

08

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Prolegar Direto

PROIBIDO PLASTIFICAR

ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES

PROTEÇÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016259731 - 7 DATA DE EMISSÃO 22/09/2016

NOME ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES

FILIAÇÃO AERCIO DA SILVA RODRIGUES
RENATA PAIVA DOS SANTOS

NATURALIDADE EUSEBIO - CE DATA DE NASCIMENTO 26/10/2000

DOO ORIGEM CERT - NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 17145 FOLHA: 151
LIVRO: A-19 EUSEBIO - CE
CH 625.175.743-94

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 110 DE 25/08/83

**Cagece****GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria do Estado

Folha 1 de 1

MARCA DE EUSÉBIO
09**DADOS DO CLIENTE**

Nome: **ELTON DO PEREIRO** Nº do Contrato: **00000000000000000000**

End. Entrega: **000**

Cidade: **000**

End. Entrega: **000**

Cidade: **000**

Local: **000** Bairro: **000** Distrito: **000** Fone: **000** Celular: **000**

SITUAÇÃO

Resumo: **000** Contrato: **000** Indicação: **000** Produto: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAÇÃO

Medicamento: **000** Dose: **000** Freqüência: **000** Observações: **000**

DADOS

Localidade: **000** Estado: **000** Município: **000** Bairro: **000**

ANÁLISE DA ÁGUA DESTINADA AO ABASTECIMENTO

Id. da Análise: **000** Data: **000** Valor: **000** Qtd: **000** Custo: **000** Valor: **000**

RESUMO DE CONSUMO (14 A SET/15): 4 m3 | MEIA: 10 m3.
CONSUMO DE 14 A SET/15: 4 m3 | 17. CASO PREC. DESEMPENHO:
RELACIONO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

ANÁLISE DA ÁGUA DESTINADA AO ABASTECIMENTO

ANÁLISE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000
7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000
8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000
9.000	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000
10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000

RESULTADOS SOBRE O ABASTECIMENTO

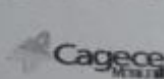
Medicamento: **000** Valor: **000** Qtd: **000** Valor: **000**

RESUMO**ENCARGOS****TOTAL A PAGAR (R\$)**

352299253461839 L 7245 N 08:35:20 R 074 P 001



Cagece
0600 275 0190



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

Para informações pelo telefone: 0600 275 0190, nas horas de atendimento de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na subtorção da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ou diretamente no site: 110. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza, ARCE - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 11000 203 1000. Outras localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 11000 203 1000.

**Cagece****GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria do Estado**DADOS DO CLIENTE**

Nome: **000** Nº do Contrato: **000**

End. Entrega: **000**

Cidade: **000**

End. Entrega: **000**

Cidade: **000**

Local: **000** Bairro: **000** Distrito: **000** Fone: **000** Celular: **000**

352299253461839 L 7245 N 08:35:20 R 074 P 001





Melder Leite, Bonfim & Araújo



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, ajudante de pedreiro, portador do RG nº. 2016259731-7 SSPCE, inscrita no CPF sob o nº. 625.175.763-94, residente e domiciliada à Rua Francisco Fernandes, nº. 140 – Bairro Coaçu – Eusébio/CE, **DECLARO**, para os devidos fins e nos termos da Lei nº. 1.060/1950, **ser pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de recursos para custear as despesas do processo e honorários sem prejuízo de meu sustento e de minha família.**

Por ser verdade, firmo a presente.

Fortaleza/CE, 27 de fevereiro de 2019.

ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES
ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES



Helder Leite, Benfaim & Andrade

11

PROCURAÇÃO PARTICULAR AD JUDICIA

OUTORGANTE: ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES, brasileiro, solteiro, ajudante de pedreiro, portador do RG nº. 2016259731-7 SSPCE, inscrita no CPF sob o nº. 625.175.763-94, residente e domiciliada à Rua Francisco Fernandes, nº. 140 – Bairro Coaçu – Eusébio/CE.

OUTORGADO: THIAGO ANDRADE DIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-CE 33988, HELDER LIMA LEITE, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-CE 22.749, JOÃO LÚCIO DE SOUSA SILVA, brasileiro, casado, acadêmico em direito, todos com escritório na Av. Washington Soares, 7187, salas 01/03 – Bairro José de Alencar, onde receberão intimações- TEL-99620.3034

PODERES GERAIS: Conferindo amplos poderes para foro em geral, com cláusula “*ad judicia*” em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas às outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-as, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda, substabelecer está em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza (CE), 27 de fevereiro de 2019.

ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES
ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES**
Nº Sinistro: **3180272113**
Vítima: **ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES**
Data do Acidente: **03/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180272113**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

**LÍDER**

(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos de
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

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

SINISTRO 3180272113 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES

CPF/CNPJ: 62517576394

Posição em 18-01-2019 04:52:04

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indi

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/07/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

Historico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/07/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vB1GeUQiv+20cdZj5b2gIA==api_key=WCDKGkK1kCRZvGalEW+KKd8fwPti__E3Np9kCnjkw40s=)
19/06/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eTG8Hl3gjmGj__29FiCjylapi_key=WCDKGkK1kCRZvGalEW+KKd8fwPti__E3Np9kCnjkw40s=)
19/06/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/rh8W7l8buUMYhy78gHjflapi_key=WCDKGkK1kCRZvGalEW+KKd8fwPti__E3Np9kCnjkw40s=)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMERSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

14

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

André

PRONTUÁRIO

UNIDADE

ENFERMARIA

409

INÍCIO DO TRATAMENTO

03/04/18

DATA DA ALTA

04/04/18

DATA DO RETORNO

20/04/18

MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. Vitorino

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

2701

Qual

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL

Infecção de pele

ACESSÓRIO 1

ACESSÓRIO 2

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

N

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS ALTA

Antib + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

ÓBTOS

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

04.04.18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Assinatura]
OBSERVAÇÃO: CASO DETERMINADO EM 20/04/18

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

.....Anderson dos Santos Rodrigues.....
.....
.....

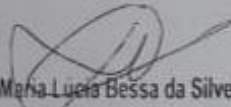
|P SOB REGISTRO DE PRONTUÁRIO Nº 29643.....

CPF: 625.145.463-94.....

COMPARECEU À UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA), PARA
ATENDIMENTO MÉDICO NO DIA 03 / 04 / 2018 ÀS 04 : 10 H.

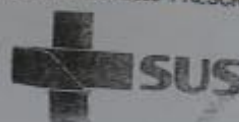
(Obs: É necessário a cópia do Prontuário Médico para a autenticação desta
declaração.)

| EUSÉBIO - CE, 12 DE Abril DE 2018.....


Maria Lucia Bessa da Silveira
Supervisora
Administrativa

12/04/2018

10.203.0.10:8080/vital/pages/prescricao.do?controle=7&perform=imprimir&id=63359&pesquisa=5&idp=6&classe=FHO-SC-RLA

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**UPA Eusébio**

UPA EUSEBIO

Endereço: RUA IRMÃ AMBROSINA, 257, EUSEBIO, CEARA - CE, 61760000

Tel: 32605303

CNES: 7103255

Paciente ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES		BAE 49107	Data/Hora Entrada 03/04/2018 07:10:18	Data Baixa
Data de nascimento 26/10/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (85) 987619167
Mãe RENATA PAIVA DOS SANTOS	Endereço FRANCISCO FERNANDES, 140	Bairro COAÇU	Município EUSEBIO	Prontuário 29673
Acidente	Notivo	Profissional KARINA LONGEN PETERMANN	UF CE	Nº Cont. Regional 13213/CE
Data/Hora Classificação 03/04/2018 07:16:07	Convênio SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Data/Hora Prescrição 03/04/2018 07:37:28	Nº Matrícula	Senhas

anamnese

Paciente refere colisão moto-carro, teve SpdD decepado, fratura exposta

MEDICAMENTOCLORETO DE SODIO 0,9% 100ML, ADMINISTRAR 1,0 FRASCO VIA ENDOVENOSO, IMEDIATO, 0,0 (MGTSM)
Diluir

CETOPROFENO 100 MG INJETÁVEL EV, DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML, ADMINISTRAR 1,0 FRASCO VIA ENDOVENOSO, IMEDIATO, 0,0 (MGTSM)
Diluir

TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML AMP, DILUIR 1,0 AMPOLA

CID10

Código	Descrição
S91.3	Ferimento de outras partes do pé

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Seção	Informação	Valor
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 1	PA - PRESSÃO ARTERIAL	110x80mmHg
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 1	CLASSIFICACAO DE RISCOS	ADULTO AMARELO
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 1	SATURACÃO DE OXIGÊNIO	95%
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 1	TA - TEMPERATURA AXILAR	34°C
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 1	FC - FREQUÊNCIA CARDÍACA	53
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 1	FR - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	17
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 1	SINTOMAS E DORES	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 1	SE SIM, QUAIS?	nega
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 1	QUEIXA DO PACIENTE	vitima de acidentante automobilístico com o 5º pododactilo do pé direito dissipado

Conduta

Em observação

Karina Longen Petermann
Médica
CRM: 13213/CE

ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES

KARINA LONGEN PETERMANN
(CRM: 13213/CE)

Boletim registrado por: JUCIANE ABREU MIRANDA em 03/04/2018 07:11:42

UPA - Eusébio
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 16/04/2018
Any Kowling

Declaração do Proprietário do Veículo

17

Eu, Ramualdo Pava dos Santos,
RG nº 9600604014, data de expedição 1/1,
Orgão SSP/RJ, portador do CPF nº 634 709 343-04, com
domicílio na cidade de Buriti, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Ramualdo nº 01,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Juderson dos Santos Rodrigues cujo o condutor era

Veículo: moto,
Modelo: Honda CB 120 FAMES,
Ano: 2013,
Placa: DTA 9464,
Chassi: 3C20C432002670741,
Data do Acidente: 03/04/2018,
Local e Data: Fortaleza 03 de junho de 2018

Ramualdo Pava dos Santos
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconhecido por Autenticidade
Ramualdo Pava dos Santos
Poderes dos Signatários

Emissão: 08 JUN 2018

da verdade

PORFÍRIO SAMPAIO JUNIOR - Tabelado

NOLECIA JACINTO SAMPAIO - El Substituto

18

PACIENTE: **Amrison dos Santos Romão**

DATA OPERAÇÃO: **06.09.18**

ENFERMARIA: **Debetano**

LEITO: **1º**

1º AUXILIAR: **Dr. Del**

2º AUXILIAR: **Dr. Amam**

3º AUXILIAR: **Dr. Del**

INSTRUMENTADOR: **Dr. Del**

ANESTESISTA: **Dr. Amam**

TIPO DE ANESTESIA: **Dr. Del**

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: **Dr. Del**

TIPO DE OPERAÇÃO: **Dr. Del**

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: **Dr. Del**

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: **Dr. Del**

EXAME RADILÓGICO NO ATO: **Dr. Del**

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: **Dr. Del**

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) **Dr. Del**
- 2) **Dr. Del**
- 3) **Dr. Del**
- 4) **Dr. Del**
- 5) **Dr. Del**

[Handwritten signature]

ENTRE COM ORIGINAL
17/09/18

15710012-05

Grat. HDEBQ-SAME-Desc. Oper. 003

Av. João Costa 1000 - Fone: 1573

PIP Alex Martins

Fortaleza

PACIENTE: **Anderson dos Santos Rodrigues**
 DATA OPERAÇÃO: **03/09/18**
 LOCAL: **Dr. Gláuber**
 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: _____ TÉCNICO ANESTESIA: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: **Transtrófico local**
 TIPO DE OPERAÇÃO: **Exurgimento do 5º dedo do pé direito**
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: **Limpesa cirúrgica + liberação funcional com fixação**
 RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: **Amputação parcial do 5º PDT. der.**
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: _____
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

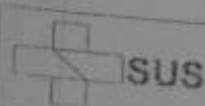
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS
- 1) Posição em DDH no foto anteroposterior
 - 2) Anestesia e antiseptização + exposição de campos cirúrgicos adequados
 - 3) Incisão plantar com suturas fibrilares
 - 4) Desbridamento cirúrgico de lesão externa sem arcular do 5º PDT. de partes moles com perda de substância + amputação parcial
 - 5) Fixação parietal após redução de lesão luxação do 5º PDT. + aproximação dos bordos da ferida
 - 6) Curativo estéril
 - 7) Controle radiográfico.

Dr. Gláuber C. Felix
 Médico
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC - 14063

HOSPITAL DE BASE DE FORTALEZA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA
 PIP Alex Martins
 Fortaleza

COM ORIGINAL
 17.104.118



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

20

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - DATA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DO NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - MARCA

10 - FÉRETILO

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO COM N° BAIRRO

13 - ENDEREÇO COM N° BAIRRO

14 - CÓD. REG. MUNIC

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FURTOUS EXP 30 PM 5º PM (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

MELES 31 PM 31 PM 31 PM

19 - PRINCIPAIS MÉTODOS DE PROVA DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

MELES 31 PM 31 PM 31 PM

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

21 - CÓD. DO PRINCIPAL

22 - CÓD. DO SUBSIDIÁRIO

23 - CÓD. DO CAUSAS ASSOCIADAS

FURTOUS EXP 30 PM 5º PM (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARTA DE INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DO DOCUMENTO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - N° BILHETE

35 - GÊNERO

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

50 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

51 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

53 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

54 - DATA DO DOCUMENTO

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

17.10.18

GRAT. HONOR. - SAME - Atm - 000

P. P. Alex

CARIMBO

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13088021

A/C: ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES

Nº Sinistro:	3180272113
Vítima:	ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES
Data do Acidente:	03/04/2018
Cobertura:	INVALIDEZ
Procurador:	MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

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: ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004254

Conta: 0000014876-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Pag. 0184301844 - carta_15R - INVALIDEZ





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

23

BOLETIM DE Ocorrência Nº 206 - 2652 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/06/2018 10:10:58**
Data / Hora da Ocorrência: **03/04/2018 07:37:28**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DO FIO**
Complemento:
Bairro: **COAÇU** Município: **EUSEBIO/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO POSTO CAJUEIRO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANDERSON DOS SANTOS RODRIGUES**
Nascimento: **26/10/2000** CPF:
REGISTRO CIVIL: **17145** Orgão Emissor: **SAMPAIO** UF: **CE**
Filiação: **RENATA PAIVA DOS SANTOS**
AERCIO DA SILVA RODRIGUES
Endereço: **RUA FRANCISCO FERNANDES, 140**
Bairro: **COAÇU**
Município: **EUSEBIO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98761-9167**

Noticiante(s)

Nome: **RENATA PAIVA DOS SANTOS**
Nascimento: CPF:
RG: Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DE FATIMA PAIVADOS SANTOS**
JOAO PAULINO DOS SANTOS
Endereço: **RUA FRANCISCO FERNANDES, 140**
Bairro: **COAÇU** CEP:
Município: **EUSEBIO/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Histórico

Narra o declarante, acompanhado da sua genitora Renata Paiva dos Santos que no dia, hora e local acima citado estava pilotando a motocicleta Honda CG 125 FAN ES, 2012/2012, de placas OIA9464 CE, cor roxa, de propriedade de ROMUALDO PAIVA DOS SANTOS quando um veículo não identificado, de cor preta, colidiu com o declarante, o qual a cai ao chão, tendo sido socorrido pelo seu tio ROMUALDO PAIVA DOS SANTOS para a UPA deste município. Afirma o declarante que ficou lesionado no joelho e no pé direito, tendo o seu minúsculo sido amputado. Aduz que inicialmente o médico tentou reconstituir, porém o dedo ficou macerado e teve que ser amputado. Por fim, disse o declarante que o motorista do veículo que lhe atropelou fugiu e não prestou o socorro devido. ////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
FERNANDA CRUZ FEITOSA MIHALUC - MAT.: 404784-1-B

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/06/2018 10:25:10



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DO EUSEBIO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206 - 2652 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO FERNANDO CAVALCANTE NOGUEIRA - MAT.: 404578-1-X

[Handwritten signature]
[Handwritten text]



Boa que a presente cópia
é uma reprodução fiel do
original. Dou fé

08 JUN 2018
[Handwritten signature]

FRANCISCO FERNANDO NOGUEIRA
DELEGADO METROPOLITANO DO EUSEBIO
BOLETO DE AUTENTICIDADE