

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

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

CLIENTE: VANDEORGE FERREIRA ALVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00645-9

CONTA: 000000029373-3

Nr. Autenticação

BRADESCO2911201805000000000023700645000000029373168750 PAGO

**Nº DO CLIENTE**  
**796434**  
Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002  
**Companhia Energética de Ceará**  
Rua Padre Valdomiro, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07042291/0001-70 | CGF 06.105.849-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°** 542691149  
Rota 15 01260 22 021000 - 8 Data de Emissão 22/09/2018  
Nome **MARIA FERREIRA ALVES**  
End. Postal TR STA ISABEL 00026  
CURIO - FORTALEZA - 60844170  
Medidor 6040696 Poste 1000 Y98E  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO  
RG/CPF/CNPJ 263971613-15 CGF  
Nome do Responsável

**DATAS**

Mês de Referência Set/2018 Data de Apresentação 22/09/2018 Previsão Próxima Leitura 24/10/2018

**ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Jul/2018 EIGD 33,51  
Mês DIC/18 = 8,00 ?

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) 108,22 Aliquota 27,00% Valor do Imposto 29,21

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

EIGD, 4FGB, 94FE, DCTC, SIBB, TUB9, JES7, 3F74

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC	2,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,77			0,00		

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 36641	36588	1,00	141	0,00	141	0,76759	108,22
22/09/18	23/08/18		30 DIAE		141		108,22

**DESCRIÇÃO**

VALOR CONSUMO DO MÊS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 9,97 )

**VALOR (R\$)**  
108,22  
11,69

**VENCIMENTO** 01/10/2018

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 119,91

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	41,82
Transmissão	4,95
Distribuição	27,83
Encargos Setoriais	6,39
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	31,72
<b>TOTAL</b>	<b>108,22</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

129	141	137	140	120	127	118	119	117	142	127	121	150
Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão (kg CO<sub>2</sub>) 55,05

Compensado (kg CO<sub>2</sub>) 0,00

Consciência Ecológica (NCCO)

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta de 100 folhas de 0,51, referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,42% e COFINS=1,51%



**Nº DO CLIENTE**  
**796434**  
Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002  
**Companhia Energética de Ceará**  
Rua Padre Valério, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07042291/0001-70 | CGF 06.105.849-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°** 542691149  
Rota 15 01260 22 021000 - 8 Data de Emissão 22/09/2018  
Nome **MARIA FERREIRA ALVES**  
End. Postal TR STA ISABEL 00026  
CURIO - FORTALEZA - 60844170  
Medidor 6040696 Poste 1000 Y98E  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO  
RG/CPF/CNPJ 263971613-15 CGF  
Nome do Responsável

DATAS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO							
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.							
Set/2018	22/09/2018	24/10/2018	Conjunta	7/1/2018			EUGO 33,51			
ICMS			Mês	DICI = 0,00 P						
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Agrupação Individual				
108,22	27,00%	29,21	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	4,95	5,91	19,82	0,00	0,00	0,00	
E000,4F00,94FE,DC7C,50B0,7009,BE57,3F74			FIC	2,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00	
			DMIC	2,77			0,00			

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 36641	36580	1,00	141	0,00	141	0,76750	108,22
22/09/18	23/08/18		30 DIAS		141		108,22
DESCRIÇÃO							VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS							108,22
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL							11,69
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 9,97 )							

**VENCIMENTO** 01/10/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 119,91

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	41,82	129	141	137	140	120	127	118	119	117	142	127	121
Transmissão	4,95												
Distribuição	27,83												
Encargos Setoriais	6,39												
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	31,72												
TOTAL	108,22												

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido (kg CO<sub>2</sub>) 55,05 Compensado (kg CO<sub>2</sub>) 0,00 Consciência Ecológica (NCCO)

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.  
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal  
A ENEL APOIAR E PARCEIRIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.  
Consta de acordo com a Lei nº 9.517, referente a PIS e COFINS, alíquotas: PIS=0,42% e COFINS=1,51%


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 OUT 2018

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luís Carlos Nascimento da Silva,  
RG nº 97409007655 data de expedição 17/02/2010  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 368789283-22, com  
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. SANTA ISABEL 427, nº 427  
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 Vandenberg Ferreira Alves cujo o condutor era

Veículo: Motociclo  
Modelo: Honda/NXR 160 BROS 5500  
Ano: 2015  
Placa: PNJ 3176  
Chassi: QC2K00810FR475 941  
Data do Acidente: \_\_\_\_\_  
Local e Data: FORTALEZA 14 DE FEVEREIRO DE 2018

 Luís Carlos Nascimento da Silva  
Assinatura do Declarante

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

Serviço Registral de Messejana (05) 3229-1911 - (05) 3474-0510  
Reconheço por autenticidade a firma de (9515043103700) 3  
VANDEORGE FERREIRA ALVES  
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.  
Fortaleza, 19 de fevereiro de 2018.

Em testemunho da verdade,  
SILVANA MARY FARIAS GOMES (OFICIAL)  
Valor Total R\$ 3,05  
Serviço Registral de Messejana  
CARTÓRIO DE MESSEJANA  
Messejana - Fortaleza - Ceará



Serviço Registral de Messejana (05) 3229-1911 - (05) 3474-0510  
Reconheço por autenticidade a firma de (416288049028) 3  
LUIS CARLOS NASCIMENTO DA SILVA  
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.  
Fortaleza, 21 de fevereiro de 2018.



Em testemunho da verdade,  
FRANCISSE WASHINGTON  
Serviço Registral de Messejana  
CARTÓRIO DE MESSEJANA  
Messejana - Fortaleza - Ceará

**Registro de Atendimento  
Emergencial**

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

<b>REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL</b>						DATA/HORA: 23/08/2017 11:42:18	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>							
CNS: 706700570851715	NOME: VANDEORGE FERREIRA ALVES				Registro: 5524339		
CPF: 85524085387	RG: 96006026154	D. NASC: 23/09/1979	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA ALVES				NOME DO PAI: GEORGE FERREIRA ALVES			
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: SANTA ISABEL		Nº: 387	BAIRRO: CURIO			
COMPLEMENTO: CASA A	TELEFONE: 987231136	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60866764			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL</b>							
NOME: VANDEORGE FERREIRA ALVES				PARENTESCO:		TELEFONE:	
<b>ACIDENTE DE TRABALHO</b>							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
<b>ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: Visão de colisão moto x caminhão parado. Trauma sangrante em MID. Orientado.							
OBSERVAÇÕES:							
<b>SINAIS VITAIS</b>							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
<b>ATENDIMENTO MÉDICO</b>							

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:





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Rtavo ip

15/09/17  
D: 1087F7

Valterio Pinheiro  
Traumatologia  
CRM-6193

- Cirurgia  
- Retorno dia 27/10/17  
às 8h.

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





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Vanderluge Ferreira Alves

- 50 dias fisioterapia  
p/ o tornozelo D (2015)  
HD: fratura na perna  
em consolidação.

Dr. Josué Fernandes  
Traumato-Ortopedista  
CREME-SP nº 372.854.713.41

15/09/17

Instituto Clinico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: [hospitalfernandestavora@gmail.com](mailto:hospitalfernandestavora@gmail.com)





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Vanderson Ferreira

- Retirar os pontos  
Dia 18/09/17



Dr. Josafá Fernandes  
Traumato - Ortopedista  
CRM: 114.776-2/SP

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: [hospitalfernandestavora@gmail.com](mailto:hospitalfernandestavora@gmail.com)





O.E: M230440001 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 11 / 2017

Num AIH: 231710205405-6 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 11/2017 Data Autorização: 29 / 08 / 2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M230440001 CRC:  
Doc autorizador: 980016293908789 Doc med resp: 210158059320008 Doc diretor clínico: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350003  
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS CNS: 70670057085171-5  
Paciente: VANDEORGE FERREIRA ALVES Prontuário: 2442715  
Data Nasc.: 23 / 09 / 1979 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 96006026154  
Responsável pac.: VANDEORGE FERREIRA ALVES Nome da Mãe: MARIA FERREIRA ALVES  
Endereço: 17A TRAVESSA SANTA ISABEL 378 Bairro: CURIO MESSEJANA Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60831-220 Telefone: (85)9872-31136 Muda Proc.?: SIM  
Procedimento solicitado: 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
Procedimento principal: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
Complementar:  
Carater atendimento: 02 - URGENCIA  
Data internação: 29 / 08 / 2017 Data saída: 06 / 09 / 2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01:  
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ] AIH Anterior: AIH Posterior:  
CNPJ do Empregador: CNAER: -  
Vinculo Previdência: CBOR: -

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNPES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050500	206633842350003	225270(1)	3969800	1	08/2017 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500	170316087140004	225151(6)	3969800	1	08/2017 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702038902	15383215000106		3969800	1	08/2017 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3.5MM
4	0802010016	3969800		3969800	3	08/2017 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
5	0802010016	3969800		3969800	5	09/2017 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
6	0204060168	3969800		3969800	3	08/2017 RADIOGRAFIA DE PERNA

**DADOS DE OPM**

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Req. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	1344	15.383.215/0001-06				

**VALORES DA PRÉVIA**

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	631,25		64,53		150,58		846,36
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA	235,88						235,88
08.02.01-DIARIAS	14,00						64,00
Total Geral:	931,13		64,53		150,58		1.146,24

**CID SECUNDÁRIO**

Cid	Característica	Descrição
V239	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/ CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - MOTOCICLISTA ESPEC TRAUM EM ACID TRANSITO

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-Natal:  
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção 1, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

INSTITUTO PRAXIS  
MÉDICA  
CREMEC 3048



Handwritten signature and stamp area.

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA</b>		2 - CNES: <b>2529149</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <b>INSTITUTO PRAXIS</b>		4 - CNES:	
5 - NOME DO PACIENTE: <b>VANDEORGE FERREIRA ALVES</b>		6 - Nº PRONTUÁRIO:	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	8 - DATA NASCIMENTO: <b>23/09/1979</b>	9 - SEXO: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE/ PAI <b>MARIA FERREIRA ALVES</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): <b>TRAVESSA SANTA ISABEL 387 CURIO</b>			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <b>PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, FOI REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO.</b>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <b>RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS</b>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <b>ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS</b>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>FRATURA DE FEMUR</b>	24 - CID 10 PRINCIPAL:	25 - CID 10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>TTO CIRURGICO</b>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
29 - CLÍNICA: <b>TRAUMA</b>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGÊNCIA	31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: <b>29/08/2017</b>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE:		41 - SÉRIE:	
42 - CNPJ DA EMPRESA:		43 - CNAE DA EMPRESA:	
44 - CBOR:		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:	
48 - DOCUMENTO:		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:		53 - Nº DO BILHETE:	

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente - Fortaleza

29/08

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: 12600068971  
NÚMERO DA AIH: 2317102954056

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL  
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 706700570851715 - VANDEORGE FERREIRA ALVES  
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 23/09/1979 - 37 anos  
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA ALVES  
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO  
ENDEREÇO: R. BARAO DO RIO BRANCO, Nº 1816  
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO  
TELEFONE DE CONTATO:  
TELEFONE DO RESPONSÁVEL:  
BAIRRO: CENTRO  
CEP: 60025060

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - Fratura da diáfise do fêmur  
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:  
DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050519-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO  
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170224967980002 - JONAS ARAUJO E SILVA  
CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 29/08/2017 - 13:29 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 29/08/2017 - 18:43

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



Revisor: Sérgio Rodrigues da Costa  
Assessor: CRESUS - 2804  
CPF: 000.659.343 - 00  
SUS - Fortaleza



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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: cleusa lima - UNIDADE: IUF INSTITUTO DA 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

NOME DA MÃE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

SEXO

NOME DO RESPONSÁVEL

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

BAIRRO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Plantonista

MÉDICO

TELEFONE PARA CONTATO

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Solicitação

NÚMERO

SITUAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

DATA - HORA

PROFISSIONAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

706700570851715 - VANDEORGE FERREIRA

ALVES

MARIA FERREIRA ALVES

5524339

23/09/1979 - 37 anos

MASCULINO

O MESMO

R. BARAO DO RIO BRANCO, Nº 1816

CENTRO

CEARA

FORTALEZA

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

(85) 32555000

PACIENTE TRANSFERIDO ( INSTITUTO PRÁXIS )

12600068971

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

29/08/2017 - 13:29

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

0408050519- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

6 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO



**GRAU DE PRIORIZAÇÃO**

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

S723 - Fratura da diáfise do fêmur

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**

**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO**

**DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS**

**PRINCIPAIS SINAIS E  
SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR  
NECESSITA DE CIRURGIA

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM  
A INTERNAÇÃO**

RISCO DE COMPLICAÇÃO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE  
PROVAS DIAGNÓSTICAS**

ANAMNESE + EXAMES FÍSICO + RAIO X

Causas externas

**DEFINIÇÃO DO ACIDENTE**

1 - NÃO SE APLICA

**Voltar**

---

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências





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  
201721002311 29/08/2017 16:53 PRAXIS SEM CLASSIFICAÇÃO  
Caráter de Atendimento SISREG AIH  
ELETIVO  
Origem do Paciente Clínica/Especialidade  
IJF CLÍNICA CIRÚRGICA/GERAL  
Médico Solicitante Médico Responsável  
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI  
Procedimento Solicitado Dias  
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR 4  
=== [ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ] ===  
Nome Sexo  
VANDEORGE FERREIRA ALVES MASCULINO  
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião  
23/09/1979 37 Anos SEM INFORMAÇÃO SOLTEIRO(A) NÃO INFORMADO  
Mãe Pai  
MARIA FERREIRA ALVES GEORGE FERREIRA ALVES  
Conjuge Responsável Prontuário  
VANDEORGE FERREIRA ALVES 2442715 ✓  
CNS Registro Documento Informado  
706700570851715 201702570002425 RG: 96006026154  
País Município de Naturalidade CEP  
BRASIL PACAJUS/CE 60831-220  
Município de Residência Logradouro  
FORTALEZA/CE RUA TRAVESSA SANTA ISABEL  
Número Complemento Bairro  
378 CURIO MESSEJANA  
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência  
(85)9872.31136 (85)9879.34795  
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)  
EMPREGADO INFORMAL / PEDREIRO  
=== [ CONTATO/ACOMODAÇÃO ] ===  
Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito  
SONIA MARIA OLIVEIRA SOUSA 223/3  
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 03  
Atendente: ingridandrade Data: 29/08/2017 Hora: 17:03:03 Tempo: 00:09:27  
=== [ TERMO DE RESPONSABILIDADE ] ===

VANDEORGE FERREIRA ALVES, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 29 de agosto de 2017 ✓

RESPONSÁVEL

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  
201721002311 29/08/2017 16:53 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S  
Médico Solicitante  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193  
Médico Responsável  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193  
Procedimento Solicitado  
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

===[ ACOMODAÇÃO ]===

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
223/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[ PACIENTE ]===

Nome Sexo  
VANDEORGE FERREIRA ALVES MASCULINO  
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro  
23/09/1979 37 Anos NÃO INFORMADO 2442715 201702570002425

===[ DADOS DA ALTA ]===

Diagnóstico Principal  
S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR  
Procedimento Realizado  
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
Data Hora Motivo  
06/09/2017 09:00 ALTA MELHORADO



===[ DECLARAÇÃO ]===

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VANDEORGE FERREIRA ALVES, 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), 06 de setembro de 2017.

Responsável/  
Representante Legal

*Sônia Maria Oliveira Souza*  
Nome Legível

*Sônia Maria*  
Assinatura

Enfermeira(o)  
Responsável  
pela Liberação

*Rayssa C. Fernandes*  
Nome Legível

*Rayssa C. Fernandes*  
Assinatura  
Carimbo

Usuário responsável: rayssa.cavalcante

Data: 06/09/2017 Hora: 09:01:07



HOSPITAL  
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTA  
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro 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: 04/09/17

Nome do paciente: Vandenberg Ferreira Alves	
Nº Prontuário: 2442715	
Clinica: HFT	Categoria:
Cirurgião: Dr. Josafá	Leito: 223/3
Anestesista: Dr.	
Tipo de Anestesia: N2 que + medicação	
1 Auxiliar: —	
2 Auxiliar: —	
3 Auxiliar: —	
Instrumentadora: Rodrigo	
Circulante: Bianca	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura na perna direita	
Tipo de Operação/ Código: 0408050500	
Diagnóstico Pós-Operatório: Fratura na perna D	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	



Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
13:15	16:00	45 MIN
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
13:15	16:00	45 MIN
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

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

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista



- Debridito do maxilar sob anestesico
- Absepto do M1D
- Aprontar as camisas
- Incisão antero-medial da perna D
- Redução da fratura na tibia D proximal, que foi fixada com uma placa OPP de 6 furas, mais 8 parafusos
- Suturas
- Curativo

Dr. João Fernandes  
Traumato - Ortopedista  
R. 100 - 100 - 100 - 100 - 100 - 100

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)  
COMPANHIA SEGUROS  
EVIDENCIA S/A. MODELO  
REC. 08 OUT 2018  
Nome:



H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Vanderyge Ferreira Alves

-50 dias fisioterapia  
p/ o tornozelo D (20/15)  
H.D: fratura na perna  
em consolidação.

Dr. José Fernandes  
Traumato - Ortopedista  
CRM: 11.111 - CPF: 123.456.789-01

15/09/17

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: [hospitalfernandestavora@gmail.com](mailto:hospitalfernandestavora@gmail.com)

MODELO 1





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Rtaro ip

15/09/17  
108757

Valterio Pinheiro  
Traumatologia  
CRM-6193

- Cirurgia  
- Retorno dia 27/10/17  
às 8h.

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
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

MODELO 4





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Vanderson Figueira

- Retirar os pontos  
Dia 18/09/17

  
Dr. José Fernandes  
Traumato - Ortopedia  
RUE: 33.333-3333

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE, CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: [hospitalfernandestavora@gmail.com](mailto:hospitalfernandestavora@gmail.com)



HOSPITAL DISTRI TAL DR FERNANDES TÁVORA  
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

ANDEORGE FERREIRA ALVES Idade: 37 ano(s)  
R: R TRAVESSA SANTA ISABEL, 378 - CURIO MESSEJANA - FORTALEZA/CE

USO ORAL

ETOPROFENO 100 MG  
TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

EZA/CE, 4 de Setembro de 2017

1 CX  
FRANCISCO JOSAFIA FERNANDES  
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRI TAL DR FERNANDES TÁVORA  
RECEITUÁRIO SIMPLES

PACIENTE

Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES Idade: 37 ano(s)  
Endereço: R TRAVESSA SANTA ISABEL, 378 - CURIO MESSEJANA - FORTALEZA/CE  
R

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG  
TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

FORTALEZA/CE, 4 de Setembro de 2017

1 CX  
FRANCISCO JOSAFIA FERNANDES  
CRM/CE 5253



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES  
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

to, para os devidos fins, que o paciente VANDEORGE FERREIRA ALVES portador do documento 7 necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

822

RTALEZACE, 4 de Setembro de 2017

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES  
M/CE 5253



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES  
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Aviso, para os devidos fins, que o paciente VANDEORGE FERREIRA ALVES portador do documento 7 necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: 822

FORTALEZACE, 4 de Setembro de 2017

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES  
CRM/CE 5253





HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



2ª Via - Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR		
Nome: Dr. FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	CRM: CRM/CE	Nº: 5253
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES Idade: 37 ano(s)  
Endereço: R TRAVESSA SANTA ISABEL, 378 - CURIO MESSEJANA - FORTALEZA/CE  
R

USO ORAL

1) CEFADROXILA 500mg

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

FORTALEZA/CE, 4 de Setembro de 2017

FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES  
CRM/CE 5253

IDENTIFICAÇÃO DO COMPROVANTE	
Nome:	
Ident.	Órgão Emissor:
Endereço:	
Município:	UF:
Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPROVANTE	
Data: 04/09/2017	Assinatura do Farmacêutico

Nexcon © 2015 SARAH Vt. 3.5.0.9



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA FEDERAL DO ESTADO DO CEARÁ  
SUBSECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

**Potepor Dito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

*Vandeorge Ferreira Alves*

ASSISTENTE SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 96006026154 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/11/2015

Nome  
**VANDEORGE FERREIRA ALVES**

Filiação  
**GEORGE FERREIRA ALVES  
MARIA FERREIRA ALVES**

Naturalidade  
**PACAJUS - CE**

DATA DE NASCIMENTO  
**23/09/1979**

OUT. ORDEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 7128 FOLHA: 148  
LIVRO: A-87 PACAJUS - CE

CPF

2 VIA

Ass. do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 08 OUT 2018

Nome:



 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal**

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**VANDEORGE FERREIRA ALVES**

Nº de inscrição  
**355240853-87**

Data do Nascimento  
**23/09/79**



COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 08 OUT 2013

**CONTRAN**

**DENATRAN**

**DETTRAN - CE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

**Nº 01299230479**

**PP T** 01 01060384172 0000000000 2016

**OD. RENAVAM** 0000000000 2016

**LUIS CARLOS NASCIMENTO DA SILVA**  
**FORTALEZA**

**PLACA** 3687B928320 **PNJ2176/CE**

**PLACA ANT. / UF** 9C2KDOB10FR475941

**CLASSE** 6A50L / ALCI

**ESPÉCIE** PAS / MOTOCICLO / NAO APPLIC

**COMBUSTÍVEL** GASOL / ALCI

**ANEXO** 2015

**ANEXO** 2015

**CAP. POT. / CL.** 2P / OCV / 1.620C

**CATEGORIA** 2015

**COTA ÚNICA** 1

**VENC. COTA ÚNICA** 1

**FAIXA L.P.V.A.** 1

**PARCELAMENTO / COTAS** 2

**PREMIO TARIFARIO (R\$)** 1

**PREMIO TOTAL (R\$)** 3

**OBSERVAÇÕES**

**DATA DE PAGAMENTO**

**LOCAL** FORTALEZA

**DATA** 02/09/2016

**Assinatura** Igor Dantas

**Assinatura** DENATRAN CE

**CE Nº 012992304796**

**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**VIA** 01 3687B928320

**PLACA** PNJ2176

**EXERCÍCIO** 2016

**DATA EMISSÃO** 02/09/2016

**ANEXO** 09

**CLASSE** 6A50L / ALCI

**PREMIO TARIFARIO**

**CUSTO DO SEGURO (R\$)**

**FAIXA L.P.V.A.** 1

**PARCELAMENTO / COTAS** 2

**PREMIO TARIFARIO** 14,34

**CUSTO DO SEGURO (R\$)** 143,38

**CUSTO DO BILHETE (R\$)** 4,15

**IOF (R\$)** 1,11

**COTA ÚNICA** 1

**DATA DE OUTRUGA** 01/09/2016

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

**MODOR: KDOBELF475941**

**CNPJ** 09.248.608/0001-04

**02356**


**www.seguradoralider.com.br**

**www.dpvatsegurodotransito.com.br**

**COMPREV SEGUROS**  
**E PREVIDENCIA S/A.**

08 OUT 2016

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368358/18

Vítima: VANDEORGE FERREIRA ALVES

CPF: 855.240.853-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/08/2017

Titular do CPF: VANDEORGE FERREIRA  
ALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## 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

**VANDEORGE FERREIRA ALVES : 855.240.853-87**

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: 08/10/2018  
Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES  
CPF: 855.240.853-87

VANDEORGE FERREIRA ALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368358/18

Número do Sinistro: 3180471934

Vítima: VANDEORGE FERREIRA ALVES

CPF: 855.240.853-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/08/2017

Titular do CPF: VANDEORGE FERREIRA  
ALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

**VANDEORGE FERREIRA ALVES : 855.240.853-87**

Autorização de pagamento

### 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: 16/11/2018  
Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES  
CPF: 855.240.853-87

VANDEORGE FERREIRA ALVES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180471934 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES **Data do acidente:** 23/08/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 23/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TIBIA DIREITA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180471934 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES **Data do acidente:** 23/08/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 23/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TIBIA DIREITA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368358/18

**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES

**CPF:** 855.240.853-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/08/2017

**Titular do CPF:** VANDEORGE FERREIRA ALVES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## 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

**VANDEORGE FERREIRA ALVES : 855.240.853-87**

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: 08/10/2018  
Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES  
CPF: 855.240.853-87

VANDEORGE FERREIRA ALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368358/18

Número do Sinistro: 3180471934

Vítima: VANDEORGE FERREIRA ALVES

CPF: 855.240.853-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/08/2017

Titular do CPF: VANDEORGE FERREIRA ALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Outros

**VANDEORGE FERREIRA ALVES : 855.240.853-87**

Autorização de pagamento

## 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: 16/11/2018  
Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES  
CPF: 855.240.853-87

VANDEORGE FERREIRA ALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180471934 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES **Data do acidente:** 23/08/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 23/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TIBIA DIREITA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **VANDEORGE FERREIRA ALVES**  
Nº Sinistro: **3180471934**  
Vitima: **VANDEORGE FERREIRA ALVES**  
Data do Acidente: **23/08/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180471934**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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: **855.240.853-87** Nome completo da vítima: **Vanderluge Ferreira Alves**

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

Nome completo: **Vanderluge Ferreira Alves** CPF titular da conta: **855.240.853-87** Profissão: **Autônomo**  
Endereço: **Travessa Santa Isabel** Número: **26** Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: **Luís** Cidade: **Fortaleza** Estado: **CE** CEP: **60844-170**  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): **85.991477500**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova, a 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**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: **Bradesco** NRE: **237**  
AGÊNCIA NRE: **0645** D/V: **29378** D/V: **3**  
(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.

**Fortaleza, 03 de Outubro de 2018.**  
Local e Data



**Vanderluge Ferreira Alves**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**[Assinatura]**  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Id ou sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **855.240.853-87** Nome completo da vítima: **Vandenberg Ferreira Alves**

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

Nome completo: **Vandenberg Ferreira Alves** CPF: **855.240.853-87**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Travessa Santa Isabel** Número: **26** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **Curio** Cidade: **Fortaleza** Estado: **CE** CEP: **60844-170**

Tel. (DDD): **85.987379959**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA:    CONTA:

(Informar o dígito do estado) (Informar o dígito da agência)

AGÊNCIA: **00645**    CONTA: **29373**   **3**

(Informar o dígito do estado) (Informar o dígito da agência)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, assim que tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Pais/avós vivos: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Fortaleza, 14 de Novembro de 2018**

Nome: **Vandenberg Ferreira Alves**

CPF: **855.240.853-87**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Vandenberg Ferreira Alves**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
UALE UTILIDADES SERVICOS DE FOTOCOPIAS L  
RUA JOAQUIM BEZERRA 133  
Term. Net-Isa 00076891 Data 14/11/2018  
Data 14/11/2018 Hora de Brasília 14:24

Deposito em Conta Corrente

Favorecido  
Banco 237  
Agencia 00645 - JOSE WALTER UFORT  
Conta 000000029373-3  
Nome UANDGEORGE FERREIRA ALVES

Depositante O PROPRIO  
FAVORECIDO  
Valor em dinheiro 80.00  
Valor em cheque 0.00  
Valor total 80.00

Ag Bradesco 0213 - MESSEJANA-UFORT  
Corresp. Banc. ISO - UALE UTILIDADES -  
FILIAL 1  
NSU 002080265811 Autenticacao: 352003

O UALE UTILIDADES SERVICOS DE  
FOTOCOPIAS LTDA atua como  
Correspondente Bancario do Banco  
Bradesco S/A.

Conservar este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

NSU Rede 022794 Hora Rede 14:24:18



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201836875

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4273 / 2018

**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **01/10/2018 15:47:41**Data / Hora da Ocorrência: **23/08/2017 10:30:00**Endereço da Ocorrência: **RUA CAJAZEIRAS**

Complemento:

Bairro: **LAGOA REDONDA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **VANDEORGE FERREIRA ALVES**Nascimento: **23/09/1979** CPF: **855.240.853-87**RG: **96006026154**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA FERREIRA ALVES****GEORGE FERREIRA ALVES**Endereço: **TRAVESSA SANTA ISABEL, 26**Bairro: **CURIO**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

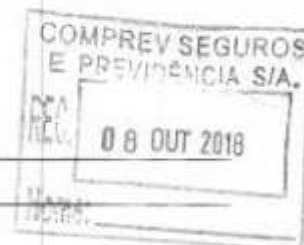
País: **BRASIL**

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PNJ2176** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KD0810FR475941** Renavam: **1060384172** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** AnoFabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUIS CARLOS NASCIMENTO DA SILVA**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PNJ-2176 NA RUA CAJAZEIRAS QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS FECHOU A PASSAGEM DA VITIMA, QUE A VITIMA DESVIOU DO CARRO MAS COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CAMINHÃO PIPA DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.///////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Vandorge Ferreira Alves****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**



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 um Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada 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

Vanderlorge Ferreira Alves

CPF da Vítima

855.240.853-87

Data do Acidente

23/08/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

e-mail

Telefone (DDD)

85.991477500

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.

Portugal, 03 de Outubro de 2018

Local e Data



Vanderlorge Ferreira Alves

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 Sr. **Vandeorge Ferreira Alves**, no dia **23/08/2017**, às **10h25min**, na **Rua Cajazeiras**, no **Bairro Lagoa Redonda**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P878549/2017**

Fortaleza, 9 de outubro de 2017.

Atenciosamente,

  
Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Roberto Gomes de Lima  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

