



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA FEDERAL DO ESTADO DO CEARÁ  
UNIDADE DE REGISTRO CIVIL E TÍTULOS E CARTÕES DE IDENTIDADE

**Protegido Direito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

*Raimunda Monata de Araújo dos Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97002551082 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2015

NOME  
RAIMUNDA MONATA DE ARAÚJO DOS SANTOS  
FILIAÇÃO  
JOSÉ MARIA DE ARAÚJO  
FRANCISCA LÊDA DE ARAÚJO

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
MORRINHOS - CE 29/12/1979

DIG. EXIGEN  
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 5 OFÍCIO TERMO: 15667 FOLHA: 367  
LIVRO: 8-27 FORTALEZA - CE  
CPF 833.991.943-15

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

P.: 1

Nome: \_\_\_\_\_

REL. \_\_\_\_\_

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

08 AGO 2018



055 03

AUTENTICAÇÃO

HR813.143

Cartório Jurema - tel. 85-3237-1870  
Ora Cláudia Carvalho Soares - TabelãoCertifico que a presente cópia fotostática é  
reprodução fiel do original  
De sua cópia de Caucaia-CE de 09/07/2018Selo: 813143-HR813.143  
Ivanilson Rocha Franco Barboza - Escrivão  
Carimbo 814051 Total R\$ 2,35 Pávida 133

VALIDO SOBRENTE COM O SELLO DE AUTENTICADOR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADESDETRAN - CE Nº 014140690840  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 565171291 R.N.T.R.C.: 00000000000 EXERCÍCIO: 2018

NOME

CARLOS ROBERTO F DOS SANTOS

CAUCAIA /CE

CPF / CNPJ

47231270367

PLACA

DRU4394/CE

PLACA ANT. / UF

/CE

CHASSI

9C2KD0550DR131727

ESPÉCIE DE VEÍCULO

PAS/MOTOCICLO/440 APL IC

COMBUSTÍVEL

GASOL/ALCO

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.

2013

ANO REG.

2013

CAP. POT / CL

2P/OCV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

\*\*\*\*\*

VENO. COTA ÚNICA

\*\*/\*\*/\*\*

VENO. COTAS

1\*

PARCELAMENTO

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

\*\*/\*\*/\*\*

2\*

3\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

180.65

ICP (R\$)

0.70

PRÊMIO TOTAL (R\$)

185.50

DATA DE PAGAMENTO

12/06/2018

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*

LOCAL

CAUCAIA

DATA

09/07/2018

Igor Pontes  
Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 014140690840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

47231270367

DRU4394/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014140690840

44060803416

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

09/07/2018

VIA

01

CPF / CNPJ

47231270367

PLACA

DRU4394

RENAVAM

565171291

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.

2013

CAT. USP

PART

Nº CHASSI

9C2KD0550DR131727

## PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

81.29

DETRAN (R\$)

9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

ICP (R\$)

0.70

TOTAL ANUÁRIO DO SEGURO (R\$)

185.50

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

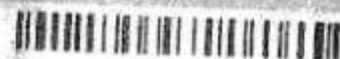
12/06/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.211.808/0001-04

MOTOR: KD05E5D131727

04915



DETRAN

CONTRAN

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

08 AGO 2018

055 03

AUTENTICAÇÃO

HR813.143

Cartório Jurema - tel. 85-3237-1870  
Ora Cláudia Carvalho Soares - TabelãoCertifico que a presente cópia fotostática é  
reprodução fiel do original  
De sua cópia de Caucaia-CE de 09/07/2018Selo: 813143-HR813.143  
Ivanilson Rocha Franco Barboza - Escrivão  
Carimbo 814051 Total R\$ 2,35 Pávida 133

VALIDO SOBRENTE COM O SELLO DE AUTENTICADOR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADESDETRAN - CE Nº 014140690840  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 565171291 R.N.T.R.C.: 00000000000 EXERCÍCIO: 2018

NOME

CARLOS ROBERTO F DOS SANTOS

CAUCAIA /CE

CPF / CNPJ

47231270367

PLACA

DRU4394/CE

PLACA ANT. / UF

/CE

CHASSI

9C2KD0550DR131727

ESPÉCIE DE VEÍCULO

PAS/MOTOCICLO/440 APL IC

COMBUSTÍVEL

GASOL/ALCO

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.

2013

ANO REG.

2013

CAP. POT / CL

2P/OCV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

\*\*\*\*\*

VENO. COTA ÚNICA

\*\*/\*\*/\*\*

VENO. COTAS

1\*

PARCELAMENTO

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

\*\*/\*\*/\*\*

2\*

3\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

180.65

ICP (R\$)

0.70

PRÊMIO TOTAL (R\$)

185.50

DATA DE PAGAMENTO

12/06/2018

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*

LOCAL

CAUCAIA

DATA

09/07/2018

Igor Pontes  
Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 014140690840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

47231270367

DRU4394/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014140690840

44060803416

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

09/07/2018

VIA

01

CPF / CNPJ

47231270367

PLACA

DRU4394

RENAVAM

565171291

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.

2013

CAT. USP

PART

Nº CHASSI

9C2KD0550DR131727

## PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

81.29

DETRAN (R\$)

9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

ICP (R\$)

0.70

TOTAL ANUÁRIO DO SEGURO (R\$)

185.50

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

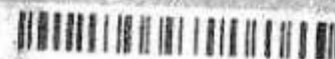
12/06/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.211.808/0001-04

MOTOR: KD05E5D131727

04915



DETRAN

CONTRAN

COMPRE SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

08 AGO 2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288891/18  
 Vítima: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS  
 SANTOS

Data do Acidente: 15/04/2018

CPF: 833.991.943-15

CPF de:  
 Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS  
 SANTOS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### **Sinistro**

Boletim de ocorrência  
 Comprovação de ato declaratório  
 Declaração de Inexistência de IML  
 Declaração do Proprietário do Veículo  
 Documentação médico-hospitalar  
 Documentos de identificação  
 DUT  
 Outros

### **ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35**

Comprovante de residência  
 Declaração Circular SUSEP 445/12  
 Documentos de identificação  
 Procuração

### **RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS : 833.991.943-15**

Autorização de pagamento  
 Comprovante de residência

### **ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### **Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 08/08/2018  
 Nome: ANDERSON RODRIGUES  
 CPF/CNPJ: 095.926.547-35

ANDERSON RODRIGUES

### **Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 08/08/2018  
 Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
 CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354327/18

**Vítima:** RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SAI

**CPF:** 833.991.943-15

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/04/2018

**Titular do CPF:** RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS : 833.991.943-15

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018  
Nome: ANDERSON RODRIGUES  
CPF: 095.926.547-35

ANDERSON RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018  
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA  
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180450263 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA TRANSTROCANTERIANA À ESQUERDA.  
LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180450263 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA TRANSTROCANTERIANA À ESQUERDA.  
LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Raimundo Nonata de Araujo dos Santos, brasileiro (a), estado civil: Casado  
Profissão: Aux. de Serv. Gerais Portador(a) do RG 97.002551082, órgão expedidor SSP/CE  
e do CPF: 833-991.943-15 residente no(a) Qua. Brujo Santo - CJ Rondon  
nº 197, bairro: Cent. Marechal Rondon, município: Caucaia, CE.

### OUTORGADO:

Nome: **ANDERSON RODRIGUES**, brasileiro (a), estado civil: **CASADO**  
Profissão: **AUTONOMO** Portador (a) do RG **6580463**, órgão expedidor: **DETRAN/CE**  
e do CPF: **095.926.547-35** residente no(a) **RUA ITAREMA**  
nº **738** bairro: **CASTELÃO**, município: **FORTALEZA/CE**.

**PODERES:** pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a seguradora, 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 Raimundo nonata de araujo dos Santos

Local e Data: Fortaleza - ce 06/09/18

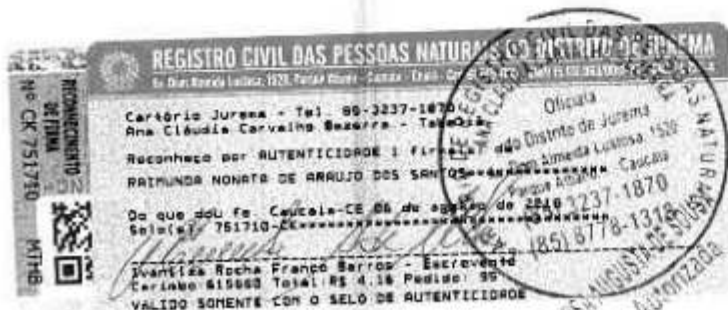
Cartório de  
Jurema



Raimundo Nonata de Araujo dos Santos

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Raimundo Nonata de Araujo dos Santos, brasileiro (a), estado civil: Casado  
Profissão: Aux. de Serv. Gerais Portador(a) do RG 97.002551082, órgão expedidor SSP/CE  
e do CPF: 833-991.943-15 residente no(a) Qua. Brujo Santo - CJ Rondon  
nº 197, bairro: Cent. Marechal Rondon, município: Caucaia, CE.

### OUTORGADO:

Nome: **ANDERSON RODRIGUES**, brasileiro (a), estado civil: **CASADO**  
Profissão: **AUTONOMO** Portador (a) do RG **6580463**, órgão expedidor: **DETRAN/CE**  
e do CPF: **095.926.547-35** residente no(a) **RUA ITAREMA**  
nº **738** bairro: **CASTELÃO**, município: **FORTALEZA/CE**.

**PODERES:** pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a seguradora, 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 Raimundo nonata de araujo dos Santos

Local e Data: Fortaleza - ce 06/09/18

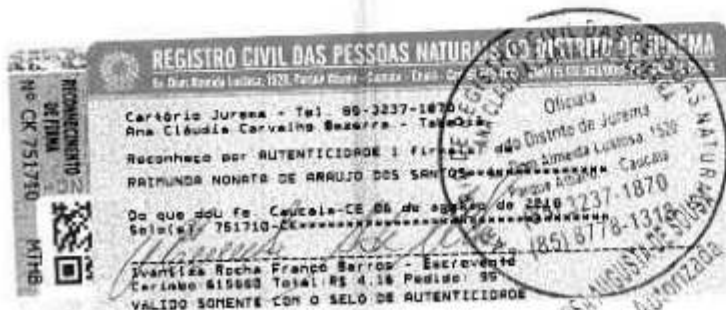
Cartório de  
Jurema



Raimundo Nonata de Araujo dos Santos

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354327/18

**Vítima:** RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SAI

**CPF:** 833.991.943-15

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/04/2018

**Titular do CPF:** RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS : 833.991.943-15

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018  
Nome: ANDERSON RODRIGUES  
CPF: 095.926.547-35

ANDERSON RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018  
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA  
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180450263 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA TRANSTROCANTERIANA À ESQUERDA.  
LESÃO LIGAMENTAR DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180450263

Vitima: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON RODRIGUES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180450263**.

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**

Carta nº 13417785



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	833.991.943-15	Raimunda Nonata de Araujo dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Raimunda Nonata de Araujo dos Santos	833.991.943-15	Recusou-se
Endereço	Número	Complemento
Rua Barão Santo - CJ Rondon	797	
Bairro	Cidade	Estado
Cent. Marechal Rondon	Caucaia	Ceará
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	61652-580	(85) 98537-604

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
3281			
CONTA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
36235	1		
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fevereiro 06 de Agosto de 2018

Local e Data

Raimunda Nonata de Araujo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	
Data / Hora da Comunicação: <b>06/08/2018 10:50:13</b>	
Data / Hora da Ocorrência: <b>15/04/2018 06:40:00</b>	
Endereço da Ocorrência: <b>RUA TUPI C/ RUA PORTO VELHO</b>	
Complemento:	
Bairro: <b>JOAO XXIII</b>	Município: <b>FORTALEZA/CE</b>
Ponto de Referência: <b>ESO DA FGF</b>	

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS**  
Nascimento: **22/10/1976** CPF: **739.707.513-49**  
CNH: **01917721600** Órgão Emissor: **DETRAN**  
Filiação: **FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS**  
**FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS**

Endereço: **RUA BREJO SANTO , 197**

Bairro: **JUREMA**

Município: **CAUCAIA/CE**País: **BRASIL**

Telefone: (85) 98779-6742

CEP: 61.652-580

Nome: **RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS**

Nascimento: 29/12/1979 CPF: 833.991.943-15

RG: 97002551082

Orgão Emissor: SSP

UF: CE

Filiação: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO

**JOSÉ MARIA DE ARAUJO**

Endereço: **RUA BREJO SANTOS, 197**

Bairro: **JUREMA**

Município: CAUCAIA/CE

CEP: 61.652-580

País: **BRASIL**

Telephone: (85) 99437-5135

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **ORU4394** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KD0550DR131727** Renavam: **565171291** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **CARLOS ROBERTO F DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

### Histórico

FIRMA O DECLARANTE(PILOTO E VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL  
ITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ORU-4394-CE E A  
UTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(RAIMUNDA NONATA DE ARAÚJO  
OS SANTOS); QUE TRAFEGAVA PELA RUA PORTO VELHO; QUE UM OUTRO  
EICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO  
ONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UMA CONVERSAO A ESQUERDA  
A VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS  
A VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM  
SIONADAS; QUE, AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU SENDO  
VADAS PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//  
3S:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.  
AZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

GACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 06/08/2018 11:04:00





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3391 / 2018**

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

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Paulo Cesar Mendes dos Santos*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

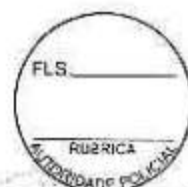
**JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

*Resumo da Ocorrência de Acidente de Trânsito*



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3391 / 2018

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 10:50:13**  
Data / Hora da Ocorrência: **15/04/2018 06:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA TUPI C/ RUA PORTO VELHO**  
Complemento:  
Bairro: **JOAO XXIII** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **ESO DA FGF**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS**  
Nascimento: **22/10/1976** CPF: **739.707.513-49**  
CNH: **01917721600** Órgão Emissor: **DETRAN**  
Filiação: **FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS**  
**FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS**

Endereço: **RUA BREJO SANTO , 197**

Bairro: **JUREMA**

Município: **CAUCAIA/CE**País: **BRASIL**

CEP: 61.652-580

Telephone: (85) 98779-6742

Nome: **RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS**

Nascimento: 29/12/1979 CPF: 833.991.943-15

RG: 97002551082

Orgão Emissor: SSP

UF: CE

Filiação: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO

**JOSÉ MARIA DE ARAUJO**

Endereço: **RUA BREJO SANTOS, 197**

Bairro: **JUREMA**

Município: CAUCAIA/CE

CEP: 61.652-580

País: **BRASIL**

Telephone: (85) 99437-5135

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **ORU4394** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KD0550DR131727** Renavam: **565171291** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **CARLOS ROBERTO F DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

## Histórico

FIRMA O DECLARANTE(PILOTO E VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL  
ITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ORU-4394-CE E A  
UTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(RAIMUNDA NONATA DE ARAÚJO  
OS SANTOS); QUE TRAFEGAVA PELA RUA PORTO VELHO; QUE UM OUTRO  
EICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO  
ONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UMA CONVERSAO A ESQUERDA  
A VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS  
A VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM  
SIONADAS; QUE, AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU SENDO  
VADAS PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//  
35:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.  
AZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

AGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 06/08/2018 11:04:00





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3391 / 2018**

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

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Paulo Cesar Mendes dos Santos*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

*Resumo da Ocorrência de Acidente de Trânsito*



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

833.991.943-15

Data do Acidente

15-04-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza 06 de Agosto de 2018

Local e Data



Quimunda Nonato de Assunção dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

833.991.943-15

Data do Acidente

15-04-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza 06 de Agosto de 2018

Local e Data



Quimunda Nonato de Assunção dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal




## DECLARAÇÃO


Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Raimunda Nonata de Araújo dos Santos**, no dia **15/04/2018**, às **08h10min**, na **Rua Porto Velho c/ Rua Tupi**, no **Bairro João XXIII**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P280448/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Reinaldo Silva Machado  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza





**TERMO DE ENTREGA**

**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº P280448/2018, estamos entregando a Sra. **Raimunda Nonata de Araújo dos Santos**, CPF: 833.991.943-15, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **15/04/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,

  
Francisco Rômulo Sampaio Lira  
Diretor Médico - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
CPF: 833.991.943-15

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira  
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data do recebimento: \_\_\_\_\_





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de  
Fortaleza  
Assessoria Jurídica de Saúde

P-280448/2018

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 063-91	PONTO DE APOIO: Hosp. mulher	Nº DA OCORRÊNCIA: 0136
DATA: 15/04/18	TURNO: MT	EQUIPE: Luizelima + Jaqueire
NOME: 2ª da Nomada de Anaujo dos Santos	IDADE: 38	SEXO: fem
ENDEREÇO: Porto velho e tupy	BAIRRO: JARD XXTI	
REFERÊNCIA:	QUS: 08:10	QUY: 08:58
QTY:	QUU:	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: 1. Colisão carro - moto.		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

<input type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:
----------------------------------	-------------------------------------	------

<b>B</b> Respiração	<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b>	<b>INSPEÇÃO</b>	<b>PALPAÇÃO / PERCUSSÃO</b>	<b>AUSCULTA</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
	<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
	<input type="checkbox"/> AGÔNICA/ AUSENTE			

<b>C</b> Circulação	<b>PULSO</b>	<b>PELE</b>	<b>ENCHIMENTO CAPILAR</b>	<b>SANGRAMENTO EXTERNO</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		

<b>D</b> Neurológico	<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)</b>		
	<b>ABERTURA OCULAR</b>	<b>RESPOSTA VERBAL</b>	<b>RESPOSTA MOTORA</b>
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6
	À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
	À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4

<b>E</b> Exposição	<b>ADULTO</b>	<b>LESÕES</b>	<b>PEDIÁTRICO</b>

<b>SAMPLA</b>			
FC: 88	PA:	FR: 20	GLIC.: OXIM.: 98% TEMP.:

consciente, orientada, afirma de colisão carro-moto. Repre dor no mte (lateral do joelho) + edema na hemiface exp., ingu cefaleia

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**CHECAGEM**

**ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS**

ASS. /CRM:

**ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM**

ASS. /COREN:

**ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA**

ASS.:

**DESTINO DO PACIENTE**

☒ UNIDADE DE SAÚDE: ISF-CENTRO

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO  
ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

**COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

**TERMO DE RECUSA**

EU, \_\_\_\_\_ RG /CPF \_\_\_\_\_

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:






## DECLARAÇÃO


Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Raimunda Nonata de Araújo dos Santos**, no dia **15/04/2018**, às **08h10min**, na **Rua Porto Velho c/ Rua Tupi**, no **Bairro João XXIII**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P280448/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Reinaldo Silva Machado  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza





**TERMO DE ENTREGA**

**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº P280448/2018, estamos entregando a Sra. **Raimunda Nonata de Araújo dos Santos**, CPF: 833.991.943-15, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **15/04/2018**.

Fortaleza, 25 de julho de 2018.

Atenciosamente,

  
Francisco Rômulo Sampaio Lira  
Diretor Médico - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
CPF: 833.991.943-15

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira  
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data do recebimento: \_\_\_\_\_





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de  
Fortaleza  
Assessoria Jurídica de Saúde

P-280448/2018

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 063-91	PONTO DE APOIO: Hosp. mulher	Nº DA OCORRÊNCIA: 0136
DATA: 15/04/18	TURNO: MT	EQUIPE: Luizelima + Jaqueire
NOME: 2ª da Nomada de Anaujo dos Santos	IDADE: 38	SEXO: fem
ENDEREÇO: Porto velho e tupy	BAIRRO: JARD XXTI	
REFERÊNCIA:	QUS: 08:10	QUY: 08:58
QTY:	QUU:	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: 1. Colisão carro - moto.		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

<input type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:
----------------------------------	-------------------------------------	------

<b>B</b> Respiração	<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b>	<b>INSPEÇÃO</b>	<b>PALPAÇÃO / PERCUSSÃO</b>	<b>AUSCULTA</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
	<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
	<input type="checkbox"/> AGÔNICA/ AUSENTE			

<b>C</b> Circulação	<b>PULSO</b>	<b>PELE</b>	<b>ENCHIMENTO CAPILAR</b>	<b>SANGRAMENTO EXTERNO</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		

<b>D</b> Neurológico	<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)</b>		
	<b>ABERTURA OCULAR</b>	<b>RESPOSTA VERBAL</b>	<b>RESPOSTA MOTORA</b>
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6
	À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
	À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4

<b>E</b> Exposição	<b>ADULTO</b>	<b>LESÕES</b>	<b>PEDIÁTRICO</b>

<b>SAMPLA</b>			
FC: 88	PA:	FR: 20	GLIC.: OXIM.: 98% TEMP.:

consciente, orientada, afirma de colisão carro-moto. Repre dor no mte (lateral do joelho) + edema na hemiface exp., ingu cefaleia

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**CHECAGEM**

**ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS**

ASS. /CRM:

**ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM**

ASS. /COREN:

**ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA**

ASS.:

**DESTINO DO PACIENTE**

☒ UNIDADE DE SAÚDE: ISF-CENTRO

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO  
ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

**COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

**TERMO DE RECUSA**

EU, \_\_\_\_\_ RG /CPF \_\_\_\_\_

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



# 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: 10/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000036235-1

---

Nr. da Autenticação E2567A06EE46B230



Nº de Inscrição:

004672496

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO A DOS SANTOS

Endereço: RU BREJO SANTO-CJ RONDON, 197, CONJ MARECHAL RONDON

Cidade: CAUCAIA

Estado: CE

CEP: 61652-580

Local: 129

Cidade: 078

Estado: 0228

Local: 0073

CEP: 0000

SE DADOS

Residência: 001

Comercial: 000

Refusar: 000

Pessoa: 000

INFORMAÇÕES SOBRE REGULAÇÃO

Serviço:

Medição:

Linha Anterior:

Linha Atual:

Distância:

Média Semestral:

ÁGUA

A16F200445

391

406

25

22

DADOS

Linha Anterior:

14/07/2018

Linha Atual:

14/07/2018

Linha Anterior:

14/06/2018

Linha Anterior:

14/06/2018

Linha Atual:

14/08/2018

Linha Anterior:

05/2018

Linha Anterior:

146

Linha Atual:

146

Linha Anterior:

146

Linha Anterior:

157

Linha Atual:

157

Linha Anterior:

157

Linha Anterior:

157

Linha Atual:

157

Linha Anterior:

157

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.  
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA  
ESGOTO  
TAXA DE CONTINGENCIA

Valor (R\$)

123,55  
62,96  
106,45

RESUMO DE VALORES

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
Jul/17	17	13
ago/17	16	12
set/17	20	16
out/17	20	16
nov/17	21	16
dez/17	21	16
jan/18	21	16
fev/18	21	16
mar/18	23	18
abr/18	20	16
mai/18	20	16
jun/18	23	23

Tributos sobre o Faturamento

Contribuição  
PIS  
COFINSValor (R\$)  
2,81  
14,00

Deduções

Valor do Serviço  
Valor do Subsídio  
Valor Total a PagarValor (R\$)  
304,00  
11,04  
292,96Mês/Ano  
07/2018Vencimento  
03/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

292,96

I:356615075671961 L:0283 H:08:11:59 R:108 P:001

Cagece

0800 279 0195

Cagece

MODERN

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,  
conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
Mais informações pelo telefone:  
As 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1978, de 8h  
As 12h e 13h As 17h. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: [www.arce.gov.br](http://www.arce.gov.br).  
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e  
Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental.  
Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado  
do Ceará: 3501.279.0195.



8362023-0

Paga-se a partir da data de emissão, sob pena de multa de 0,5% (cinco por cento) por dia de atraso.

Ata Social de Energia Elétrica  
Sociedade por Quota Ltda  
CNPJ 07.042.251/0001-70  
Rua Fátima, 150  
CEP 01335-000 - Foz de Iguaçu, PR

Companhia Energética do Ceará  
CNPJ 07.042.251/0001-70  
Rua Fátima, 150  
CEP 01335-000 - Foz de Iguaçu, PR

Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº  
05 01210 23 055300 - 7

532369198  
Data de Emissão 09/07/2018

Nome ANDERSON RODRIGUES

End. Postal RU ITAREMA 00738

Medidor 5246806

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO Poste 0002 5335

RQ/CPF/CNPJ 095926547-35

Nome do Responsável CGF

Dados

Mês de Referência 09/07/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018

Projeção de Consumo 08/08/2018



Nº de Inscrição:

004672496

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO A DOS SANTOS

Endereço: RU BREJO SANTO-CJ RONDON, 197, CONJ MARECHAL RONDON

Cidade: CAUCAIA

Estado: CE

CEP: 61652-580

Local: 129

Cidade: 078

Estado: 0228

Local: 0073

CEP: 0000

SE DADOS

Residência: 001

Comercial: 000

Refusar: 000

Pessoa: 000

INFORMAÇÕES SOBRE REGULAÇÃO

Serviço:

Medição:

Linha Anterior:

Linha Atual:

Distância:

Média Semestral:

ÁGUA

A16F200445

391

406

25

22

DADOS

Linha Anterior:

14/07/2018

Linha Atual:

14/07/2018

Linha Anterior:

14/06/2018

Linha Anterior:

14/06/2018

Linha Atual:

14/06/2018

Linha Anterior:

14/06/2018

QUANTIDADE DA ÁGUA DESTINADA REFERENTE A:

05/2018

Nº de Amostragem:

Cloro:

Fluoretos:

Cinza:

Coliformes Totais:

Exatidão da Cál:

Engel:

146

146

047

146

146

Acidicidade:

157

157

157

157

157

Enfermeidade:

157

157

154

147

157

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m<sup>3</sup> | META: 10 m<sup>3</sup>.  
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA  
ESGOTO  
TAXA DE CONTINGÊNCIA

Valor (R\$)

123,55

62,96

106,45

RESUMO DE VALORES

Mês/Ano

Água (m<sup>3</sup>)Esgoto (m<sup>3</sup>)

Jul/17

17

13

ago/17

16

12

set/17

20

16

out/17

20

16

nov/17

21

16

dez/17

21

16

jan/18

21

16

fev/18

21

16

mar/18

23

18

abr/18

20

16

mai/18

20

16

jun/18

23

23

TAXAS SOBRE O PAGAMENTO

Descrição

Valor (R\$)

PIS

2,81

COFINS

14,00

Deduções

Valor do Serviço

304,00

Valor do Subsídio

11,04

Valor Total a Pagar

292,96

MÊS/ANO

07/2018

VENCIMENTO

03/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

292,96

I:356615075671961 L:0283 H:08:11:59 R:108 P:001

Cagece

Cagece

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

Mais informações pelo telefone: 0800 279 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1978, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 3101-1978. Site da ARCE: [www.arce.org.br](http://www.arce.org.br).

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental.

Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 279 0195.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 08 AGO 2018  
Nome: \_\_\_\_\_

8362023-0

Paga-se a partir da data de emissão, sob pena de multa de 0,5% (cinco por cento) por dia de atraso.

Ata Social de Energia Elétrica  
Sociedade por Quota Ltda  
CNPJ 07.042.251/0001-70  
Rua Fátima, 150  
CEP 01335-000 - Foz de Iguaçu, PR

Companhia Energética do Ceará  
CNPJ 07.042.251/0001-70  
Rua Fátima, 150  
CEP 01335-000 - Foz de Iguaçu, PR

Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº  
05 01210 23 055300 - 7

532369198  
Data de Emissão 09/07/2018

Nome ANDERSON RODRIGUES  
End. Postal RU ITAREMA 00738

Medidor 5246806  
Castelão - Fortaleza - 60743690

Poste 0002 5335

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
RG/CPF/CNPJ 095926547-35

CGF

Nome do Responsável

Dados

Mês de Referência Jul/2018  
Data de Apresentação 09/07/2018  
Proxima Letura 08/08/2018

Índice de Qualidade do Fornecimento  
Vota e Legenda no verso desta conta.  
Condição 01-02  
Mês 07/2018  
Ponderação 250  
250 92,56

Base de Cálculo (kW) 27,03

Atenuação Individual

Área Reservada ao Controle Fiscal

Manual Tm. Atual 4,56 5,91 13,82 0,00 0,00 0,00

Informações sobre o faturamento do consumo

PM 3,17 6,00 12,79 0,00 0,00 0,00

Informações sobre o faturamento do consumo

PM 3,17 6,00 12,79 0,00 0,00 0,00

Leia, Atual

Leia, Atual

65/07/13 06/06/13

21 01/03

256

239,00

Valor Consumo do Mes

Valor (R\$)

Alta Moratória Ref 04/2018

239,00

Juros do Mes

4,79

Adicional Bandeira Vermelha NES (R\$ 22,03)

31,65

VENCIMENTO 20/07/2018

TOTAL PAGAR (R\$)

277,46

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO Últimos 12 meses

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
65/07/13	66/06/13	67/05/13	68/04/13	69/03/13	70/02/13	71/01/13	72/12/12	73/11/12	74/10/12	75/09/12	76/08/12
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
01/03	01/03	01/03	01/03	01/03	01/03	01/03	01/03	01/03	01/03	01/03	01/03
256	256	256	256	256	256	256	256	256	256	256	256
239,00	239,00	239,00	239,00	239,00	239,00	239,00	239,00	239,00	239,00	239,00	239,00
4,79	4,79	4,79	4,79	4,79	4,79	4,79	4,79	4,79	4,79	4,79	4,79
31,65	31,65	31,65	31,65	31,65	31,65	31,65	31,65	31,65	31,65	31,65	31,65

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Companhia sua emissão pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão CO<sub>2</sub> 115,36  
Consumo (kWh) 2,00  
Consumo (kg/kWh) 58,19

CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES  
Mês de Referência 06/2018  
Valor 207,22

Companhia sua emissão pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão CO<sub>2</sub> 115,36  
Consumo (kWh) 2,00  
Consumo (kg/kWh) 58,19

Companhia sua emissão pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão CO<sub>2</sub> 115,36  
Consumo (kWh) 2,00  
Consumo (kg/kWh) 58,19

Companhia sua emissão pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão CO<sub>2</sub> 115,36  
Consumo (kWh) 2,00  
Consumo (kg/kWh) 58,19

Companhia sua emissão pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão CO<sub>2</sub> 115,36  
Consumo (kWh) 2,00  
Consumo (kg/kWh) 58,19

Companhia sua emissão pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão CO<sub>2</sub> 115,36  
Consumo (kWh) 2,00  
Consumo (kg/kWh) 58,19

Companhia sua emissão pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão CO<sub>2</sub> 115,36  
Consumo (kWh) 2,00  
Consumo (kg/kWh) 58,19

Companhia sua emissão pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão CO<sub>2</sub> 115,36  
Consumo (kWh) 2,00  
Consumo (kg/kWh) 58,19

Companhia sua emissão pelo consumo de energia elétrica.  
Emissão CO<sub>2</sub> 115,36  
Consumo (kWh) 2,00  
Consumo (kg/kWh) 58,19

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 AGO 2018

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Anderson Rodrigues, inscrito(a) no CPF/CNPJ 095.926.547/35,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Laumunda Norata de Araujo dos Santos, inscrito(a) no CPF sob o Nº 833.991.943/15, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Laumunda Norata de Araujo dos Santos, inscrito(a) no CPF sob o Nº 833.991.943/15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Itaperana</u>		Número	<u>738</u>	Complemento	
Bairro	<u>Castelão</u>	Cidade	<u>Fortaleza</u>	Estado	<u>CE</u>	CEP
Email						
			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(85) 985 37-6041</u>		

Fortaleza, 06 de agosto de 2018  
Local e Data

Anderson Rodrigues  
Assinatura do Declarante



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Anderson Rodrigues, inscrito(a) no CPF/CNPJ 095.926.547/35,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Laumunda Norata de Araujo dos Santos, inscrito(a) no CPF sob o Nº 833.991.943/15, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Laumunda Norata de Araujo dos Santos, inscrito(a) no CPF sob o Nº 833.991.943/15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Itamar</u>		Número	<u>738</u>	Complemento	
Bairro	<u>Castelão</u>	Cidade	<u>Fortaleza</u>	Estado	<u>CE</u>	CEP
Email						
			Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
					<u>(85) 98537-6041</u>	

Fortaleza, 06 de agosto de 2018  
Local e Data

Anderson Rodrigues  
Assinatura do Declarante



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos Roberto Frota dos Santos,

RG nº 04630644269 data de expedição 11/03/2014

Órgão Detran/CE, portador do CPF nº 472.312.703-87, com

domicílio na cidade de Caucaia, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Brejo Santo, Com Rondon, nº 216,

complemento Com Manoel Rondon, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Priscilla Nonata de A. dos Santos cujo o condutor era

Paulo César Leandro dos Santos.

Veículo: motocicula

Modelo: Honda NXR 150 Bros ES

Ano: 2013

Placa: OR U 4394

Chassi: 9C 2 K 7855 ODR 131727

Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Fortaleza 02/08/18

Cartório de  
Jurema

Carlos Roberto Frota dos Santos

Assinatura do Declarante

Cartório de  
Jurema

Paulo César Leandro dos Santos

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

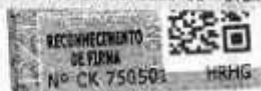
**REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA**  
R. Ten. Manoel Carlos 120, Fone: 85-3237-1878, CEP: 61.130-000, Fortaleza - CE

Cartório Jurema - Tel: 85-3237-1878  
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de:  
CARLOS ROBERTO FROTA DOS SANTOS

Do que deu fe. Caucaia-CE 02 de agosto de 2018.  
Selo(s): 780521-CK

Ivanilza Rocha Franco Barros - Escrevente  
Carimbo: 814047 Total: R\$ 4,16 Pagado: 133  
VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE



**REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA**  
R. Ten. Manoel Carlos 120, Fone: 85-3237-1878, CEP: 61.130-000, Fortaleza - CE

Cartório Jurema - Tel: 85-3237-1878  
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de:  
PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS

Do que deu fe. Caucaia-CE 02 de agosto de 2018.  
Selo(s): 781723-CK

Ivanilza Rocha Franco Barros - Escrevente  
Carimbo: 815862 Total: R\$ 4,16 Pagado: 86  
VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Carlos Roberto Frota dos Santos,

RG nº 04630644269 data de expedição 11/03/2014

Órgão Detran/CE, portador do CPF nº 472.312.703-87, com

domicílio na cidade de Caucaia, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Brejo Santo, Com Rondon, nº 216,

complemento Com Manoel Rondon, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Priscilla Nonata de A. dos Santos cujo o condutor era

Paulo César Leandro dos Santos.

Veículo: motocicula

Modelo: Honda NXR 150 Bros ES

Ano: 2013

Placa: ORU 4394

Chassi: 9C 2 K 7855 ODR 131727

Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Fortaleza 02/08/18

Cartório de  
Jurema

Carlos Roberto Frota dos Santos

Assinatura do Declarante

Cartório de  
Jurema

Paulo César Leandro dos Santos

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

**REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA**  
R. Ten. Manoel Carlos 120, Fone: 85-3237-1878, CEP: 61.130-000, Fortaleza - CE

Cartório Jurema - Tel: 85-3237-1878  
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de:  
CARLOS ROBERTO FROTA DOS SANTOS

Do que deu fe. Caucaia-CE 02 de agosto de 2018.  
Selo(s): 780521-CK

Ivanilza Rocha Franco Barros - Escrevente  
Carimbo: 814047 Total: R\$ 4,16 Pagado: 133  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



**REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA**  
R. Ten. Manoel Carlos 120, Fone: 85-3237-1878, CEP: 61.130-000, Fortaleza - CE

Cartório Jurema - Tel: 85-3237-1878  
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de:  
PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS

Do que deu fe. Caucaia-CE 02 de agosto de 2018.  
Selo(s): 751723-CK

Ivanilza Rocha Franco Barros - Escrevente  
Carimbo: 815862 Total: R\$ 4,16 Pagado: 86  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 15/04/2018 08:04:58	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705200468546875	NOME: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS				Registro: 5558620		
CPF: 83399194315	RG: 97002551062	D. NASC: 29/12/1979	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO				NOME DO PAI: JOSE MARIA DE ARAUJO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: BREJO SANTO		Nº: 197	BAIRRO: MARSHAL RONDON (JUREMA)		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 32594303,	MUNICÍPIO: CAUCAIA		UF: CE	CEP: 61052580		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: samu 91 com jacqueline conde		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camioneta							
QUEIXAS: colisão moto carro com trauma de face e trauma em perna esq com torção							
OBSERVAÇÕES: dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

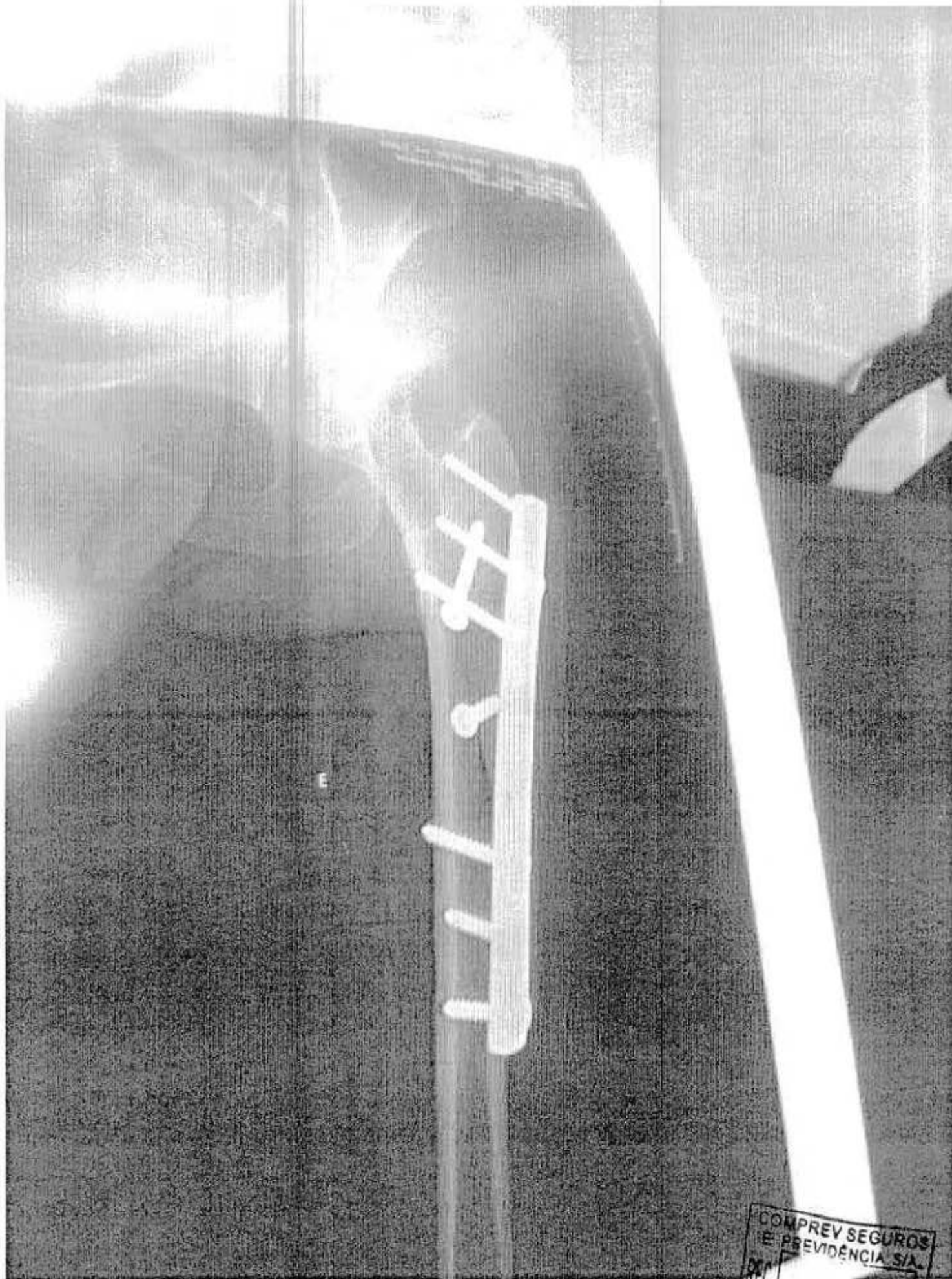




COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 08 AGO 2018

Nome: \_\_\_\_\_



COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 08 AGO 2018

Nome: \_\_\_\_\_

**RECEITUÁRIO**

Nome:

Roa. Mariana de Araújo

SS/Prontuário:

- Solicito fisioterapia e  
o MTE (30m)  
HT: fratura proximal do  
tornozelo em consolidação

Data:

28.06.18

  
José F. Ferraz  
Fisioterapeuta

Assinatura e Carimbo do Médico

**PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

HA 000.883 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).





# INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a) Raimunda Nomato de Araújo.

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 1 de 1 às 1 h.

Tendo como causa do socorro fratura do fêmur

proximal Esquerdo

(CID S72.0)

Observações: Está internada neste serviço  
para realizar tratamento cirúr-  
gico, sem alta prevista

Fortaleza, 30 de 04 de 20018

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

Marcelo Pinheiro de Brito Felipe  
Médico  
CREMEC 19026

Modelo WordOPD Boletim de Emergência Reg.doc





Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

## RECEITUÁRIO


Paciente: Raimundo M. de A. de S.  
BE / Prontuário: \_\_\_\_\_

ATESTADO

Atesto que o paciente apresenta  
sintomas de tiosintor menor do fim  
exigido necessitando de 15 dias  
ourenta dos atitudes laborais  
e de educação.

CID: 572.9

Data: 15/09/18

  
Ass./Carimbo do Médico





COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.  
REC. 08 AGO 2018  
Nº 110:

RECEITUÁRIO

Nome:

Rda. Nara de Araújo

SS/Prontuário:

- Solicito fisioterapia e  
o MIE (30m)  
HT: fratura proximal do  
tornozelo em consolidação

Data:

28.06.18

  
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.883 Versão 1 - R1/RET/06 - Via Única - Fornecedor AD (1488239).





COMPRES SEGUROS  
E PROTECCIÓN S.R.L.

REC. 08 AGO 2018

Nome: \_\_\_\_\_



# INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: \_\_\_\_\_

O Sr.(a) Raimundo Nonato do Araújo.

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 1 de 1 às     h.

Tendo como causa do socorro Fratura do fêmur  
proximal Esquerdo  
(CID S72.0)

Observações: Está internado neste serviço  
para realizar tratamento cirúr-  
gico, sem alta prevista

Fortaleza, 30 de 04 de 200 18

Médico de Plantão - CRM: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Marcos Vinícius de Brito Felipe

CREMEC 19026

Mais informações: CRM: \_\_\_\_\_ Boletim de Emergência Reg: \_\_\_\_\_





Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prata

## RECEITUÁRIO


Paciente: Rosamunda M. de A. da Silva  
BE / Prontuário: \_\_\_\_\_

ATESTADO

Atesto que o paciente apresentava  
febre de trinta e cinco graus  
inicialmente, necessitando de 15 dias  
curativos de atendimento laboratorial  
e de vacinação.

CID: 572.3

Data: 15/04/12

  
Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 - Fortaleza, Ceará  
(85) 3255-5000.



**RECEITUÁRIO**

Nome:

*Adm. Naraia N. Santos*

BE/Prontuário:

- Paciente de alta da  
traumatologia.

11

Data:

*23/08/18*

  
Dr. Josafá Fernandes  
Traumato - Ortopedista

Assinatura e Carimbo do Médico



**PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 006.263 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

MS-DATAUS  
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL  
ESPELHO DA AIH

PAG.:

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 06/2018

DATA: 01/06/2018

Num AIH: 231818221673-8 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 06/2018 Data de Emissão: 03/05/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0235 ✓ Leito: 0001 ✓  
Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350003  
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 705200468546875  
Paciente: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS ✓ Prontuário: 2445885 Laudo: ✓  
Data Nasc.: 29/12/1979 Sexo: FEMININO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 97002551082  
Responsável pac.: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS Nome da Mãe: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO  
Endereço: BREJO SANTO, 197 - MARECHAL RONDON JUREMA Raça/Cor: PARDA  
Município: 230370 - CAUCAIA UF: CE CEP: 61600-004 Telefone: (85)9877.18196  
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO  
Diag. principal: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE  
Diag. complementar: Causa Óbito: -  
Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR  
Data internação: 03/05/2018 Data saída: 07/05/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01: ✓

==[ CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA) ]==

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo com a previdência: -

CBO:

==[ PROCEDIMENTOS REALIZADOS ]==

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cupt	Descrição
1 04.08.05.051-9/206633842350003	1	225270	206633842350003	3969800	1 052018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
2 04.08.05.051-9/210157919150018	0	225151	210157919150018	3969800	1 052018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
3 07.02.03.091-0/09069959000158	0	09069959000158	3969800	3969800	✓ 1 052018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARG
4 04.08.05.066-7/206633842350003	1	225270	206633842350003	3969800	✓ 1 052018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPS
5 04.08.05.066-7/210157919150018	0	225151	210157919150018	3969800	✓ 1 052018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPS
6 08.02.01.001-0/	0	3969800	3969800	3969800	✓ 4 052018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
7 04.01.01.001-5/206633842350003	0	225270	206633842350003	3969800	✓ 2 052018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.04.06.011-7 3969800	0	3969800	3969800	3969800	✓ 1 052018 RADIOGRAFIA DE COXA

==[ VALORES DA PRÉVIA ]==

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar + +----- Serviço Profissional -----+ +-----+ +---- Direto -----+ +---- Direto -----+ +---- Rateado -----+ +-----+   Próprio Terceiro   Próprio Terceiro   Próprio Terceiro +-- Total --+						
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,80
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	1.048,83	0,00	0,00	0,00	397,97	0,00	1.446,80
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	296,13
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00
Total Geral:	1.441,76	0,00	0,00	0,00	397,97	0,00	1.839,73

==[ DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES ]==

Linha Nota Fiscal CNPJ Fornecedor Lote Série Registro ANVISA CNPJ Fabricante

3 21210 ✓ 09.069.959/0001-58 ✓

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

\*De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente \*

ASSINATURA E CARIMBO

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 26 SET 2018

Nome:

Dra. Surama Elarra!  
Médica Auditora  
REMEC 6175



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

**LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH**  
**CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600083975**  
**NÚMERO DA AIH: 2318102216738**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL**

**CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**CNS/PACIENTE: 705200468546875 - RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS**

**DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 29/12/1979 - 38 anos**

**NOME DA MÃE: FRANCISCA LEDA DE ARAUJO**

**NOME DO RESPONSÁVEL: RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS**

**ENDEREÇO: RUA BREJO SANTOS, Nº 197 - JUREMA**

**MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230370 - CAUCAIA**

**UF:**

**SEXO: FEMININO**

**TELEFONE DE CONTATO:**

**TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 32594303**

**BAIRRO: MARECHAL RONDON**

**CEP: 61652580**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**DIAGNÓSTICO INICIAL: S722 - Fratura subtrocanterica**

**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:**

**DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050632-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA**

**CARATER DA INTERNAÇÃO: INTERNAÇÃO EM AIH DE ALTA COMPLEXIDADE**

**PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156186780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA**

**CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA**

**DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 03/05/2018 - 09:13 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 17/05/2018 - 09:10**

**CAUSAS EXTERNAS**

**DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA**





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



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: *marlene.sobra* - UNIDADE: UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

**Operação:**

**Acompanhar Solicitação de Internação**

Siga os passos abaixo:

Seleção de situação  
 Seleção da solicitação  
 Visualização da solicitação  
 Lista de ocorrência  
 Inclusão de ocorrência  
 Visualização de ocorrência  
 Confirmação de cancelamento  
 Registro de transferência  
 Confirmação de transferência  
 Operação finalizada com sucesso

Atalho

Acesso / Desconectar  
 Operações

**VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO**

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

**Identificação do paciente**

CNS - PACIENTE

705200468546875 - RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

NOME DA MÃE

FRANCISCA LEDA DE ARAUJO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5558620

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

29/12/1979 - 38 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 32594303

ENDEREÇO

RUA BREJO SANTOS, Nº 197 - JUREMA

BAIRRO

MARECHAL RONDON

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAUCAIA

Plantonista

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDA PARA HOSPITAL DE APOIO INSTITUTO PRAXIS.

Solicitação

12600083975

NÚMERO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

SITUAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

CENTRAL DE REGULAÇÃO

03/05/2018 - 09:13

DATA - HORA

PROFISSIONAL

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050832 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

4 - INTERNAÇÃO EM AIH DE ALTA COMPLEXIDADE

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

5 - INTERNAÇÃO LOCAL

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S722 - Fratura subtrocanterica

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FEMUR,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ ADMISSÃO ]==

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821001974	03/05/2018	11:28	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO				
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO			5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO	
Procedimento Solicitado				Dias
0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA				4

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome			Sexo
RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS			MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
29/12/1979	38 Anos	PARDA	CASADO(A)
Mãe			Religião
FRANCISCA LEDA DE ARAUJO			CATÓLICO (A)
Conjuge			Pai
PAULO CESAR LEANDRO DOS SANTOS			JOSE MARIA DE ARAUJO
CNS	Registro	Documento Informado	Responsável
705200468546875	201802570001939	RG: 97002551082	FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS
País		Município de Naturalidade	Prontuário
BRASIL		MORRINHOS/CE	2445885
Município de Residência			CEP
CAUCAIA/CE			61600-004
Número	Complemento		Logradouro
197			RUA BREJO SANTO
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	Bairro
(85)3259.4303	(85)9877.18196		MARECHAL RONDON (JUREMA)
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
EMPREGADO FORMAL / GUARDA-CIVIL MUNICIPAL			

===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==

Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito
FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS - SOGRA		106702 235.1
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem
OBSERVAÇÃO	CLÍNICA MÉDICA	EMERGÊNCIA
Atendente: maria.nataly	Data: 03/05/2018	Hora: 11:41:27
		Tempo: 00:13:05

===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

FRANCISCA LEANDRO DOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 03 de maio de 2018

RESPONSÁVEL *Francisca Leandro dos Santos*

TESTEMUNHAS



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[ INTERNAÇÃO ]==

Número Data Hora Convênio/Plano  
201821001974 03/05/2018 11:28 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S  
Médico Solicitante  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342  
Médico Responsável  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342  
Procedimento Solicitado  
0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

===[ ACOMODAÇÃO ]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
235/1 APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[ PACIENTE ]==

Nome Sexo  
RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS MASCULINO  
Nascimento Idade Religião Prontoúário Registro  
29/12/1979 38 Anos CATÓLICO (A) 2445885 201802570001939

===[ DADOS DA ALTA ]==

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Data Hora Motivo

07/05/2018 16:02 ALTA MELHORADO

===[ DECLARAÇÃO ]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 07 de maio de 2018

Responsável/

Representante Legal

Carla Jéssica de Sousa

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Giovana Melo Rodrigues

Nome Legível

Assinatura

Giovana Melo Rodrigues  
Enfermeira  
CON-EN 464917

COMPREV SIA  
E PREVIDENCIA SIA

REC. 26 SET 2018

Nome:



HOSPITAL  
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE  
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555  
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

25/05/18

Nome do paciente:	Raimundo Nonato de Figueiredo
Nº Prontuário:	
Categoria:	
Clínica:	
Cirurgião:	Dr. Jozia Fernandes
Anestesista:	Dr. Marcelo Marques Dantas
Tipo de Anestesia:	Relaxante com Demolax + Bloqueio
1 Auxiliar:	—
2 Auxiliar:	—
3 Auxiliar:	—
Instrumentadora:	
Circulante:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura do fêmur esquerdo
Tipo de Operação/ Código:	Poliortomafixação 415030013
Diagnóstico Pós-Operatório:	Fratura no fêmur E-408050519
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	Série de imagens no fêmur E-408050667
Acidente e Incidentes:	

### Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
13:00	14:30	1:30
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- Descrição detalhada sob anestesia
- Anestesia do MIE
- Anestesia dos campos
- Incisão lateral na coxa E, se estendendo até o fêmur E
- Reparo cápsulo - ligamentos lateral do fêmur E
- Redução da fratura na diáfise do fêmur E, que foi fixada com placa OCP longa de 8 furos, mais 5 parafusos
- Dreno de sucção
- Suturas por planos
- Curativo

Dr. Josafa Fernandes  
Traumato - Ortopedista  
CRM: 5003 CPF: 001.954.113-01



Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[ INTERNAÇÃO ]==

Número Data Hora Convênio/Plano  
201821001974 03/05/2018 11:28 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S  
Médico Solicitante  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342  
Médico Responsável  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342  
Procedimento Solicitado  
0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

===[ ACOMODAÇÃO ]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
235/1 APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[ PACIENTE ]==

Nome Sexo  
RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS MASCULINO  
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro  
29/12/1979 38 Anos CATÓLICO (A) 2445885 201802570001939

===[ DADOS DA ALTA ]==

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Data Hora Motivo

07/05/2018 16:02 ALTA MELHORADO

===[ DECLARAÇÃO ]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente RAIMUNDA NONATA DE ARAUJO DOS SANTOS, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 07 de maio de 2018

Responsável/

Representante Legal

Carla Jéssica de Sousa

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Giovana Melo Rodrigues

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Giovana Melo Rodrigues  
Enfermeira  
COREN 464917





**HOSPITAL  
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTIO  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE  
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555  
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

05/05/12

Nome do paciente:	Raimundo Nonato de Azevedo Junior	Categoria:	
Nº Prontuário:		Leito:	
Clínica:			
Cirurgião:	Dr. João Fernandes		
Anestesiista:	Dr. João Azevedo		
Tipo de Anestesia:	Relaxação com Propofol + Sufentanil		
1 Auxiliar:	—		
2 Auxiliar:	—		
3 Auxiliar:	—		
Instrumentadora:			
Circulante:			
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura do fêmur esquerdo		
Tipo de Operação/ Código:	Poliortognatismo	415030013	
Diagnóstico Pós-Operatório:	Fratura no fêmur E-408050519		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:	Lesão ligamentar no joelho E-408050667		
Acidente e Incidentes:			

### Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
13:00	14:30	1:30
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesiista

COMPREV SEGURO  
E PREVIDENCIA S/A.  
REC. 26 SET 2011  
Nome:

MODELO 8.0

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA FEDERAL DO ESTADO DO CEARÁ  
UNIDADE DE REGISTRO DE IDENTIDADE CIVIL E TÍTULO DE ELEIÇÃO

**Protegido Direito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

*Raimunda Monata de Araújo dos Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97002551082 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2015

NOME  
RAIMUNDA MONATA DE ARAÚJO DOS SANTOS  
FILIAÇÃO  
JOSÉ MARIA DE ARAÚJO  
FRANCISCA LÊDA DE ARAÚJO

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
MORRINHOS - CE 29/12/1979

DIG. EXIGEN  
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 5 OFÍCIO TERMO: 15667 FOLHA: 367  
LIVRO: 8-27 FORTALEZA - CE  
CPF 833.991.943-15

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

P.: 1

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 AGO 2018