



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau > Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Operação realizada com sucesso

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WBAR.19.00034772-6** em **18/07/2019 10:38:39**.

Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabiopompeuadv.com.br** com os dados deste protocolo.
- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Barbalha
Processo : 0005079-22.2019.8.06.0043
Protocolo : WBAR.19.00034772-6
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 18/07/2019 10:38:39

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2614570_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF - 1-2.pdf
Documentação : Protocolo de Entrega de Documentos - 1-27.pdf
Documentação : Protocolo de Entrega de Documentos - 28-33.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA/CE

Processo: 00050792220198060043

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE MANOEL DE SALES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARBALHA, 17 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MANOEL DE SALES

Nº Sinistro: 3180437414

Vitima: JOSE MANOEL DE SALES

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180437414**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13395328



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

19 SET 2018

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.

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	214.737.143-20	JOSE MANOEL DE SALES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
JOSE MANOEL DE SALES		214.737.143-20	AGRICULTOR
Endereço		Número	Complemento
SÍTIO ESPINHAÇO - ARAJARA		491	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ZONA RURAL	BARBALHA	CEARA	63180-000
Email			Telefone (DDD)
			(88) 9.9248-3095

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECURSO 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) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
1034	3	33597	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	DV
(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.

BARBALHA, 10 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

JOSE MANOEL DE SALES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

28/08/2018 - BANCO DO BRASIL - 13:42:24
884212135 0263
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE MANOEL DE SALES
AGENCIA: 1824-3 CONTA: 33.532-5 VAR:51
=====

DATA	28/08/2018
NR. DOCUMENTO	88.421,213,500,263
VALOR DINHEIRO	
VALOR TOTAL	

=====

NR. AUTENTICACAO	7,708.84F,63B,588,F4A
------------------	-----------------------

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

RECEBEMOS

19 SET 2018

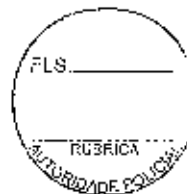
Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-00

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1693 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **18/07/2018 10:15:32**Data / Hora da Ocorrência: **06/07/2017 16:30:00**Endereço da Ocorrência: **SÍTIO BOA ESPERANÇA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**RG: **99029112540**Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES****MANOEL JOAQUIM DE SALES**Endereço: **SÍTIO ESPINHAÇO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BARBALHA/CE**País: **BRASIL**CEP: _____
Telefone: **(88) 9611-8826****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: HXB4451 Uf: CE Município: BARBALHA Chassi:****9C2JC30101R097345 Renavam: 754344916 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS Ano**Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERDE** Proprietário: **JOSE RICARDO ALVES COUTINHO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Afirma o(a) noticiante/vítima, advertido(a) das penas cominadas para os crimes de denúncia caluniosa e falsa comunicação de crime/contravenção penal, que era o garupeiro da motocicleta pilotada por José Ricardo Alves Coutinho. Aduz que estavam no Sítio Boa Esperança quando, ao pararem na entrada e rampa - da rodovia que dá acesso ao Distrito do Caldas, nesta cidade, o piloto pisou num buraco e com isso a motocicleta pesou e perderam seu equilíbrio, momento em que pularam da moto. A vítima, ora noticiante, ao pular, caiu de mal jeito e sofreu uma lesão no pé direito. O condutor da motocicleta não sofreu nenhuma lesão. Depois do acidente que acaba de narrar, foram para casa. Após chegar em casa, a dor não cessava e o inchaço era visível, por isso pediu para que um sobrinho fosse deixá-lo no Hospital. Foi levado para o Hospital São Vicente, em Barbalha/CE. Ao dar entrada na unidade hospitalar, foi submetido a exame de Raio-X, teve o pé imobilizado e foi orientado a voltar no dia seguinte, já que naquele horário não havia médico especialista para atendê-lo. No dia seguinte voltou e foi atendido por um especialista. Depois de fazer alguns exames, poucos dias depois foi submetido a cirurgia, uma vez que ficou constatado que a vítima sofrera uma fratura no pé direito. Após a cirurgia, recebeu alta. Precisou fazer algumas sessões de fisioterapia para conseguir melhorar os movimentos do pé. Ainda hoje sente dores no pé direito. O condutor da motocicleta, que também é proprietário, possui CNH.

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

José Ailton Saraiva Calixto Júnior

ESCRIVÃO DE POLÍCIA Pág. 1 de 2

Mat.: 300.307.153 Impressão em: 18/07/2018 10:25:51

Arx - 0344463/18
3180437414.

José Ricardo Alves Coutinho

+ José Manoel de Sales

Tem o...
Pg

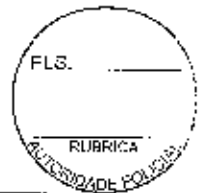


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1693 / 2018

Ressalta que somente a vítima restou lesionado em decorrência da queda. O piloto nada sofreu. Não contratou ninguém para auxiliá-lo no protocolo do Seguro DPVAT. O piloto da motocicleta está presente e confirma os fatos narrados, além assinar o presente boletim de ocorrência. Está ciente de que as informações prestadas neste registro são de inteira responsabilidade da vítima.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

José Ailton Saraiva Calixto Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
Mat.: 300.937-1-3

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Ricardo Almeida Lobo

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

RECEBEMOS
19 SET 2018

Maria Geineide F. Nobre
Corretora de Seguros E
CNPJ 21.487.736/0001-00

X José Ricardo Almeida Lobo

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1893 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 15:34:45**
Data / Hora da Ocorrência: **06/08/2018 15:34:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA MAJOR SAMPAIO, 45**
Complemento: **DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL**
Bairro: **CENTRO** Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**
Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**
RG: **99029112540** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES**
MANOEL JOAQUIM DE SALES
Endereço: **SITIO ESPINHAÇO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **BARBALHA/CE**
País: **BRASIL**

RECEBEMOS

19 SET 2018 UF: **CE**

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CEMPJ: 21.487.735/0001-08

Telefone: **(88) 9611-8826**

Histórico

Cuida-se de registro de boletim de ocorrência para retificar dados do BO nº 421-1693/2018, considerando que o acidente de trânsito ocorreu no dia 06/06/2017, por volta das 16h30min, e no registro do BO nº 421-1693/2018 consta dia 06/07/2017. A retificação tem base em Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência, emitida pelo Hospital São Vicente de Barbalha/CE. Onde se lê: Data/Hora da Ocorrência: 06/07/2017 16:30:00. Leia-se: Data/Hora da Ocorrência: 06/06/2017 16:30:00.

José Ailton Saraiva Calixto Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
Mat.: 300.907-1-3

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X José Manoel de Sales

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

Casos com vítima 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 JOSE MAYOEL DE SALES CPF da Vítima 214.737.143-20 Data do Acidente 06-06-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez decorrente 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 a perícia médica para a Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins 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.

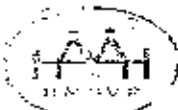
BARCELHA-CE 10 de SETEMBRO de 2017

Local e Data

Jose Manoel de Sales

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



06/06/2017

- Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SFNHA

Dados do Paciente

Nome: JOSE MANOEL SALES

Paciente: 444891

Nome da Mãe: MARIA BRASILINA SALES

Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 10/01/1961 Idade: 56 Anos / 4 Meses / 27 Dias

Endereço: SÍTIO ESPINÍFACO

Bairro: RURAL

CEP: 63180970

Cidade: BARBALHA

Telefone: 96118826

Profissão Declarada: AGRICULTOR

Dados do Atendimento

Data: 06/06/2017

Hora: 17:24:53

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Serviço

CIRURGIA GERAL

Queixas:

T:

P:

E:

FAIRMADOVIGILÂNCIA Alérgica: () Sim () Não A que?

Hora médica:

Hipótese Diagnóstica:

Cód. CID 10

E00.0

Procedimento

Imagem

Laboratório

Cultura

Conduta

RECEBEMOS
19 SET 2018Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-09

Assinatura do Paciente ou Responsável

PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMD/VO)

CRM

H11212

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MANOEL DE SALES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01024-3

CONTA: 000010033597-7

Nr. da Autenticação 5D1522AD50497693

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE MAIOEL DE SALES

RG nº 99029113540, data de expedição 24/05/90, Órgão SSP-CE

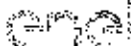
CPF nº 214.737.143-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio ESPINHAÇO ARAJÁ</u>		
Número	<u>441</u>		
Apto / Complemento			
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>	RECEBEMOS 19 SET 2018 Maria Cecineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.736/0001-06	
Cidade	<u>BARBALHA</u>		
Estado	<u>CEARA</u>		
CEP	<u>63180-000</u>		
Telefone de Contato	<u>(88) 9.9246-5102 - 9.9248-3095</u>		
E-mail			

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARBALHA-CE 10-09-2018

Assinatura do Declarante: Jose Maioel de Sales



Para aplicar os monumentos, utilize o *q* e *j* como
pontos que criar um espaço pessoal.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 532911762

Rotr 39 13014 04 745000 - 6 Data de Emissão 12/07/2018

Nome MARIA DO SOCORRO SALES

End. Postal ST ESPINHACO ARAJARA 00491

DISTRITO ARAJARA - BARBANA - 63100000

Medidor 9581172 Poste 0000 0000

Class. 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFÁSICO BAIXA RENDA

RG / CPF / CNPJ 006612823-41 CPF

DAIS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Lição
Jul/2018	13/08/2018	13/08/2018

INSTITUT DE CHIMIE DE LA UNIV. DE ZÜRICH

Vale a pena ler, vale a pena contar.

Conjunta	2010	
Mês	Mar 2012	US\$ 13,12

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
SESTO		

	economics individual			agriculture individual		
	Menet	Men.	Annual	Menet	Men.	Annual
DIC	15.44	20.39	41.76	3.91	6.03	10.26
FIG	7.52	15.34	32.05	2.39	6.03	10.26
DMIC	3.52			2.36		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5749-5754, 1991, 307, 155, 102.

- INFORMAÇÕES SOBRE O ESTABELECIMENTO DO CONSUMO

Unit: Annual	Est. Previous	Const.	Consumo (RWH)	Cons. Inc. L	Const. Feb.	Tarifa (RWH)	Valor (R\$)
FF 20255	20139	1.00	25	0.00	56	6.19512 7.21112	3.68 18.37
13-07-13	13-06-12		25	1.00	86		21.30

• RESUMING

VALOR CONSUMO DO MES	24,50
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,00
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,35
DOACAO FUNDACAO TERRA (85) 3296 - 3600	5,00
DOACAO PAST DA CRIANCA - TEL 85 3254 6441	2,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2.34)	

VENCIMENTO 20/03/2018

TOTAL A	45,89
EAGAR (RS)	

completing the construction

Energia	12,61
Transportes	1,25
Distribuição	5,76
Outros Setoriais	1,93
Total: IGP-PIG-CET-MS	9,77
IGP	23,65

HISTÓRICO DE CONSUMO

87	84	85	84	83	83	79	84
----	----	----	----	----	----	----	----

CONSUMO CORRELATIVO: EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Emissão kg (CO ₂)	Consumo de água kg (CO ₂)	Consumo de Energia Elétrica (kWh)
33,57	0,00	0,00

¹ *Journal of Interpersonal Violence* 28(12):2439-2452

1999-2000: 100% (100% of 100%)

Share os vídeos e artigos e entre no debate ao enviar o e-mail: comentarios@brasil247.com

Corso de leitura R: 2,77 referente a FIC e OEFIN (anexos: FIC1134 e OEFIN1473)

RECEBEMOS

19 SEP 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

over

528655006

Research in the field of the environment

COMPUTED

157

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-02

121.53

1995-1996

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

— 255 —

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RICARDO ALVES COUTINHO,

RG nº 200.202.9076568 data de expedição 20/03/18,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 003.563.043.03, com

domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de

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

SITIO ESPINHAÇO, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima JOSE MARYDELIDESALES, cujo o condutor era

JOSE RICARDO ALVES COUTINHO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 TITAN KS

Ano: 2001-2001

Placa: HXB4451

Chassi: 9C2J30101M8F345

Data do Acidente: 06.06.2017

Local e Data: BARBALHA - CE - 08.08.2018

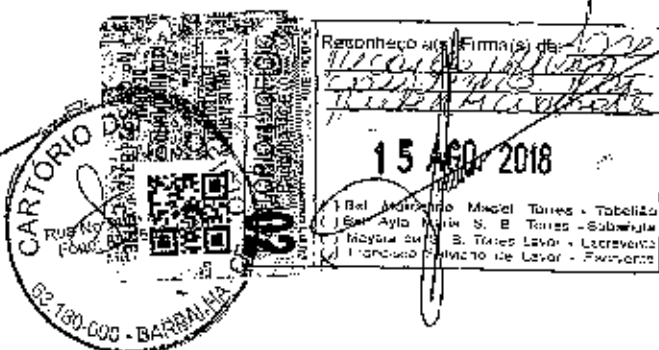
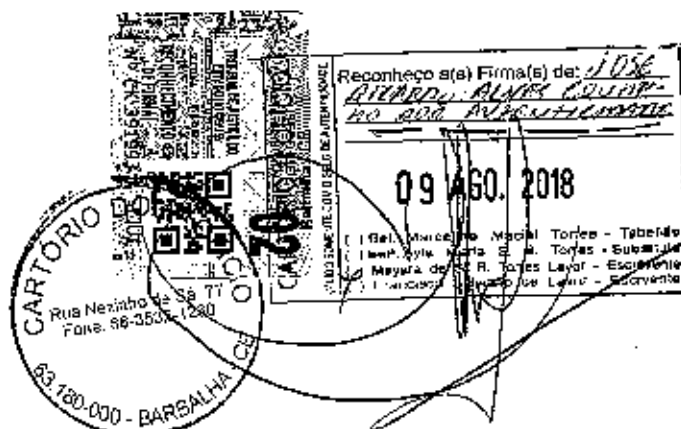
RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Assinatura do Declarante

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





**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 239 - Barbalha - Ceará

Nome: Levi Manoel Silva

Nº doc. _____

Relatório Médico

*Relato que o peti
seguiu acidente de
trânsito no dia 06/08/18,
necessitando de 100
antipséptico.*

107 11212-8
Dr. Paulo César D. Solon
Radiologia Intervencionista
CRM 11212

Dr. (a) _____

07/08/18
Voltando à consulta traga esta receita

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Geineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.487.736/0001-08

50,474



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3014432
Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL SALES
Solicitante.....: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 761893
Idade.....: 56a 6m 7d
Atendido.....: 06/06/2017
Lado.....: 06/06/2017

PÉ DIREITO

- Fratura antiga não consolidada da base do 1º metatarso.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

CIRURGIA

07/06/2017
Data de Emissão

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANO
Usuário do Atendimento : ANPEREIRA

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento : 10/01/1961

Idade : 56 Anos / 4 Meses / 28 Dias

Endereço : SÍTIO ESPINHACO

Bairro : RURAL

CEP : 63180970

Cidade : BARBALHA

Telefone : 96118826

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Número :

Dados do Atendimento

Data : 07/06/2017

Hora : 09:00:46

CONVÊNIO : SUS - AMBULATORIO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

T :

PA :

P :

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgica : () Sim () Não A que? _____

Hora médica : _____

Hipótese Diagnóstica : _____

Cód. COD 10 : _____

Procedimento

RECEBEMOS

19 SET 2018

☐ Imagem :

☐ Laboratório :

☐ Outros :

Conduta

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Excl.
CNPJ: 21.487.736/0001-00

Assinatura do Paciente ou Responsável

WAYDSON BASILIO DOS SANTOS
CRM 9048



2.ª da
humana



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**
Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Jos. Nogueira
Doc. _____

Atolado
CID 10 S92.3

Tortura em pé @
tortado cirurgicamente e
deverá operar-se por 04
(Quatro) meses e trinta e

Dr. (a) _____
Dr. Nélio Nilton da Silva
Oncologia - Traumatologia
CRM-8022
470929
Voltando à consulta traga esta receita

50.474

RECEBEMOS
19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3129207

Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL DE SALES

Solicitante.....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 789306

Idade.....: 56a 9m 17d

Atendido.....: 26/10/2017

Laudo.....: 26/10/2017

PÉ DIREITO

- Alteração morfoestrutural pós-traumática no terço proximal do 1º metatarso do pé direito.
- Osteopenia difusa.
- Partes moles sem alterações.

Dra. Evelyn Santana
CRM-CE 17228

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-11



Hospital do
Coração do Corini
SEU CORAÇÃO EM BONS MÃOS

O Sr. JOSÉ MANOEL DE SALES DE
56 ANOS DE IDADE, APRESENTA RISCO
CARDÍACO BAIXO PARA CIRURGIA ORTODONTICA,
(FRATURA L. A.C. @).

ACV - BENT 5/50 ml FC - 65 bpm
PA - 130 x 80 mmHg

AD - MU 4/5 IL 5/11 A

PRIC - BOA PERFUSÃO

NEURO - VIVE OK

(APTO COM BAIXO RISCO)

Dr. Charles Pinheiro de Almeida
Cardiologia
CRM 9842

Voltando à consulta, trazer esta receita

16/06/17

HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CORINI

R. Zúia Sampaio - 585 - Jd. J. (88) 3532-7707

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Geceinilde F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.497.736/0001-08



Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: SIUCIANC

Paciente: 441891

Idade: 56 Anos / 6 Meses / 0 Dia

Nome do Paciente: JOSE MANOEL SALES

Data Nascimento: 10/01/1961

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

Religião:

Profissão: AGRICULTOR

Naturalidade: BARBALHA

Endereço: SÍTIO ESPINHACO

Número:

Bairro: RURAL

Cidade: BARBALHA

CEP: 63180970

Telefone: 996118825

Identidade: 9902911540

CPF: 21473714320

CNS: 702909566054575

Nome da Mãe: MARIA BRASILINA SALES

Nome do Pai: MANOEL JOAQUIM DE SALES

Profissão Declarada: AGRICULTOR

Dados do Responsável

Nome: JOSE MANOEL SALES

Parentesco: O MESMO

Fone: 996118825

Endereço: SÍTIO ESPINHACO

Número:

Complemento:

CEP: 63180970

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: LUNIOR

Número: 3038537



Data: 10/07/2017 Hora: 07:33:45

Origem: INTERNACAO

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA F.F.T

Unidade de Internação: BLOCO IV

Leito: ENF 29-2

Médico do Atendimento: 570 CASSIO MURILLO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM - C6002

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF: 34631348372

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Carteira:

Guia:

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Acomodação: ENFERMARIA 6 LEITOS

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT. CIRURGICA

CID: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimento principal: 0408050195

REDUÇAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO MI

Local de Procedência:

Motivos

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34631348372

CASSIO MURILLO DA SILVA (HMSVP)
CRM 6002

Paciente/Responsável

RECEBEMOS
19 SET 2017

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 08.187.736/0001-05



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nº 12790017783

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2564211
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2564211

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
JOSE MANOEL SALES	444891			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Étnia
70290966054575	10/01/1961	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	02 - Preta	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA BRASILINA SALES	8895118826			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
MARIA BRASILINA SALES				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
SITIO ESPINHACO, - RURAL				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
BARBALHA	230190	CE	83180970	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - Condições que Justificam a Internação			
PACIENTE ADMITIDO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA EM MEDIO PE DIREITO	TIPO CIRÚRGICO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
HDA = RX	FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	S923	V89	

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-08

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO P	0408050196		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICO	1	(X) CNS () CPF	128368744590001
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
CASSIO MURILO DA SILVA	08/06/2017	6002	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - SUSE
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Atípico			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	M230190101	
49 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
28/06/2017	<p>Ora Lúcia Almeida CNPJ 08.000.000/0001-00 Médica Autorizada para Internação</p>	

Código do Laudo: 3015936



SUS

Sistema Ministério
Único de da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo2 - CNES
25642113 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo4 - CNES
2564211

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Jose Manoel Sales

6 - Nº DO FRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Brasilina Sales

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Espinhoso S/N Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barbalha

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

ANÚNCIO DO PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI EXU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

RECEBEMOS

19 SET 2018

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pc de necessidade de acompanhante

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNB () CPF

Dr. César Aurilio da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 60012

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ORDEM EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNB () CPF

2.0



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

2 - CNES
2564211

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

4 - CNES
2564211

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Jose Manoel Sales

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
30/01/61

9 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE
Maria Brásima Sales

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Urubitinga S/N Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barbalha

17 - CÓD. INSEE MUNICIPAL

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

32 - NOME DO PACIENTE

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Sem necessidade de provas
frobora*

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

45 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Cassia Regina de Sá
Ortopedia e Traumatologia

CRM - 143372

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - CÓD. ORDEM EMISSOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

L. A.



Paciente: 00444891JOSE MANOEL SALES
Atendimento: 03038537

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF
29-2
Serviço: ORTÓPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Unidade: ENFERMARIA 6 LETOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Evolução Médica

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NÍVEL DO PRIMEIRO RAIO.

1º DPO

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE À MOVIMENTAÇÃO DO PÉ D, NEGANDO NÁUSEAS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. DIURESE PRESENTES E FISIOLÓGICA, NEGA EVACUAÇÃO. REALIZADO ENFAIXAMENTO ADICIONAL EM PÉ D POR EPISÓDIO DE SANGRAMENTO LOCAL DE PEQ INTENS APÓS CIRURGIA. PACIENTE EVOLUI NORMOTENSO E AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 18H. PACIENTE EM CONDIÇÕES DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR.

AO EXAME FÍSICO:

ECT: EGR, EUPNEICO, AAA, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, COOPERATIVO.

ACV: BCNF, RCR 2T, NÃO AUSCULTO SOPROS.

AR: MV+ EM AHT, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS.

ABD: SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, RIIA+. INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, NÃO PALPO VMG.

EXT: MID EM ROTAÇÃO NEUTRA, PÉ D ENFAIXADO, PULSOS PEDIOSOS PALPÁVEIS, SENSIBILIDADE PRESERVADA.

CD:

1. ALTA MÉDICA HOSPITALAR.

2. ORIENTO CUIDADOS GERAIS ACERCA DE FO.

3. PRESCREVO CEFALOXINA 500MG, 6/6H, 7D + SINTOMÁTICOS PARA CASA S/N.

4. ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL COM DR. CÁSSIO MURILO, MEDIANTE MARCAÇÃO EM AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA.

5. ORIENTO RETORNO, SE SINAIS DE GRAVIDADE.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

ALUNO ACADÊMICO
CRM - 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3038537
444891 - JOSE MANOEL SALES

Pedido...: 768075
Idade.....: 56a 6m 7d

Paciente.....: CASSIO MURILLO DA SILVA
Solicitante....: SUS - INTERNACAO
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO IV - CLIN MEDICA

Atendido.: 10/07/2017
Laudado...: 10/07/2017

PÉ DIREITO

- Fratura antiga completa da base do 1º metatarso tendo sido realizado osteossíntese com pinos de fixação.
- Há referida fratura ainda não se encontra consolidada.

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Geckneide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Dr. José Aécio de A. Barbalha
R. 100, 10010-000
CEP: 63.180-000

AMOSTRADO EM 12/09/2018
 NOME: JOSE MANOEL DE SALES
 DATA DE NASCIMENTO: 10/11/1958
 CPF: 037.139.541-05
 ENDEREÇO: RUA...
 CIDADE: ...
 ESTADO: ...
 CEP: ...

Jose Manoel de Sales

NOME: JOSE MANOEL DE SALES
 DATA DE NASCIMENTO: 10/11/1958
 CPF: 037.139.541-05
 ENDEREÇO: RUA...
 CIDADE: ...
 ESTADO: ...
 CEP: ...

ASSINATURA DO DETENTOR: *[Assinatura]*
 DATA DE EMISSÃO: 10/11/2018

RECEBEMOS
 19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-05

NOME: JOSE MANOEL DE SALES
 DATA DE NASCIMENTO: 10/11/1958
 CPF: 037.139.541-05

NOME: JOSE MANOEL DE SALES
 DATA DE NASCIMENTO: 10/11/1958
 CPF: 037.139.541-05

ASSINATURA DO DETENTOR: *[Assinatura]*
 DATA DE EMISSÃO: 10/11/2018

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Exel
CNPJ 21.487.736/0001-14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013570396656
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 7553447-3 ANO 2018

JOSE RICARDO ALVES LOBATO

BARSALENHA

0055690485

4514451

2001-04-2018

BRAS/MOTOCICLO 125 TITAN KS

25001-04-2018

2001-04-2018

2001-04-2018

1 P
V
A

15/02/2018

15/02/2018

15/02/2018

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

CE Nº 013570396656 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

0055690485 4514451

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

013570396656

13168408264

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 26/04/2018

PLACA 7553447-3 ANO 2018

BRAS/MOTOCICLO 125 TITAN KS

2001-04-2018

15/02/2018

15/02/2018

15/02/2018

15/02/2018

SEGURO LIDER - DPVAT

15/02/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO

JOSE RICARDO ALVES CORTINEO

Doc. Identific. (CPF) 2082029975568-589

CE

CPF 009.563.043-03

DATA NASCIMENTO 19/03/1984

FILIAÇÃO FRANCISCO BENJAMIN CORTINEO
MARIA LUCIANA ALVES CORTINEO

PROFISSIONAL ☒ **PROFISSIONAL** ☐ **PROFISSIONAL** ☐ **PROFISSIONAL**

ASSISTENTE ☐ **ASSISTENTE** ☐ **ASSISTENTE** ☐ **ASSISTENTE**

USUÁRIO 15/03/2006

DATA EMISSÃO 20/05/2006

SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura do Registrante
Jose Ricardo Alves Cortineo

Assinatura do Registrado
Jose Ricardo Alves Cortineo

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO 20/03/2018

53524508710
CE164223533

CEARA

1497340534

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROVIDO PASTELAR

RECEBIMOS

19 SET 2019

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Etc
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirei
CNPJ: 21.487.736/0001-13

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário

JUNHO/2018

Código	Nome do Funcionário	CBO	Funç.	Local	Depos.	Sector	Seção	Id.
025	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA	2521-05	-	ADMINISTRADOR				

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
101	PRÓ-LABORE	30,00d	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRRF S.SALARIO	7,5%		54,83

SEÇÃO TER NECESSÁRIO A IMPUTANÇA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Valor Líquido	Total de Vencimentos	Total de descontos
2.793,17	3200,00	406,83

Salário Base	Sal. Depto. INSS	Base Calc. IRRF	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
3200,00	3200,00			2848,00	02

C. Cicero Daniel dos Santos Silva

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180437414 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MANOEL DE SALES **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO 1º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PINOS DE FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180437414 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MANOEL DE SALES **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO 1º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PINOS DE FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344463/18

Vítima: JOSE MANOEL DE SALES

CPF: 214.737.143-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 06/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MANOEL DE SALES

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

JOSE MANOEL DE SALES : 214.737.143-20

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 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: 19/09/2018
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE