

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2017

Carta nº: 10824133

A/C: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170197634 ASL-0131595/17
Vítima: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA
Data Acidente: 31/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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 UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10843077

A/C: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

Sinistro: 3170197634 ASL-0131595/17
Vítima: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA
Data Acidente: 31/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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, 09 de Maio de 2017

Carta nº: 10946469

A/C: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

Sinistro: 3170197634 ASL-0131595/17
Vítima: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA
Data Acidente: 31/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000727-7

Conta: 000001007413-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170197634 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CACIMBINHA nº 00 - AREA RURAL - VICOSA DO CEARA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 200602839149 - SSP**
Data local do exame: **26/04/2017 GUARACIABA DO NORTE/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 PILÃO TIBIAL ESQUERDO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE COM USO DE FIOS, EVOLUINDO COM MARCHA CLAUDICANTE, DEFORMIDADE EM VALGO E IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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 TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU INTENSO

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 ☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - GUARACIABA DO NORTE, 26/04/2017

Médico Perito: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE MENEZES CRM:10432/CE


Dr. Wellington Melo
MÉDICO
CREMÉC: 10432

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170197634 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA **Data do acidente:** 31/10/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU INTENSO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A OSTEOSSÍNTESE COM USO DE FIOS, EVOLUINDO COM MARCHA CLAUDICANTE, DEFORMIDADE EM VALGO E IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/04/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

CRM do médico: 10432

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, Antônio José Gilelino da Costa
 FORTADOR(A) DO ROL Nº 200602839149 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 07/04/2006
 CPF 037912433-57 / CNP: 000000000-00000-00. PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio José Gilelino da Costa. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Supep 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 aparecerem 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 Lotéricas 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/scanher 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 727-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1007413-4

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.

Vitor-CE 17 de março

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (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\$ 3.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradortransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ PL

Data 21/03/2017 Hora 14:37 Iens 039762
N.Trans 7892 Banco 237 Agencia 0727
Conta 0002084-2 Valor

Favorecido:
Banco 237
Agencia 0727 / VICOSA DO CEARA
Conta 1007413-4

Titular: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

Nome: ANTONIO FABIO DE ARAUJO
Tipo/Conta: 00 Via/Cartao: 01

Cheque Expresso Bradesco.
Sem talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alô Bradesco
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 19 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **04/01/2017 08:28:35**
Data / Hora da Ocorrência: **31/10/2016 22:31:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO INGA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA**
Nascimento: **06/02/1988** CPF: **037.912.433-57**
RG: **2006028039149** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **RITA MARIA GALENO**
JOSE MARIA DA COSTA
Endereço: **SITIO CACIMBINHA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99927-5026**

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 160 TITAN EX, COR VERMELHA, PLACA PNU 3317, ANO E MODELO 2016/2016, CHASSI 9CZKC2210GR057336, DE PROPRIEDADE DE ELTON FONTENELE ARRUDA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO AO DESVIAR DE UM CACHORRO QUE INVADIU A ESTRADA, CHEGANDO O MESMO A CAIR AO CHÃO E FICANDO O NOTICIANTE COM LESÕES CORPORAIS CONFORME A FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO EM ANEXO. ESTE B.O É PARA FINS DPVAT. QUE NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : P.O.

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

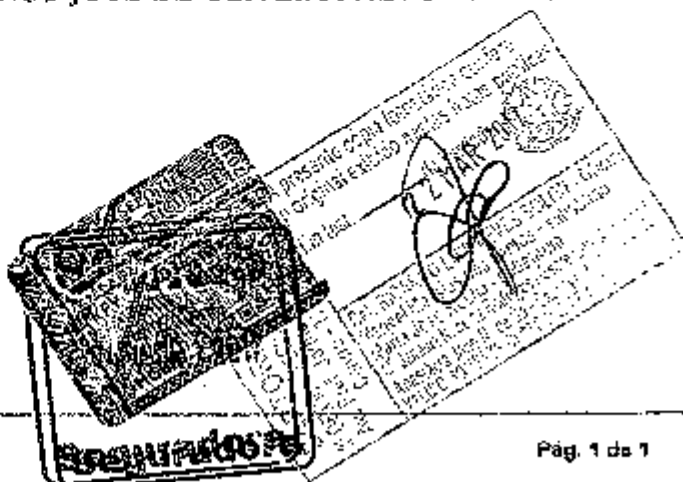
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Jose Galeno da Costa

VISTO DO DELEGADO(A) :

GREGÓRIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

DOCUMENTO 1 "T16"



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio José Galvão da Costa, portador da carteira de identidade nº 200602839149 e inscrito no CPF/ME sob o nº 037.912.433-57, residente e domiciliado na Sítio Pacimbuí, Cidade Vicosa do Leão, Estado Pernambuco, 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.

DOCUMENTO 3 "T34"



Antônio José Galvão da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Vicosa - PE, 17 de março de 2017.

Local e data



Por: MARIA DE LOURDES SIQUEIRA DA SILVA

Data: 31-10-2016 Hora: 22:31
Incluído/Atualizado por: MLOURDES

Nome: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

Sexo: MASCULINO
Nome da Mãe: MARIA MARIA GALENO
Estado Civil: SOLTEIRO
Local de Nascimento: VILLO CACIMBINHA
Zona: RURAL
Prontuário: 15871
Data de Nascimento: 06-02-1968
Idade: 28a 08m 25d
Pai: JOSE MARIA DA COSTA
Cor:
Nacionalidade:
CPF:
Número:
Cidade: VICOSA DO CEARÁ (CE)
Documento:
CPF:
Cidade:
Prontuário: 15871

Local de Atendimento: EMERGENCIA HMMVC
SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Especialidade:
Data de Atendimento:
CPF:
Cidade:
Prontuário: 15871

Exames Complementares:
RAIOX
SANGUE
URINA
TC
LIQUOR
EC
ULTRASSONOGRRAFIA
Exatidão de Violência ou Maus Tratos:
SIM
NÃO
Data Primeiros Sintomas:
Data de Atendimento:
CPF:
Cidade:
Prontuário: 15871

Assinatura:
Data de Atendimento:
CPF:
Cidade:
Prontuário: 15871

Assinatura:
Data de Atendimento:
CPF:
Cidade:
Prontuário: 15871

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FE.
03 JAN. 2017
Em Test.
da verdade.
VÁLIDO ASSINADO COM O SELLO DE FISCALIZAÇÃO

Louisa Kelly Pereira Siro
Fazrevante Substituto

Assinatura:
Data de Atendimento:
CPF:
Cidade:
Prontuário: 15871

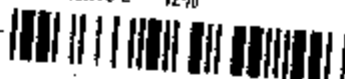
DOCUMENTO 2 "T2M"
04 ABR. 2017

Local de Atendimento:
Data de Atendimento:
CPF:
Cidade:
Prontuário: 15871

Assinatura:
Data de Atendimento:
CPF:
Cidade:
Prontuário: 15871

União
04 ABR. 2017
Seguradora

Dr. João 7. Melo
CRM - CE 15.382



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio José Galvão da CostaRG nº 200602839149 data de expedição 07/04/2006 órgão SSP-CECPF nº 037-912-433-57, 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>Sítio Cacimbinha</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>rural</u>
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796 / 999273954 / 998045027</u>
E-mail	<u>afavicora@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa do Ceará, 17-03-2017Assinatura do Declarante: x Antônio José Galvão da Costa

VENCIMENTO	02.01.2017	DATA DE PAGAMENTO	29.12.2016
COMPROMISSO DO SALDO DE CONSUMO		PARTICIPACAO DE CONSUMO	
Previdência Social	13,91		
Inscrição Estadual	0,49		
Distribuição de Energia	1,25		
Emissões de CO ₂	1,62		
Tributos IRRS-PAVAFUS	1,58		
TOTAL	28,85		
CONSUMO CORRELACIONADO EMISSÕES DE CO₂ (g/kWh)			
Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica			
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Casceirinha EcoLogic® (MCO ₂)	
35,87	0,00		

[illegible]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Fábio de Araújo

RG nº 2001099079843, data de expedição 10/07/14, Órgão SSP-CE

CPF nº 006.892.523-90 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:

DOCUMENTO 1 "T140"



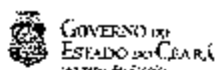
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Tr. Lamartine Nequino</u>
Número	<u>03</u>
Apto / Complemento	<u>_____ / _____</u>
Bairro	<u>São Francisco</u>
Cidade	<u>Vieira do Alamo</u>
Estado	<u>Goio</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796 / 999278954</u>
E-mail	<u>afanicoa@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vieira - GO, 15 - 03 - 2017.

Assinatura do Declarante: Antônio Fábio de Araújo





2º Via
Nº de inscrição
0016789229

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO FABIO DE ARAUJO
End. Legal: TR LAMARTINE NOGUEIRA 03, SAO FRANCISCO
Cidade: VIOSA DO CEARA CEP: 82.300-000
End. Entrega:
Cidade:
Local: 008 Setor: 002 Quadra: 0013 Lote: 1484 Comp: 0023
Subsetor:

ECONOMIAS

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumenidade	Medida Semestralizada
AGUA	A13F152541	251	256	5	7

DATAS

Validade Atual: 21/02/2017 Emissão: 09/03/2017 Lacre Água: 16271878
Validade Anterior: 23/01/2017 Última Leitura: 23/03/2017 Lacre Espesa:

QUALIDADE DA ÁGUA DESTILADA REPRESENTA: 01/2017

Nº de Amostras	Cabo	Turbidez	Cor	Condutividade Total	Escherichia Coli
Origem	030	030	010	030	030
Análise	030	030	010	030	030
Em conformidade	029	030	010	030	030

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 38,46. Caso pago, desconisecer.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

HISTÓRICO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA		19,95	Mês/Ano	Água (m³)	Água (m³)
JUROS DE 01/03/16 AO DIA	01	0,25	FEV/2016	11	0
			MAR/2016	12	0
			ABR/2016	9	0
			MAI/2016	11	0
			JUN/2016	9	0
			JUL/2016	8	0
			AGO/2016	8	0
			SET/2016	7	0
			OUT/2016	9	0
			NOV/2016	7	0
			DEZ/2016	8	0
			JAN/2017	7	0

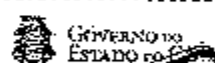
TÍTULOS SOBRE O PAGAMENTO		Resumo	
Distribuição	Valor (R\$)	Debitado	Valor (R\$)
PIS	0,18	VALOR DO SERVIÇO	38,16
COFINS	0,94	VALOR DO SUBSÍDIO	19,30
		VALOR TOTAL A PAGAR	19,95
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
02/2017	07/03/2017	19,95	



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece.
confirme as informações da Agência Reguladora.

Para mais informações pelo telefone: 0800 275 0155.
nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site
www.cagece.com.br ou na central de atendimento Cagece:
3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria
0800 275 0155. Site da APEE: www.aapee.org.br

Entidades Reguladoras: Forórum ACPOR - Agência de
Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de
Saneamento Ambiental 0800 265 1919 - Órgão
Localizador: APEE - Agência Reguladora de Serviços
Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3834.



Fatura Mensal

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0016789229
Local: 008 Setor: 2 Quadra: 0013 Lote: 1484 Comp: 0023
Subsetor:
Cidade: VIOSA DO CEARA
Valor: 19,95



025-3



EMISSÃO: ATENDIMENTO VIRTUAL 09/03/2017 09:36:47



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 Antônio Fábio de Araújo, portador(a) do

RG nº 2001099079843, expedido por SSP-CE, em

10 / 07 / 14, CPF/CNPJ nº 006.892.523-90,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antônio

José Galeno da Costa do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

da vítima Antônio José Galeno da Costa, e conforme

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

Profissão: Recurso-me Renda Mensal: R\$ Recurso-me

Documentos comprobatórios: Recurso-me

Antônio Fábio de Araújo
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elton Fontinele Arruda
RG nº 2000028072794, data de expedição 14/04/2016
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 922.831.013-87, com
domicílio na cidade de Vicosa do Ceará, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Siqueira, nº 933, complemento centro.
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antônio José Galvão da Costa.

DOCUMENTO 4 *T40*

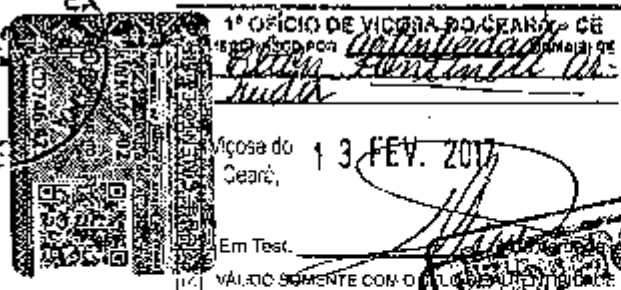


Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 160 T MAX EX
Ano: 2016 / 2016
Placa: PNU 3317
Chassi: 9C2KE22406R057336
Data do Acidente: 31-10-2016

Local e Data: Vicosa do Ceará, 13 de fevereiro de 2017.



Elton Fontinele Arruda
Assinatura do Declarante



Louisanna Kelly Pereira Ario
Escrevente Substituta



61

Emitido em: 31/10/2016 22:31:13

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Por: MARIA DE LOURDES SIQUEIRA DA SILVA

Data: 31-10-2016 Hora: 22:31

Incluído/Atualizado por: MLOURDES

Nome: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA

Sexo: MASCULINO

Idade: 28a 08m 25d

Nome da Mãe: RITA MARIA GALENO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: SIAO CACIMBINEA

Endereço: RUA RUPAL

Cidade: VICOSA DO CEARÁ

UF: CE

CPF: 000.000.000-00

Data de Nascimento: 06-02-1988

Nome: JOSE MARIA DA COSTA

Cor: BRANCA

Nacionalidade: BRASILEIRA

CPF: 000.000.000-00

Número: 000.000.000-00

Cidade: VICOSA DO CEARÁ (CE)

Documento: 000.000.000-00

CPF: 000.000.000-00

Prontuário: 15971

Idade: 28a 08m 25d

Ocupação: SIAO CACIMBINEA

PON: C

SisPrénatal: /-/-

CEP: 000.000-00

Local de Atendimento: EMERGENCIA HMMVC

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Especialidade: SIAO CACIMBINEA

Exames Complementares: [] PULSO: [] TEMP: [] PESO: [] ESTATURA: []

[] PAIX [] SANGUE [] URINA [] TC

[] LIQUOR [] EG [] ULTRASSONOGRAFIA

Existe violência ou maus tratos: [] SIM [] NÃO

Outros exames:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

NOTAS DA ENFERMAGEM:



AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA (REPROGRÁFICA)
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FE.
03 JAN. 2017
Em Test. [assinatura]
VARIANTE: [assinatura]

Loussanna Kelly Pereira Siro
Enfermeiro Substituto

Assinatura: [assinatura]

HORARIO DA MEDICAÇÃO:

DOCUMENTO 5 *75%*



Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Local de Saída: [] A PEDIDO [] EVASÃO [] RESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

Atesto que Antônio
José Galvão da Costa, apresentando
fratura do pulso tuberculoso
esquerdo, em acidente
de moto, no dia
31/10/2016.

Hoje recebe alta
ambulatorial definitiva
com dor residual,
deformidade e um
vulgo no tornozelo esquer-
do e limitação parcial
dos movimentos do
tornozelo esquerdo.

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS,
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MATA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885.197/0010-35

Dr. José M. Porto
Médico - Pneumologista
CRM: 6590

12/01/17



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenação de Regulação, Avaliação e Controle
DEPES - Centro de Regulação Estadual 155

CODIGO DA SOLICITAÇÃO: 12670012549

NÚMERO DA AIH: 231610200400

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2516583 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2516583 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: ANTONIO JOSÉ GALENO DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 02/06/1988 - 28 anos

NOME DA MÃE: RITA MARIA GALENO

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: ST. CACIMBINHA - ACS: HELENA, AVISAR AULA NO HOSPITAL OU EDSETO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231410 - VÍCOSA DO CEARÁ

UF: CE

SEXO: FEMININO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 985121011

BAIRRO:

CÉP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S823 - Fratura do malleolo medial

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: D08050576 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

CARACTER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA APH EMITIDA APOS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 03052117300 - MARIO JORGE GOMES DA FROTA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 14/11/2016 - 23:07 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 14/11/2016 - 23:07

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

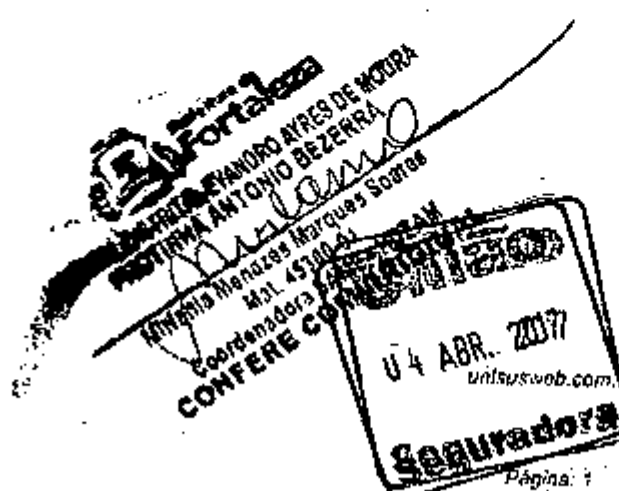
NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER

DATA AUTORIZAÇÃO:



Roy - 2006028039149



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

4-85

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - FONE

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - UF

16 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente colapsado no 1º X de acesso em 31/10/16 em Fortaleza por + edema + deformidade no tornozelo (C)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura tornozelo (C)

19 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

20 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

21 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

22 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

23 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

24 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

25 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

27 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

29 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

30 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

31 - DIAGNÓSTICO INICIAL

32 - CID 10 PRINCIPAL

33 - CID 10 SECUNDÁRIO

34 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura tornozelo estab. nro

PROCEDIMENTO SOLICITADO

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

37 - CLASSE

38 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

39 - DOCUMENTO

40 - DOCUMENTO (TRANSF. DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

44 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

45 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

46 - 3 - ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

47 - CNPJ DA SEGURADORA

48 - Nº DO CONTRATO

49 - SÉRIE

50 - CNPJ DA EMPRESA

51 - CNAE DA EMPRESA

52 - CBOE

53 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

54 - EMPREGADO

55 - EMPREGADOR

56 - APOSENTADO

57 - NÃO SEGURADO

58 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - COD. ORG. EMISSOR

60 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - DOCUMENTO

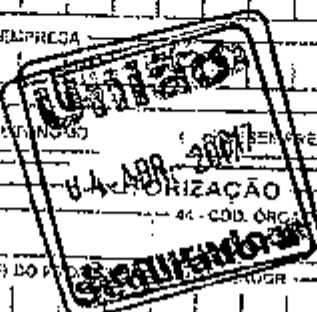
62 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL

63 - CNES

64 - CPF

65 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



12670012848



SUS

Sistema Ministério
União do da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CHES

4 - CHES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PROMÉDIO

7 - NOME DO PAI DO PACIENTE

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE)

DDD

13 - Nº DO TELEFONE

14 - Nº DO RG DO RESPONSÁVEL

15 - CID - RG DO MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Apresenta dor no abdômen superior em 11/10/16 em forma de
dores tipo cólica, de início súbito, com duração de 1 hora (1)

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença Hemorróida R

HOSPITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
PROF. DR. ANTONIO BEZERRAMariana Meneses Marques Soares
Mat. 43300-01Coordenadora SANE - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico normal e sem alterações

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - 1 - Causa de Morte

35 - CNPJ DO SEGURO

36 - Nº DO SEGURO

37 - NOME

38 - 1 - ACIDENTE TRABALHO FÍSICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - 1 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - EMPREGADO

45 - EMPREGADOR

46 - AUTÔNOMO

47 - DESEMPREGADO

48 - APRESENTADO

49 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

14 ABR. 2017

15 ABR. 2017

16 ABR. 2017

17 ABR. 2017

18 ABR. 2017

19 ABR. 2017

20 ABR. 2017

21 ABR. 2017

22 ABR. 2017

23 ABR. 2017

24 ABR. 2017

25 ABR. 2017

26 ABR. 2017

27 ABR. 2017

28 ABR. 2017

29 ABR. 2017

30 ABR. 2017

31 ABR. 2017

32 ABR. 2017

33 ABR. 2017

34 ABR. 2017

35 ABR. 2017

36 ABR. 2017

37 ABR. 2017

38 ABR. 2017

39 ABR. 2017

40 ABR. 2017

41 ABR. 2017

42 ABR. 2017

43 ABR. 2017

44 ABR. 2017

45 ABR. 2017

46 ABR. 2017

47 ABR. 2017

48 ABR. 2017

49 ABR. 2017

50 ABR. 2017

51 ABR. 2017

52 ABR. 2017

53 ABR. 2017

54 ABR. 2017

55 ABR. 2017

56 ABR. 2017

57 ABR. 2017

58 ABR. 2017

59 ABR. 2017

60 ABR. 2017

61 ABR. 2017

62 ABR. 2017

63 ABR. 2017

64 ABR. 2017

65 ABR. 2017

66 ABR. 2017

67 ABR. 2017

68 ABR. 2017

69 ABR. 2017

70 ABR. 2017

71 ABR. 2017

72 ABR. 2017

73 ABR. 2017

74 ABR. 2017

75 ABR. 2017

76 ABR. 2017

77 ABR. 2017

78 ABR. 2017

79 ABR. 2017

80 ABR. 2017

81 ABR. 2017

82 ABR. 2017

83 ABR. 2017

84 ABR. 2017

85 ABR. 2017

86 ABR. 2017

87 ABR. 2017

88 ABR. 2017

89 ABR. 2017

90 ABR. 2017

91 ABR. 2017

92 ABR. 2017

93 ABR. 2017

94 ABR. 2017

95 ABR. 2017

96 ABR. 2017

97 ABR. 2017

98 ABR. 2017

99 ABR. 2017

100 ABR. 2017

101 ABR. 2017

102 ABR. 2017

103 ABR. 2017

104 ABR. 2017

105 ABR. 2017

106 ABR. 2017

107 ABR. 2017

108 ABR. 2017

109 ABR. 2017

110 ABR. 2017

111 ABR. 2017

112 ABR. 2017

113 ABR. 2017

114 ABR. 2017

115 ABR. 2017

116 ABR. 2017

117 ABR. 2017

118 ABR. 2017

119 ABR. 2017

120 ABR. 2017

121 ABR. 2017

122 ABR. 2017

123 ABR. 2017

124 ABR. 2017

125 ABR. 2017

126 ABR. 2017

127 ABR. 2017

128 ABR. 2017

129 ABR. 2017

130 ABR. 2017

131 ABR. 2017

132 ABR. 2017

133 ABR. 2017

134 ABR. 2017

135 ABR. 2017

136 ABR. 2017

137 ABR. 2017

138 ABR. 2017

139 ABR. 2017

140 ABR. 2017

141 ABR. 2017

142 ABR. 2017

143 ABR. 2017

144 ABR. 2017

145 ABR. 2017

146 ABR. 2017

147 ABR. 2017

148 ABR. 2017

149 ABR. 2017

150 ABR. 2017

151 ABR. 2017

152 ABR. 2017

153 ABR. 2017

154 ABR. 2017

155 ABR. 2017

156 ABR. 2017

157 ABR. 2017

158 ABR. 2017

159 ABR. 2017

160 ABR. 2017

161 ABR. 2017

162 ABR. 2017

163 ABR. 2017

164 ABR. 2017

165 ABR. 2017

166 ABR. 2017

167 ABR. 2017

168 ABR. 2017

169 ABR. 2017

170 ABR. 2017

171 ABR. 2017

172 ABR. 2017

173 ABR. 2017

174 ABR. 2017

175 ABR. 2017

176 ABR. 2017

177 ABR. 2017

178 ABR. 2017

179 ABR. 2017

180 ABR. 2017

181 ABR. 2017

182 ABR. 2017

183 ABR. 2017

184 ABR. 2017

185 ABR. 2017

186 ABR. 2017

187 ABR. 2017

188 ABR. 2017

189 ABR. 2017

190 ABR. 2017

191 ABR. 2017

192 ABR. 2017

193 ABR. 2017

194 ABR. 2017

195 ABR. 2017

196 ABR. 2017

197 ABR. 2017

198 ABR. 2017

199 ABR. 2017

200 ABR. 2017

201 ABR. 2017

202 ABR. 2017

203 ABR. 2017

204 ABR. 2017

205 ABR. 2017

206 ABR. 2017

207 ABR. 2017

208 ABR. 2017

209 ABR. 2017

210 ABR. 2017

211 ABR. 2017

212 ABR. 2017

213 ABR. 2017

214 ABR. 2017

215 ABR. 2017

216 ABR. 2017

217 ABR. 2017

218 ABR. 2017

219 ABR. 2017

220 ABR. 2017

221 ABR. 2017

222 ABR. 2017

223 ABR. 2017

224 ABR. 2017

225 ABR. 2017

226 ABR. 2017

227 ABR. 2017

228 ABR. 2017

229 ABR. 2017

230 ABR. 2017

231 ABR. 2017

232 ABR. 2017

233 ABR. 2017

234 ABR. 2017

235 ABR. 2017

236 ABR. 2017

237 ABR. 2017

238 ABR. 2017

239 ABR. 2017

240 ABR. 2017

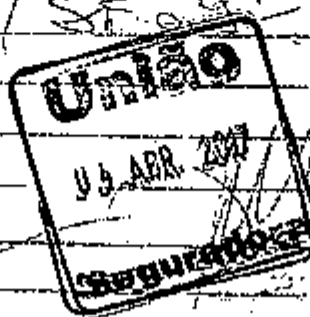
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: <u>Dr. José G. Costa</u>		
DATA DA CIRURGIA: <u>10/04/2007</u>	UNIDADE:	LEITO:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Manoel</u>	1ª AUX: <u>Dr. Cyndra</u>	2ª AUX:
AUX. CIRCULANTE:	AUX. INSTRUMENTADORA:	
ANESTESISTA: <u>Dr. Auto-labor</u>	TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fract. pilos tubial (B)</u>		
TIPO DE CIRURGIA: <u>Osteossíntese por clodamp</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>fract. unipolament. consolidado de pilos tubial</u>		
EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO: <u>no braço</u>		
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:		

- lavante au DRD
 - Antisseps regional
 - assepsie antisseps. M. INF. (E)
 - curativo em gesso
 - incisão regional medial (B)
 - Redução da fratura clodamp de fixação da moleta no olecrão e posterior do punho (B)
 - Redução da fratura distal do rádio e posterior do punho
 - Fixação C/3 via te. N° 2,0 mm
 - no controle
 - lavagem C/ SF 0,9
 - Sutura
 - curativo
 - talc. bota



Prefeitura de
Fortaleza
 HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
 FROTHA ANTONIO BEZERRA
 Maria Meneses Marques Soares
 Mst. 45300-01
 Coordenadora SAME - HDEAM
COPIA COM ORIGINAL



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA



FICHA DE ANESTESIA

NOME: Antonio Jose Galeno da Costa Nº PRONTUARIO: _____
ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
16/11/196	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	PLAQUETAS	GLICEMIA	GRIETOS	
	UREIA		UREIA	CREATININA		

APARELHO RESPIRATORIO	ASMA		BRONquite			
APARELHO CIRCULATORIO	ELETROCARDIOGRAMA					
APARELHO DIGESTIVO	DENTES		PESCOÇO			
ESTADO MENTAL	ANSIOLÍTICOS		CORTICÓIDES		HIPOTENSORES	
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATORIO			ESQUELETO		MUSCULO	
ANESTESIAS ANTERIORES			ENDOTRACHEAL		INJEÇÃO	
MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA			APLICADA(S)		EFEITO	

HORA	15:30	16:30	17:30	18:30	19:30	20:30	21:30	22:30	23:30	24:30
Temperatura										
Pulso										
Pressão Arterial										
SpO2										
Respiração										
ECG										
Observações	15:30 - 16:30: 99% 99% 16:30 - 17:30: 99% 99% 17:30 - 18:30: 99% 99% 18:30 - 19:30: 99% 99% 19:30 - 20:30: 99% 99% 20:30 - 21:30: 99% 99% 21:30 - 22:30: 99% 99% 22:30 - 23:30: 99% 99% 23:30 - 24:30: 99% 99%									

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSICÃO	

AGENTES	Dr. Antonio Jose Galeno da Costa	Dr. Antonio Jose Galeno da Costa
TÉCNICAS ANESTÉSICAS	RAQUILANES	RAQUILANES
CIRURGIA	Dr. Cyndee	Dr. Cyndee
CIRURGIÕES	Dr. Cyndee	Dr. Cyndee
ANESTESISTAS	Dr. Antonio Jose Galeno da Costa	Dr. Antonio Jose Galeno da Costa
OBSERVAÇÕES		

Antonio Jose Galeno da Costa
Médico - CRM: 5621



TIPO

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME ANTONIO JOSE BEZERRA COSTA

PRONTUARIO	Data do nascimento	ENFERMARIA	LEITO	DATA DE ENTERNAÇÃO	DATA - INICIO - TRATAMENTO
				14/11/16	
DIAGNÓSTICO			OBSERVAÇÕES		

DATA	EVOLUÇÃO
14/11/16	Admite copiar para X raios em 31/10/16 em 6 meses. Sobre o exame tomográfico guilherme para exame

15/11/16	Gabinete de infusão Shunt para
----------	-----------------------------------

16/11/16	Realizado curativo interconexão
----------	------------------------------------

Juliana Albuquerque Brito
CRM 200.175-1192
RUA 1, QD 11, ANEXO 1, 60000-000

Fortaleza
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
PROFESSOR ANTONIO BEZERRA
Mariana Menezes Marques Soares
Mat. 45300-01
Coordenadora SANE - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL

União
4 ABR 2017
Seguradora



Prefeitura de
Fortaleza

DATA

EVOLUÇÃO

17/11 - Pte. atual

OPD

Coord. Unilazer / ATB

Dr. Gabriel Franco
Ortopedia
CRM 1085 FORT 11 525

18/11 - Pte. atual

fundo de

1º piso

alter hosp

Dr. Gabriel Franco
Ortopedia
CRM 1085 FORT 11 525



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA
PROFESSOR ANTONIO BEZERRA

Dr. Maria Menezes Marques Soares
Mat. 45300-01

Coordenadora SAME - HDEAM
CONFERE COM ORIGINAL



WOLFENBUTEL
RECEIVED
[Signature]
CONFIDENTIAL



0-8

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recenta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
037.912.433-57
Nome
ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA
Nascimento
06/02/1988
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170197634 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA **Data do acidente:** 31/10/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ TORNOZELO ESQUERDO 50% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

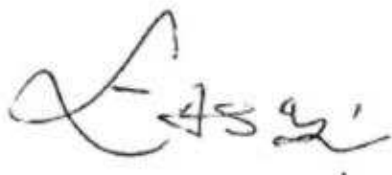
VISÃO MÉDICA LTDA

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: 3170197634 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE GALENO DA COSTA **Data do acidente:** 31/10/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU INTENSO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A OSTEOSSÍNTESE COM USO DE FIOS, EVOLUINDO COM MARCHA CLAUDICANTE, DEFORMIDADE EM VALGO E IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/04/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

CRM do médico: 10432

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: Antônio José Galeno da Costa
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro
 Profissão: Agricultor
 Identidade: 2006028039149 CPF: 037.912.433-57
 Endereço: Rio Cacimbinha Bairro: rural
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

PROCURADOR:

Nome: Antônio Fábio de Araújo
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado
 Profissão: Autônomo
 Identidade: 2001099049843 CPF: 006.892.523-90
 Endereço: Tr. Lamartina Nogueira Bairro: São Francisco
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

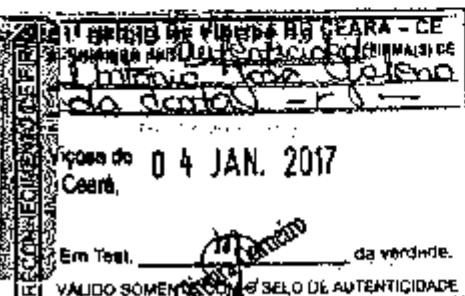
Antônio José Galeno da Costa

Vicosa do Ceará, 04 de janeiro de 2017.
 Local e data

1º OFÍCIO

Antônio José Galeno da Costa

Assinatura do Beneficiário/Vítima
 (reconhecer firma por autenticidade)



Maria Mary do
 Escrivão