relata que foi atropelado por carro enquanto
via a rudo (SIC)

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: fr. de tíbia fechada
Dr. Mesquita
Dr. Médico
CREMEC 16.322

Assinatura do Encaminhamento - N° do Registro _____ Função _____ Data 16/8/16 Hora _____



AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

Procedimento: ingressar Profissional: traum. b. gts

Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta _____

RESUMO CLÍNICO - CIRÚRGICO

Paciente deverá voltar para o hospital
de origem, e aguardar a vaga de leito

RESULTADO DE EXAMES

RX

DIAGNÓSTICO - Principal: fratura no platô tibial e
Secundário 1 _____ C.I.D. _____
Secundário 2 _____ C.I.D. _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O problema Justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()

Assinatura do Consultante - N° do Registro _____

(*) Utilizar também como resumo da alta.

Dr. Jussara Fernandes
Tratado em 16/8/16

25/10/16
Data



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO



HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES

NOME DO PACIENTE: Ado Jereira da Costa Filho

IDADE: 2 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 13/6/64 DATA/HORA: 16:40

ENDEREÇO: São Miguel BAIRRO:

MUNICÍPIO: Itapaje NATURALIDADE: Uberlândia CONTATO:

CNS: RG: 200.831.6559-4

FILIAÇÃO: Dr. Albuquerque Costa

ACOMPANHANTE: CONTATO:

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO: Kg TEMPERATURA: °C PRESSÃO ARTERIAL: 120x80 mmHg GLICEMIA: mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

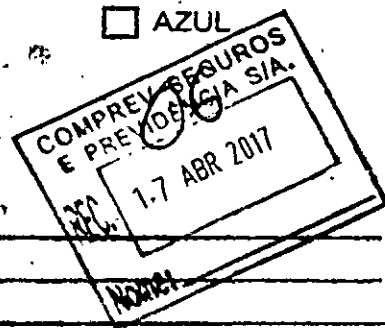
☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



HIPÓTESE DIAGNOSTICA

Paciente relata ter sofrido acidente automobilístico enquanto dirigia o veículo em uma via pública, com lesões em membros superiores e inferiores. A vítima foi socorrida e encaminhada para o Hospital de Urgências de Uberlândia.

Dr. Thiago Mesquita
Médico
CREMEC 16.922

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA
HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Rx pelis D SP e pel
2. Rx hernia D SP e pel

Dr. Thiago Mesquita

Médico

CREMEC 16.922

3. Vitaron 75 mg IN

4. Luto

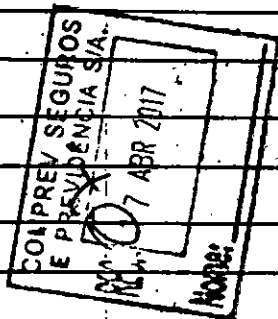
Dr. Carol R. Duarte
Médica
CRM 15995

12/29/14

① Paciente foi transferido
à hospital de
emergência

Dr. Carlos Roberto Duarte
Médico
CREMEC 13.727

Dr. Carlos Roberto Duarte
Médico
CREMEC 13.727



DS. 20.35

Pacit. Orientado
verbaliz. Visto da
emergência p/ aguardar
Vozes Unif. Transf. de
leito p/ transferência
PA 120x80 mmHg

Dr. 23h. Cliente
consciente e orientado

do. Refere dor no
se movimenta a Pernas

D. PA: 120+80, T. 36°
ou 06h. Cliente

o Transf. Transf. de
o no leito

PA: 730+80, T. 36°
An 11h. Cliente

Vol Para Fortaleça
um Transf. de

Se que o não está
a Transf. de e voz

ST A Polí

DESTINO

RESIDENCIA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ AMB. RETORNO ☐ RECUSOU ☐ LEITO OBS. ☐ INTERNAMENTO ☐

ASSINATURA DO MÉDICO

16420004078



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPAJÉ
SECRETARIA DE SAÚDE - FMS
FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: Raimundo Pereira da Costa Filho Prontuário N°: _____

Sexo M () F () Data de Nascimento _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento:

Pct e trauma automobilístico e fx de tibia.

Resultado de Exames:

Consulta já Realizada:

Impressão Mesquita
 Dr. Henrique Diagnóstica:
 Médico
 CREMEC 16.922

fx de tibia fechada

Assinatura do Encaminhamento - N° do Registro

Função

16/8/16

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

Procedimento: ingressar Profissional: traumabgto

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta ____/____/____

RESUMO CLÍNICO - CIRÚRGICO

Paciente deverá voltar para
de origem, e aguardar a
de altas

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO - Principal: Fratura no platô tibial E

Secundário 1

Secundário 2

C.I.D.

C.I.D.

C.I.D.

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O problema Justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()

Assinatura do Consultante - N° do Registro

Henrique
 Função

25/10/16

Data

QUADRO DE ANOTAÇÃO (FOLHA 02/03/2016)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO RACIAL E PERÍCIAS CRIMINAIS

Polegar Direto

RAIMUNDO DA SILVA PEREIRA DA COSTA FILHO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2008516559 - 4 DATA DE EMISSÃO 05/06/2013

NOME RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

FILIAÇÃO RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA

MARIA ALBUQUERQUE COSTA

NATURALIDADE URUBURETAMA - CE

DOC. ORDEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 780 FOLHA: 82

LIVRO: 806 - URUBURETAMA - CE

CPF 366.038.803-34

DATA DE NASCIMENTO 13/06/1984

RG: ANT: 330210998

P.: 48

1 - VIA ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA SOCIAL

17 ABR 2017

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 366.038.803-34

Nome RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO

Nascimento 13/06/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE D021.D399.B1AB.D1FF

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:08:07 do dia 30/08/2012 (hora e data de Brasília)

00

digito verificador:

BRAZIL

Services Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

(http://www.vlibras.gov.br/)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **366.038.803-34**

Nome da Pessoa Física: **RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO**

Data de Nascimento: **13/06/1964**

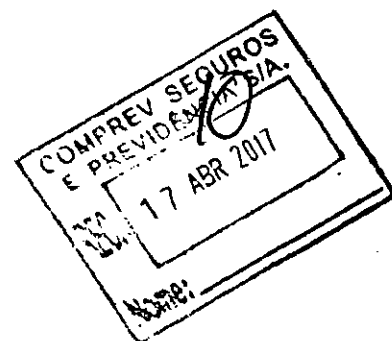
Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:12:29** do dia **24/03/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B3C6.A79A.32F8.019C**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012411957850

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 54353114 RNTIC 9000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME: RAIMUNDO ESTANISLAU DA COSTA FILHO
ITAPAJE/CE

CPF/CNPJ: 36603880334 PLACA: OSD8563

PLACA ANT./UF: *****/CE CHASSI: 9C2KC1680DR321925

ESPECIE TIPO: EAS/MOTOCICLO/NEO APLIC. COMBUSTÍVEL: GASOL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB: 2013 ANO IMC: 2013

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

COTA UNICA: 1 2 3 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 286.75 IOF (R\$): 1.11 PREMIO TOTAL (R\$): 292.01 DATA DE PAGAMENTO: 09/09/2016

PARCELAMENTO/COTAS: 1 2 3

ITAPAJE

LOCAL: ITAPAJE DATA: 13/09/2016

ASSINATURA: [Assinatura]

CE Nº 012411957850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO-VE3903
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 13/09/2016

VA 01 36603880334 CPF/CNPJ: 36603880334 PLACA: OSD8563

RENAVAM: 548633134 MARCA/MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB: 2013 ANO IMC: 09 CHASSI: 9C2KC1680DR321925

PRÊMIO TARIFÁRIO

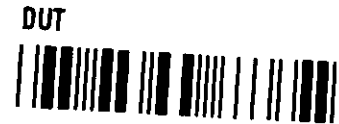
FNS (R\$): 129.04 DEVAT (R\$): 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$): 143.38

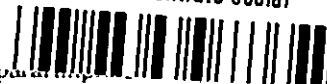
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15 IOF (R\$): 1.11 TOTAL A PAGAR (R\$): 292.01

COTA UNICA: 3 PAGAMENTO: 09/09/2016

DESPACHANTE
LOTE/D/DESEMPENHADA LIBERAR DPVAT 2971
MOTOR: KC1658992 9228303/0001-04
www.segurodetransito.com.br

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
17 ABR 2017



**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral**

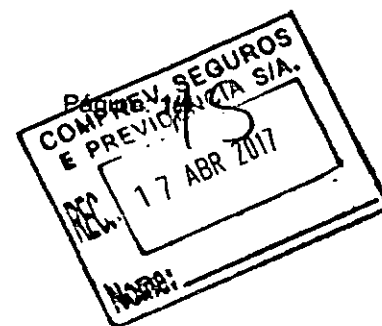
Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 20.905.851/0001-90 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 25/08/2014
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO - ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não Informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESÁRIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO R PAULO GOMES DA SILVA		NÚMERO 228	COMPLEMENTO TERREO;
CEP 61.603-070	BAIRRO/DISTRITO PARQUE SOLEDADE	MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 26/08/2014	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 26/08/2014 às 11:25:53 (data e hora de Brasília).

[Voltar](#)

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE		NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato referente a filial)	
NOME DO EMPRESÁRIO (completo sem abreviações) CELSON GOMES PINHEIRO			
NACIONALIDADE BRASILEIRA		ESTADO CIVIL CASADO	
SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	REGIME DE BENS (se casado) COMUNHAO PARCIAL		
FILHO DE (pai) MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO		(mãe) MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO	
NASCIDO EM (data de nascimento) 25/12/1976	IDENTIDADE (número) 2008010112657	Órgão Emissor SSP	UF CE
CPF (número) 791.649.193-15			
EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)			
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO rua, av, etc.) RUA TRES			NÚMERO 184
COMPLEMENTO LOTEAMENTO SANTO EMILIO		BAIRRO / DISTRITO CANINDEZINHO	CEP 60731496
MUNICÍPIO FORTALEZA			UF CE
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresária, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:			
ATO 080	DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
NOME EMPRESARIAL CELSON GOMES PINHEIRO			
LOGRADOURO (rua, av, etc.) RUA PAULO GOMES DA SILVA			NÚMERO 228
COMPLEMENTO TERREO: TERREO:		BAIRRO / DISTRITO PARQUE SOLEDADE	CEP 61603070
MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE	PAÍS BRASIL	CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) denis@contechonline.com.br
VALOR DO CAPITAL - R\$ 10.000,00	VALOR DO CAPITAL (por extenso) DEZ MIL REAIS		
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE Fiscal) Atividade principal 8219999 Atividades secundárias	DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARACAO DE DOCUMENTOS E SERVICOS		
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES 25/08/2014	NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior	UF
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assistente/garante) CELSON GOMES PINHEIRO			
DATA DA ASSINATURA 22/08/2014	ASSINATURA DO EMPRESÁRIO Celso Gomes Pinheiro		
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL			
DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE. OSÉ KLEBER G. NASCIMENTO 25/08/14	AUTENTICAÇÃO JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB Nº: 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014 CELSON GOMES PINHEIRO HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETARIO-GERAL		



ATO 315

ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)


Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

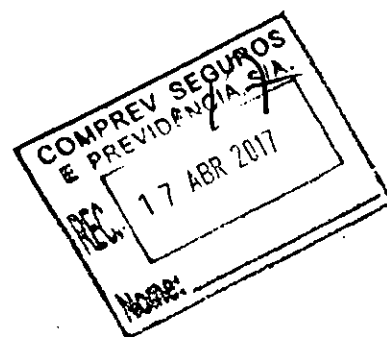
O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO;, bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

celso gomes pinheiro

CELSO GOMES PINEHRO

	JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE
	CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014
	SOB Nº: 20141102624
	Protocolo: 14/110262-4, DE 22/08/2014
	Empresa: 23 1 0359240 6 CELSO GOMES PINHEIRO
	<i>Haroldo</i> HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETARIO-GERAL



7152332-4
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 80135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Costas
agora é enel

Outros



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 463746906

Rota 20 22000 08 044200 - 7 Data de Emissão 27/01/2017

Nome CELSO GOMES PINHEIRO

End. Postal RU PAULO GOMES DA SILVA 00226
PARQUE SOLEDADE - CAUCAIA - 61603070

Medidor 2577879

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 791649193-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2017	27/01/2017	24/02/2017

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

409D.222F.FED1.4FBB.F89F.227C.4C9E.32FA

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta	Mês	Nov/2016	EUSD 6,73	Padrão Individual			Apuração Individual		
				Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00			
FC	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00			
DMIC	3,11			0,00					

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1718	1682	1,00	36	0,00	36	0,50787	18,28
27/01/17	30/12/16		28 DIAS		36		18,28

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

VALOR (R\$)

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

18,28
-18,28

VENCIMENTO 05/03/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	11,86
Transmissão	0,27
Distribuição	3,85
Encargos Setoriais	1,93
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	1,17
TOTAL	18,28

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev
	35	36	32	30	26	30	26	31	34	39	42	45

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
15,56	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 1,17 referente a PIS e COFINS.
Art. 9 Res. 188/2005 - ANEEL e leis n. 10.537/02 e 10.833/03

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 17 ABR 2017
Nome:

Nº do Cliente: 7152332-4 Referência: Jan/2017
Data de Emissão: 27/01/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 463746906 Nº de Controle: 0007152332 00015 39162 30

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.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 CELSO GOMES PINHEIRO

DOC. IDENTIDADE / C.R.G. / R.N.B. UF
 2008010112657 SS/DS CE

CPF
 791.649.193-15

DATA NASCIMENTO
 25/12/1976

RELACÃO
 MANOEL PINHEIRO DE
 MELO NETO
 MARIA DO SOCORRO
 PINHEIRO DE MELO

PERMISSÃO
 ACC

CATNAB
 AD

Nº HABILITAÇÃO
 01824076637

VIGÊNCIA
 06/12/2018

1ª INSERÇÃO
 04/06/1997

OBSERVAÇÃO
 SEM OBSERVAÇÃO:

Celso Gomes Pinheiro
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 29/12/2013

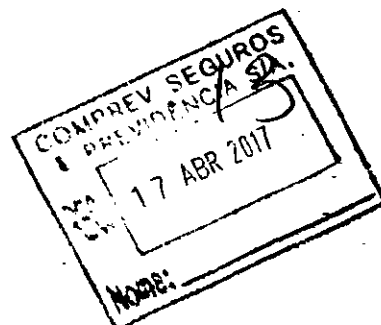
For Val - 2/13
 ASSINATURA DO EMISSOR

28922055681
 CE139143769

DETRAN - CE (CEARA)

**VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL**
 883208334

PROIBIDO PLASTIFICAR
 883208334



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170226545 **Cidade:** Itapajé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO **Data do acidente:** 16/09/2016 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

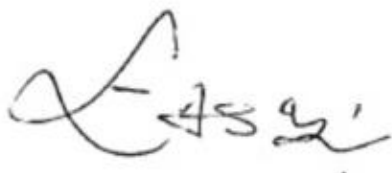
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170226545 **Cidade:** Itapajé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO **Data do acidente:** 16/09/2016 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico, vítima apresenta fratura consolidada viciosamente, acentuada redução da flexão do joelho direito associada a instabilidade ligamentar e derrame articular. Apresenta hipotrofia do quadríceps e panturrilha à direita.

Resultados terapêuticos: Vítima submetida a tratamento conservador com gesso por 90 dias. Realizou 20 sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

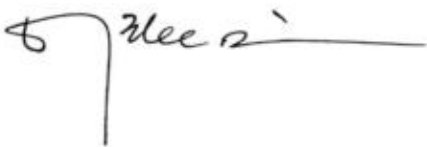
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

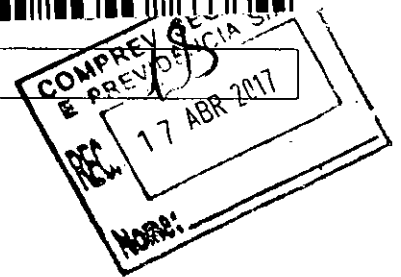
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO
 Profissão: MOTO TAXI
 Identidade: 3008516559-4 CPF: 366.038.803-32
 Endereço: RUA JO DE OUTUBRO, 120
 Bairro: DISTRITO DE JATINGA
 Cidade: ITAPAJÉ CEP: 62.606.100

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61000-600.

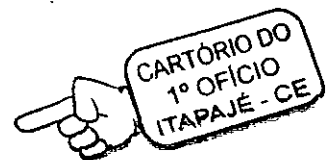
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Raimundo Pereira da Costa Filho.

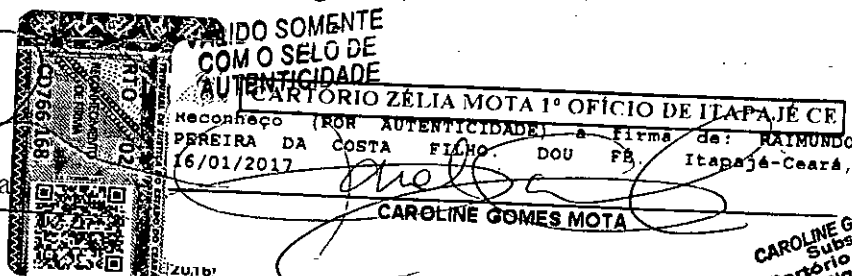
Local e data:

Itapajé 16 de janeiro de 2017.

Raimundo Pereira da Costa Filho
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da a



CAROLINE GOMES MOTA
Substituta
Cartório Zélia Mota
1º Ofício - Itapajé-CE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDO PEREIRA DA COSTA FILHO** Sinistro: **3170226545** Data: **16/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 12 DE OUTUBRO, 120 - DISTRITO IRATINGA - Itapajé - CE - CEP 62600-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20085165594**

Data local do exame: [**05/05/2017**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do platô tibial direito. Ao exame físico, vítima apresenta fratura consolidada viciosamente, acentuada redução da flexão do joelho direito associada a instabilidade ligamentar e derrame articular. Apresenta hipotrofia do quádriceps e panturrilha à direita.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Vítima submetida a tratamento conservador com gesso por 90 dias. Realizou 20 sessões de fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do membro inferior direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

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


Assinatura do médico - CRM
Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Traumato-Ortopedia
CRM 4600

Roberto Mendes Rodrigues - CRM: 4600 - CE