

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: 18/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATEUS DA SILVA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 000000116423-8

Nr. da Autenticação 6F6CAD1AB7E0BE6A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190176935 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE 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: 3190176935 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.
Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 013547660261

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RENTR EXERCÍCIO
LUCA 01 1133515875 0000000000 2017

NOME
ANTONIO ROQUE FILHO

FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ
30957931387

PLACA
FOH9489

PLACA ANT/UF

CHASSI
9C2KD0810JR002778

ESPECIE/TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

GASOL/BICO

MARCA/MODELO

ANO FAB

ANO MNC

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2017

2018

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2F/00V/162CC

PA TIC

VERMELHA

COTA UNICA

VEN

COTA UNICA

VENC/COTAS

1* ****

2* ****

3* ****

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO

TO/COTAS

1* ****

2* ****

3* ****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

VALOR TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA

DATA
30/10/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013547660261

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
30/10/2017

VIA CPF/CNPJ
01 30957931387

PLACA
FOH9489

RENAVAM
1133515875

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB
2017

CAT. TFF
09

Nº CHASSI
9C2KD0810JR002778

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DO SEGURO DPVAT
MOTOR: KD08E1J002691

JUN-2017

COLETE SEGURO
30/10/2017

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 17/09/2018 21:14:15	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700007894744608	NOME: MATEUS DA SILVA GOMES			Registro: 5581047	
CPF: 07163021329	RG: 20060524254	D. NASC: 25/10/1997	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA			NOME DO PAI: ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: DIOGO FEIJÓ		NR: 624	BAIRRO: MESSEJANA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986759493	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60841170	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SANDRA GOMES DE OLIVEIRA			PARÉNTESCO: TIA		TELEFONE: 986769493
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	GNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista					
QUEIXAS: Pte vítima de queda de moto, sem capacete, TCE, tem fratura de fêmur em MIE					
OBSERVAÇÕES:					
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:			



IS-DATAUS
VERSÃO

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

PAG. 1

L.E. M230440001

URG./EMERG: 04 ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 11/2018

DATA: 11/10/2018

Num AIH: 231816303309-2 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 11/2018 Data de Emissão: 18/09/2018
Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Orgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0002
Doc autorizador: 201700675600018 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL Prontuário: 2447754 Laudo:
Paciente: MATEUS DA SILVA GOMES Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 20090524254
Data Nasc.: 25/10/1997 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Nome da Mãe: MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA
Responsável pac.: MATEUS DA SILVA GOMES Raça/Cor: PARDA
Endereço: DIOGO FEIJO, 824 - MESSEJANA UF: CE CEP: 60841-170 Telefone: (85)9861.22940
Município: 230440 - FORTALEZA
Procedimento solicitado: 04.08.05.051-9 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento realizado: 04.08.05.051-9 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Diag. principal: S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE
Diag. complementar: Causa Óbito:
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 18/09/2018 Data saída: 21/09/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

CNPJ do Empregador:

CNAER:

CBO:

Vínculo com a previdência:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtda Cnpt	Descrição
1 04.08.05.051-9 182215039540018	1	225270	182215039540018	3969800	1 092018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
2 04.08.05.051-9 210157919150018	6	225151	210157919150018	3969800	1 092018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
3 07.02.03.091-0 09069959000150	0		09069959000150	3969800	1 092018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LAMP
4 06.02.01.001-6	0		3969800	3969800	3 092018 DIARIA DE ACOMPANHANTE DIUTRO (COM PERM)
5 02.02.02.038-0 6913326	0		6913326	6913326	1 092018 HEMOGRAMA COMPLETO
6 02.02.01.069-4 6913326	0		6913326	6913326	1 092018 DOSAGEM DE UREIA
7 02.02.01.031-7 6913326	0		6913326	6913326	1 092018 DOSAGEM DE CREATININA
8 02.02.01.063-5 6913326	0		6913326	6913326	1 092018 DOSAGEM DE SODIO
9 02.02.01.060-0 6913326	0		6913326	6913326	1 092018 DOSAGEM DE POTASSIO
10 02.04.06.011-7 3969800	0		3969800	3969800	1 092018 RADIOGRAFIA DE COXA

VALORES DA PRÉVIA

+ Serv. Hospitalar +		+ Serviço Profissional +		+ Direto +		+ Rateado +		+ Total +	
Direto		Direto		Próprio		Terceiro		Total	
Próprio		Terceiro		Próprio		Terceiro		Total	
725,17	0,00	0,00	0,00	247,88	0,00	972,05			
296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	296,13			
24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00			
1.045,30	0,00	0,00	0,00	247,88	0,00	1.293,18			



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: 12600093269
NÚMERO DA AIH: 2318103033092

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NS/PACIENTE: 700007894744608 - MATEUS DA SILVA GOMES
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 25/10/1997 - 20 anos
NOME DA MÃE: MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO
ENDEREÇO: DIOGO FELIX, Nº 624
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: MESSEJANA

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050518 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR
CARACTER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 210158085080000 - MANOEL HELDER PINTO
CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 18/09/2018 - 12:02 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 20/09/2018 - 20:46

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **MATEUS DA SILVA GOMES**

PRONTUÁRIO:
5581047

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:
7000078947444608

8 - DATA NASCIMENTO:
25/10/1997

09 - SEXO
() M () F

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI
MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
DIEGO FEIJO 624-MESSEJANA

16 - MUNICÍPIO:
FORTALEZA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FX .FEMUR

24 - CID 10
S723

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE FEMUR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
0408050519

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
18/09/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

() CNES () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):



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

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==
Número 201821004382 Data 18/09/2018 Hora 16:18 Convênio PRAXIS Classificação RUE - SMS
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI Médico Responsável 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI
Procedimento Solicitado 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR Dias 4
==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==
Nome MATEUS DA SILVA GOMES Sexo MASCULINO
Nascimento 25/10/1997 Idade 20 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA Pai ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA
Conjuge Responsável SANDRA GOMES DE OLIVEIRA Prontuário 2447754
CNS 700007894744608 Registro 201802570004022 Documento Informado RG: 20090524254 Emissão: 20/03/2015
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 60841-170
Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA DIOGO FEIJÓ
Número 624 Complemento Bairro MESSEJANA
Fone Móvel (85)9867.59493 Fone Fixo (85)9861.22968 Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) OUTRA / ESTUDANTE
==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==
Em caso de urgência avisar SANDRA GOMES Acomodação/Leito 222/2
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: helenia Data: 18/09/2018 Hora: 16:24:24 Tempo: 00:06:24
==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

SANDRA GOMES DE OLIVEIRA, abaixo assinado, responsável pelo paciente MATEUS DA SILVA GOMES, 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), 18 de setembro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Sandra Gomes de Oliveira



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
201821004382 18/09/2018 16:18 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
222/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
MATEUS DA SILVA GOMES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
25/10/1997 20 Anos NÃO INFORMADO 2447754 201802570004022

==[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
21/09/2018 15:46 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente MATEUS DA SILVA GOMES, 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), 21 de setembro de 2018

Responsável/
Representante Legal

Carolina Gomes de Oliveira
Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Manuela Rocha T. Asfor
Nome Legível

Assinatura/Carimbo



Manuela Asfor
MORRIS 537.500-ENF

Usuário responsável: manuela.asfor

Data: 21/09/2018 Hora: 15:46:57



**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

USUARIO: yanna.lima - UNIDADE: IJF 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

700007894744608 - MATEUS DA SILVA
GOMES 

NOME DA MÃE

MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA
5581047

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

25/10/1997 - 20 anos

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

DIOGO FEIJO, N° 624

BAIRRO

MESSEJANA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

TELEFONE PARA CONTATO

14194406320 - MANOEL HELDER PINTO
(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA:
INSTITUTO PRÁXIS

Solicitação

NÚMERO

12600093269

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

18/09/2018 - 12:02

PROFISSIONAL

14194406320 - MANOEL HELDER PINTO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

PROCEDIMENTO REALIZADO



18/09/2018 12

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - 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,
NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRURGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESE+EXAME FISICO+RX

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
FERNANDES TÁVORA**

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 27/09/18

Nome do paciente:	Mafra da Silva Junior		
Nº Prontuário:	Categoria:		
Clinica:	Leito:		
Cirurgião:	Dr. Valterio Pontes		
Anestesiologista:	Dr. Carlos		
Tipo de Anestesia:	Durante com bloqueio + bloqueio		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Rodrigo		
Circulante:	Natiana		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Cisto semina torçao		
Tipo de Operação/ Código:	04080505P		
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório imediato do Patologista:	Ok para (E)		
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e incidentes:			

Contagem de Compressas: ✓ 30 unid

Início da Cirurgia 15:30	Término da Cirurgia 16:35	Duração da Cirurgia
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

1. Verificar o duto de
2. Puxar o duto de
3. Puxar o duto de
4. Puxar o duto de
5. Puxar o duto de
6. Puxar o duto de
7. Puxar o duto de
8. Puxar o duto de
9. Puxar o duto de
10. Puxar o duto de
11. Puxar o duto de
12. Puxar o duto de
13. Puxar o duto de
14. Puxar o duto de
15. Puxar o duto de
16. Puxar o duto de
17. Puxar o duto de
18. Puxar o duto de
19. Puxar o duto de
20. Puxar o duto de
21. Puxar o duto de
22. Puxar o duto de
23. Puxar o duto de
24. Puxar o duto de
25. Puxar o duto de
26. Puxar o duto de
27. Puxar o duto de
28. Puxar o duto de
29. Puxar o duto de
30. Puxar o duto de
31. Puxar o duto de
32. Puxar o duto de
33. Puxar o duto de
34. Puxar o duto de
35. Puxar o duto de
36. Puxar o duto de
37. Puxar o duto de
38. Puxar o duto de
39. Puxar o duto de
40. Puxar o duto de
41. Puxar o duto de
42. Puxar o duto de
43. Puxar o duto de
44. Puxar o duto de
45. Puxar o duto de
46. Puxar o duto de
47. Puxar o duto de
48. Puxar o duto de
49. Puxar o duto de
50. Puxar o duto de
51. Puxar o duto de
52. Puxar o duto de
53. Puxar o duto de
54. Puxar o duto de
55. Puxar o duto de
56. Puxar o duto de
57. Puxar o duto de
58. Puxar o duto de
59. Puxar o duto de
60. Puxar o duto de
61. Puxar o duto de
62. Puxar o duto de
63. Puxar o duto de
64. Puxar o duto de
65. Puxar o duto de
66. Puxar o duto de
67. Puxar o duto de
68. Puxar o duto de
69. Puxar o duto de
70. Puxar o duto de
71. Puxar o duto de
72. Puxar o duto de
73. Puxar o duto de
74. Puxar o duto de
75. Puxar o duto de
76. Puxar o duto de
77. Puxar o duto de
78. Puxar o duto de
79. Puxar o duto de
80. Puxar o duto de
81. Puxar o duto de
82. Puxar o duto de
83. Puxar o duto de
84. Puxar o duto de
85. Puxar o duto de
86. Puxar o duto de
87. Puxar o duto de
88. Puxar o duto de
89. Puxar o duto de
90. Puxar o duto de
91. Puxar o duto de
92. Puxar o duto de
93. Puxar o duto de
94. Puxar o duto de
95. Puxar o duto de
96. Puxar o duto de
97. Puxar o duto de
98. Puxar o duto de
99. Puxar o duto de
100. Puxar o duto de

[Handwritten signature]



Assinatura do Cirurgião (Carimbo)



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Motivo da Súp. Comiss.
habeas corpus.

Atestado que o paciente
foi submetido a
tratamento p. Fúture de
Exames.

Exatidão a
atop. definitiva

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

MODELO 4





DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Mateus da Silva Gomes** - C.P.F. 071.530.213-29, no dia 17/09/2018, às 20h20min, na Rua Dom Silvério, no Bairro Messejana, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº P500807/2019.

Fortaleza, 09 de janeiro de 2019.

Atenciosamente,



Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

paciente sofreu queda de rede, consequentemente
fado, não possui capacidade não houve
desmão, tem M.T.E, diminuído e lateral
ligado, cedeu proando fratura de fêmur
Brg. da interna no local, imobilizada.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

Dobroceado para acurmelidades.

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

BOLETIM EMERG:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:



EM: / /

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

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



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



Impresso nº 2019136878

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 690 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/02/2019 09:49:23**
Data / Hora da Ocorrência: **17/09/2018 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DOM SILVEIRIO**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A YPIOCA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MATEUS DA SILVA GOMES**
Nascimento: **25/10/1997** CPF: **071.530.213-29**
RG: **20090524254** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA**
ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA DIOGO FEIJO, 624**
Bairro: **MESSEJANA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.841-170**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98606-4241**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO ROQUE FILHO**
Nascimento: **08/02/1968** CPF: **309.579.313-87**
RG: **97006039467** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA RIBEIRO DOS SANTOS**
ANTONIO ROQUE DOS SANTOS
Endereço: **RUA RIO JORDAO, 1160 CASA A**
Bairro: **JANGURUSSU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.870-730**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98824-3303**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POH9489** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810JR002778** Renavam: **1133515875** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANTONIO ROQUE FILHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA POH-9489-CE, MAS NAO FICOU LESIONADO E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRO (MATEUS DA SILVA GOMES); QUE TRAFEGAVA PELA RUA DOM SILVEIRIO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL;

Mateus / Antonio Roque



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



Impresso nº 2019136878

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 690 / 2019

QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO; QUE APRESENTOU A CERTIDÃO Nº 0309/2019/UNICER/NUREG DA SECRETARIA DAS CIDADES/DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO/ PARA COMPROVAR QUE A MOTOCICLETA É DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE. E NADA MAIS DISSE./// OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB. PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

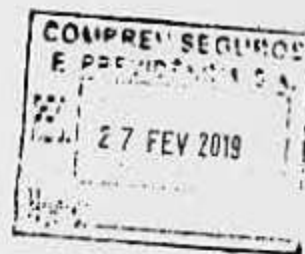
Antonio Roguel Filho

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMA - MAT.: 012875-1-6

Tha. Diana Nogueira Surima
Delegada de Polícia
Mat. 012875-1-6

so Mateus da Silva Gomes



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190176935

Vítima: MATEUS DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATEUS DA SILVA GOMES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MATEUS DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 00000116423-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

071 53021329 Mateus da Silva Gomes

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

Nome completo:

Mateus da Silva Gomes

CPF:

071 53021329

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Diego Feijó

Número:

624

Complemento:

Casa

Bairro:

Musepara

Cidade:

Fortaleza

Estado:

Ceará

CEP:

60841-170

Tel.(DDD):

85 988701298

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 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. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2558

CONTA:

001164238

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu 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 (assinalar 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.

Pelo 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 Lider 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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, 26/02/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mateus da Silva Gomes
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

COPIA
F. 033-00000000
Assinatura
27 FEB 2019
Assinatura

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

