
Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464183

Vítima: ANTONIO DIAS DE SOUSA

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DIAS DE SOUSA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464183

Vítima: ANTONIO DIAS DE SOUSA

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DIAS DE SOUSA

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

Recebedor: ANTONIO DIAS DE SOUSA

Valor: R\$ 700,00

Banco: 104

Agência: 3587

Conta: 000006981-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 ASI: _____ CPF da vítima: 619.864.107-49 Nome completo da vítima: Antonio Dias de Sousa

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

Nome completo: Antonio Dias de Sousa CPF: 619.864.107-49
Profissão: Aposentado Endereço: Rua Irmãos Vila Nova Número: 185 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Taxiápolis Estado: CE CEP: 63145-000
E-mail: Samuelrolim@yahoo.com.br Tel. (DDD): (88) 99484-8906

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: 3587 CONTA: 6981 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 Líder 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 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) ☐ Divorciado ☐ 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
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não subscrito
Local e Data: Amaral - Ce, 02 Agosto 2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Antonio Dias de Sousa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) 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.

205-569678503-0

24/JUL/2019 HORA DE 10:13:48

LOT. 05.020025-9 LOCALIDADE: TARRAFAS

AG. VINCULADA: 0664 TERM 031733

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

3567.00006981-0

NOME: ANTONIO DIAS DE SOUSA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012 SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
02/07	422,73 C
05/07	305,61 C
06/07	909,00 C
09/07	257,53 C
11/07	746,03 C
17/07	798,42 C
RESUMO EM 23/07	
SALDO	3.440,32
RESUMO DO DIA	
SALDO BLOQUEADO	
SALDO DISPONIVEL	0,00





Impresso nº 2019185229

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **20/03/2019 11:27:32**

Data / Hora da Ocorrência: **11/09/2018 05:00:00**

Endereço da Ocorrência: **PROX. CAJAZEIRAS DO JILÓ**

Complemento:

Bairro:

Município: **TARRAFAS/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO DIAS DE SOUSA**

Nascimento: **19/08/1950** CPF:

RG: **387592544**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA**

FRANCISCO GERALDO DIAS

Endereço: **RUA IRMAS VILANOVA, 181**

Bairro: **CENTRO**

CEP: **63.145-000**

Município: **TARRAFAS/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99222-9787**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCS2158** Uf: **CE** Município: **TARRAFAS** Chassi:

9C2JC4110CR462584 Renavam: **395425301** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERMELHA Proprietário: **ANTONIO DIAS DE SOUZA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

INFORMA O NOTICIANTE ADVERTIDO DAS PENALIDADES IMPOSTAS PELOS ARTIGOS 299, 339 E 340 TODOS DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS é habilitado; QUE, estava conduzindo o veículo cadastrado, se deslocando da cidade de Tarrafas sentido Assaré; QUE, estava sozinho na sua motocicleta; QUE, ao chegar no sítio cajazeiras viu um rapaz dando com a mão, que o noticiante ficou com medo de ser um assalto pois era de madrugada, que ao chegar em uma curva tinha um gado na pista, bateu neste e veio ao solo; QUE, o noticiante estava usando o capacete na hora do acidente; QUE, não conhece a pessoa que o socorreu, que o noticiante foi sozinho até o hospital da cidade de Tarrafas; QUE, deu entrada no Hospital de Tarrafas por volta das 08:50, consciente, orientado, com escoriações e trauma no ombro direito, onde logo após o noticiante foi até a cidade de Juazeiro do norte e realizou um Raio-X; QUE, o noticiante foi até o Hospital São Raimundo, que foi diagnosticado com uma lesão manguito rotador D, onde foi submetido a um procedimento cirúrgico; QUE, realizou a cirurgia no ombro direito no dia 23/01/2019; QUE, no dia 24/01/2019 o noticiante recebeu alta do Hospital São Raimundo; QUE, o noticiante não faz uso de bebida alcoólica e não fez uso desta antes do

TESTEMUNHA: Ado via Alves de Souza
Francisco Colares Aguiar

Antonio Dias de Souza

TESTEMUNHA: Raimundo Dias de Souza

06/08/19



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE



Impresso nº 2019185229

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 224 / 2019

acidente; QUE apresenta como testemunhas: RAIMUNDO DIAS DE SOUSA RG 08458699-9, residente na Rua Irmas Vila Nova, 181, Centro- Tarrafas/Ce; FRANCISCO DIAS ANTUNES RG 2008736481-0, residente no Sitio Lagoa do Barro, 175, Distrito de Patos- Tarrafas/CE; ADONIAS ALVES DE SOUSA, residente na Av. Maria Luiza Leite Santos, 595, Bulandeira- Tarrafas/CE. REGISTRA O FATO E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PLINIO MACEDO BEZERRA - MAT.: 30118847

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Dias de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO RAFAEL VITAL SAMPAIO - MAT.: 30114116

*x Adonias ALVS de Souza
x Francisco Dias Antunes
x Raimundo Dias de Souza*

PREFEITURA MUNICIPAL DE TARRAFAS - CEARÁ
UNIDADE MISTA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DAS ANGÚSTIAS

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

1º Atendimento

CÓDIGO

DIA / MÊS / ANO
11/09/28

REG.
021

NOME DO PACIENTE: Antônia das do Sousa
IDADE: 68
SEXO: F
DATA DE NASCIMENTO: 19/08/58

PROFISSÃO:
IDENTIDADE: 2015203111-6
PROCEDÊNCIA: 89800124810000

FILIAÇÃO: J. G. Evandro da Silva J. R. Rodrigues da Silva

ENDEREÇO: R. Irmão Vitorino
BAIRRO: Vila Nova
MUNICÍPIO: Tarrafas

PRÉ - CONSULTA
APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ OBSERVAÇÃO ☐ GRAVE ☐

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S A D T (EXAMES COMPLEMENTARES)

DESTINO
RESIDÊNCIA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐
AMB. RETORNO ☐ RECUSOU INTERN ☐
LEITO OBSERV ☐ REFERÊNCIA ☐
INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. MÉDICO / CRM
Dr. Gustavo Lima
MÉDICO
CREMEC 16313

RECEBIDO EM:
06/09/28

UNIDADE MISTA DE SAÚDE NOSSA SÍNTHORA DAS ANGIÚSTIAS

LEITO:

PRONT. N.º:

[illegible]

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: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DIAS DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 000000006981-0

Nr. da Autenticação 6B867DDCE8F66E23



54256950

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Infraestrutura

DADOS DO CLIENTE

Nome: RAIMUNDO DIAS DE SOUSA
End. Leitura: RU IRM VILA NOVA, 185, CENTRO
Cidade: TARRAFAS
End. Entrega:
Cidade:
Local: 116 Setor: 002 Quadra: 005 Lote: 0290 Comp: 0000
Subsetor: Subquadra:

CEP: 63.145-000

CEP:

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A13F215132	640	649	9	7

DATAS

Leitura Atual: 06/06/2019 Emissão: 07/06/2019 Lacre Água: A13F215132
Leitura Anterior: 07/05/2019 Próxima Leitura: 07/07/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	10	10	5	10	10
Analisadas	10	10	10	10	10
Em conformidade	10	0	0	10	10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DIGA NÃO AO TRABALHO INFANTIL. DENUNCIE! DISQUE 100 OU
PROCURE O CONSELHO TUTELAR MAIS PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA.
NÃO PRECISA SE IDENTIFICAR. O SIGILO É GARANTIDO.
AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	06/2018	13	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,03	07/2018	6	0
MULTA DE 2%	0,52	08/2018	10	0
		09/2018	8	0
		10/2018	11	0
		11/2018	8	0
		12/2018	8	0
		01/2019	9	0
		02/2019	8	0
		03/2019	7	0
		04/2019	6	0
		05/2019	6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27
COFINS	1,37

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	41,65
Subsidio(-)	12,80
Total de Serviço	28,85

MÊS/ANO
06/2019VENCIMENTO
02/07/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
28,85

ONDE PAGAR SUA FATURA

Banco do Brasil S.A. - Agência: 0001 - Rua: 1000 - Caixa
Correspondência: 1000 - Rua: 1000 - Caixa
A Cagece disponibiliza a opção de pagar em lojas de sua
cidade. Consulte a lista de lojas no site da Cagece.

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195,
ou no site: www.cagece.com.br

Entidades Reguladoras Fortalezas: ACPOR - Autarquia de
Regulação, Expansão e Controle dos Serviços Públicos



IMP_FAT_CLIENTE_201906_103.FIC_TARRAFAS

RECEBIDO EM
06/08/19



ESTADO DO CEARA
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGUATU
SECRETARIA DA FAZENDA MUNICIPAL-SEFAM

Nota Nº
0000017513
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	24/04/2019	Competência	ABR/2019	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local da Prestação	IGUATU-CE	Optante do Simples	NÃO

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social	CLINICA SAO CAMILO LTDA				
Nome Fantasia	HOSPITAL SAO CAMILO				
Endereço	RUA SANTOS DUMONT, 510 - CENTRO				
CPF/CNPJ	07.174.521/0001-04	Insc. Municipal	4503203	UF	CE
		Insc. Estadual	0		
Cidade	IGUATU	C.E.P.		Comp.	
				Telefone	



DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social	ANTONIO DIAS DE SOUSA			E-mail	
Endereço	RUA JOAO VILA NOVA, 181 CENTRO TARRAFAS-CE				
CPF/CNPJ	619.864.107-49	Insc. Municipal	0	Insc. Estadual	
				Telefone	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A SERVIÇOS MEDICOS HOSPITALARES PRESTADOS

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

403 / 403 / 861010200 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA		ART DA OBRA	
----------------	--	-------------	--

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	0,00	COFINS	0,00	INSS	0,00	CSLL	0,00	IRRF	0,00
-----	------	--------	------	------	------	------	------	------	------

VALORES DO PRESTADOR		INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO		CÁLCULO DO ISS	
Valor dos Serviços	700,00	Natureza da Operação		Valor dos Serviços	700,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Tributada no Município		(-) Dedução permitida em lei	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação		(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nonhum		Base de Cálculo	700,00
Outras Retenções	0,00	Código de Validação/Link		(X) Alíquota do ISS	4,0000 %
(-) ISS Retido	0,00	7182HgAsPKaF		ISS a Refer	() Sim (X) Não
(=) Valor Líquido	700,00	http://iguatu.ce.gov.br		(=) Valor do ISS	28,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 24/04/19 08:59

Hora da emissão: 08:59:32

RECEBIDO EM:
06.08.19

amento da conta

amento: SCA - 00200403 Conta: 00209560

Admissão: 22/10/2018 09:23

a Conta: EXAMES

Prontuário: 00716308 ANTONIO DIAS DE SOUSA

ço do paciente: RUA IRMAO VILA NOVA, 181
CENTRO - Cep: - - TARRAFAS / CE

nio: 17 PARTICULAR

Guia Médica:

e atendimento: EXAMES

o	Nome do Produto	Qtde. CH	Val. CH	Val. Filme Unid.	Qdte.	Val. Unit.	Val. Total
---	-----------------	----------	---------	------------------	-------	------------	------------

os do Atendimento:

o de Faturamento: NORMAL

o de Produto: PROCEDIMENTOS

22/10/2018

092	RM MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL I NAO INFORMADO	0,00	0,00	0,00	1,00	700,00	700,00
-----	--	------	------	------	------	--------	--------

Total do dia 22/10/2018 : 700,00

Total de PROCEDIMENTOS : 700,00

Total de NORMAL : 700,00

TOTAL DA CONTA: 700,00



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA DO CRATO
SECRETARIA DE FINANÇAS E PLANEJAMENTO

Nota Nº
0000004138
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	25/07/2019	Competência	JUL/2019	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local de Prestação	CRATO-CE	Optante do Simples	NÃO

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

	Razão Social	FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES			
	Nome Fantasia	HOSPITAL SÃO RAIMUNDO			
	Endereço	RUA TEODORICO TELES, 99 - CENTRO			
	CPF/CNPJ	06.746.713/0002-66	Insc. Municipal	4521846	UF CE Insc. Estadual 0
	Cidade	CRATO	C.E.P.	63100160	Comp. Telefone



DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social	ANTONIO DIAS DE SOUSA			E-mail	
Endereço	RUA IRMÃO VILA NOVA, 181 CENTRO 63145000 TARRAFAS-CE				
CPF/CNPJ	619.864.107-43	Insc. Municipal	0	Insc. Estadual	Telefone 88 992229787

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO.

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

403 / 861010100 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorro

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA		ART DA OBRA	
----------------	--	-------------	--

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	0,00	COFINS	0,00	INSS	0,00	CSLL	0,00	IRRF	0,00
-----	------	--------	------	------	------	------	------	------	------

VALORES DO PRESTADOR		INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO		CÁLCULO DO ISS	
Valor dos Serviços	270,00	Natureza da Operação		Valor dos Serviços	270,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Isenta		(-) Dedução permitida em lei	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação		(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum		Base de Cálculo	0,00
Outras Retenções	0,00	Código de Validação/Link		(X) Alíquota do ISS	0.0000 %
(-) ISS Retido	0,00	AcHE4f17Ztr5		ISS a Reter	() Sim (X) Não
(=) Valor Líquido	270,00			(=) Valor do ISS	0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ISENTA DE ISS

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 25/07/19 09:34

Hora da emissão: 07:55:29

 ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE DAE - Documento de Arrecadação Estadual		NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS 856400000019 065200062019 904012019629 050774808005	
01 - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA 6467 / 63095 - REALIZACAO DE PERICIA E EMISSAO		02 - DATA VENCIMENTO 01/04/2019	03 - PAGAMENTO ATÉ 01/04/2019
11 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE CNPJ / CPF: 61986410749 ANTONIO DIAS DE SOUSA REALIZACAO DE PERICIA E EMISSAO DO RESPECTIVO LAUDO PERICIAL RELACIONADO A PERICIAS MEDICO-LEGAIS PARA EFEITOS DE SEGURO DPVAT.		04 - NOSSO NÚMERO 201962050774808	05 - PERÍODO REFERÊNCIA 032019
12 - INFORMACOES COMPLEMENTARES LEI N. 15.838 DE 27 DE JULHO DE 2015		06 - VALOR PRINCIPAL 106,52	07 - MULTA 0,00
		08 - JUROS 0,00	09 - DESCONTOS 0,00
		10 - TOTAL A RECOLHER 106,52	
13 - CÓDIGO DE BARRA 856400000019 065200062019 904012019629 050774808005			
		1ª VIA - CONTRIBUINTE (AUTENTICAÇÃO NO VERSO)	

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CAIXA AQUIN

21/03/2019 18:24

DATA DE EFETIVAÇÃO 21/03/2019

CONVENIO 000611735

OPERADOR PAULA3

REPRESENTAÇÃO NUMÉRICA
856400000019 065200062019
904012019629 050774808005

CONVENIO SECRETARIA DA FAZENDA
PAGO EFETUADO EM 21/03/2019

VALOR 106,52

COD OPERAÇÃO 00025411

TRANSAÇÃO EFETIVADA OK

OPERAÇÃO REALIZADA COM SUCESSO

CAIXA AQUIN

UNITE A CAIXA EM TODO O BRASIL

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

DATA ATEND	16/01/2019	Nº ATEND	535738
PACIENTE	ANTONIO DIAS DE SOUSA	SEXO	MASCULINO
DATA NASC	19/08/1958	IDADE	68
RG	38.759.254-4	CPF	619.864.187-49
MÃE	FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA	BAIRRO	CENTRO
ENDEREÇO	RUA IRMÃO VILA NOVA 181 CASA	CEP	63145000
CIDADE	TARRAFAS	UF	CE
TELEFONE 1	88992229787	TELEFONE 2	
PLANO DE SAÚDE	CARTÃO SAÚDE HSR	MATRICULA	898001248105402
		MEDICO	DIEGO TEIXEIRA BRITO
		TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação:	Término da Classificação:
Classificador.....:	Coren:
Porta de Entrada.....: 000104-RECEPCAO ELETIVA	

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE
PACIENTE RETORNAR COM EXAMES PRE OP

CÓ: MARCO CIRURGIA

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDUTA

Dr. Diego Teixeira Brito
Oximetria / Saturação de O2
Cada 15 min em repouso
Cada 15 min em esforço
Cada 15 min em repouso

Assinatura e Carimbo do Médico


Ass. Paciente / Responsável

Edna
01/03/19

RECEBIDO EM:

06/08/19

Prontuário 45477
Internação 536938

Impresso 22/01/2019 17:45

DADOS DO PACIENTE

Paciente ANTONIO DIAS DE SOUSA Nasc. 19/08/1950 Idade 68 Sexo M

Matrícula 898001248105402

Endereço RUA IRMAO VILA NOVA 181 CASA

Cidade TARRAFAS

Mãe FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA

CPF 619.864.107-49

Natural ASSARE

Profissão PEDREIRO

Responsável ANTONIO DIAS DE SOUSA

Bairro CENTRO Cep 63145000

Telefone 88992229787

Pai FRANCISCO GERALDO DIAS

RG 38.759.254-4 CE SSPCE

Raça PARDO

Est. Civil DIVORCIADO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico DIEGO TEIXEIRA BRITO

Clinica INTERN. CIRURGICA

Setor POSTO MASCULINO

Acomodação AM06

Leito AM6.01

Data/Hora 22/01/2019 17:40

Convênio SUS INTERNADOS

Caráter ELETIVA

Tipo Acomod ENFERMARIA TRAUMATO

Atendente MARILENE

RESUMO DE TRATAMENTO

Antecedentes pessoais: HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

AR

ABDÔMEN

NEUROLÓGICO

ECG

PUPLOS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13150023553

ASSINATURA KAROLAYRE

TRASNF. P/ MÉDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

Paciente/Responsável

Médico(a): 19267 DIEGO TEIXEIRA BRITO

BOLETIM DE CIRURGIA

Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso

NOME DO PACIENTE

DIAGNOSTICO

OPERAÇÃO

61 MATERIAL DE SALA

TPO Q VU VT

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TPO Q VU VT

N. DA A-44

CIRURGIA

ANESTESIA

Rog

CODIGO C I D

CCMUNICADO EM FOLHA DE DETALHES

Em Mes Ano Dia/Mes

Sim Não

Em minutos e segundos. Para os casos de emergência fora do horário normal o local não deve ser preenchido

ANESTESIA

MINUTOS TOTAL

74 INICIO HORAS TÉRM. HORAS TOTAL DE HORAS

OXIGÊNIO

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): VALDERLANIA

Data/Hora: 22/01/2019 21:01

NOTA

PAZIENTE IDOSO, ACOMPANHADO, EM PRE OPERATORIO, SEGUE EVOLUINDO CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, ACEITA A DIETA ORAL OFRECIDA, DEAMBULANDO, AFEBRIL T:35°C, NORMOTENSO PA:100X80mmHg. SEGUE NO LEITO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA AMANHA DIA 23.01.2019. VALDERLANIA-1034093.

Técnico(a): MARIA VALDERLANIA NUNES VIANA
COREN:1034093-CE

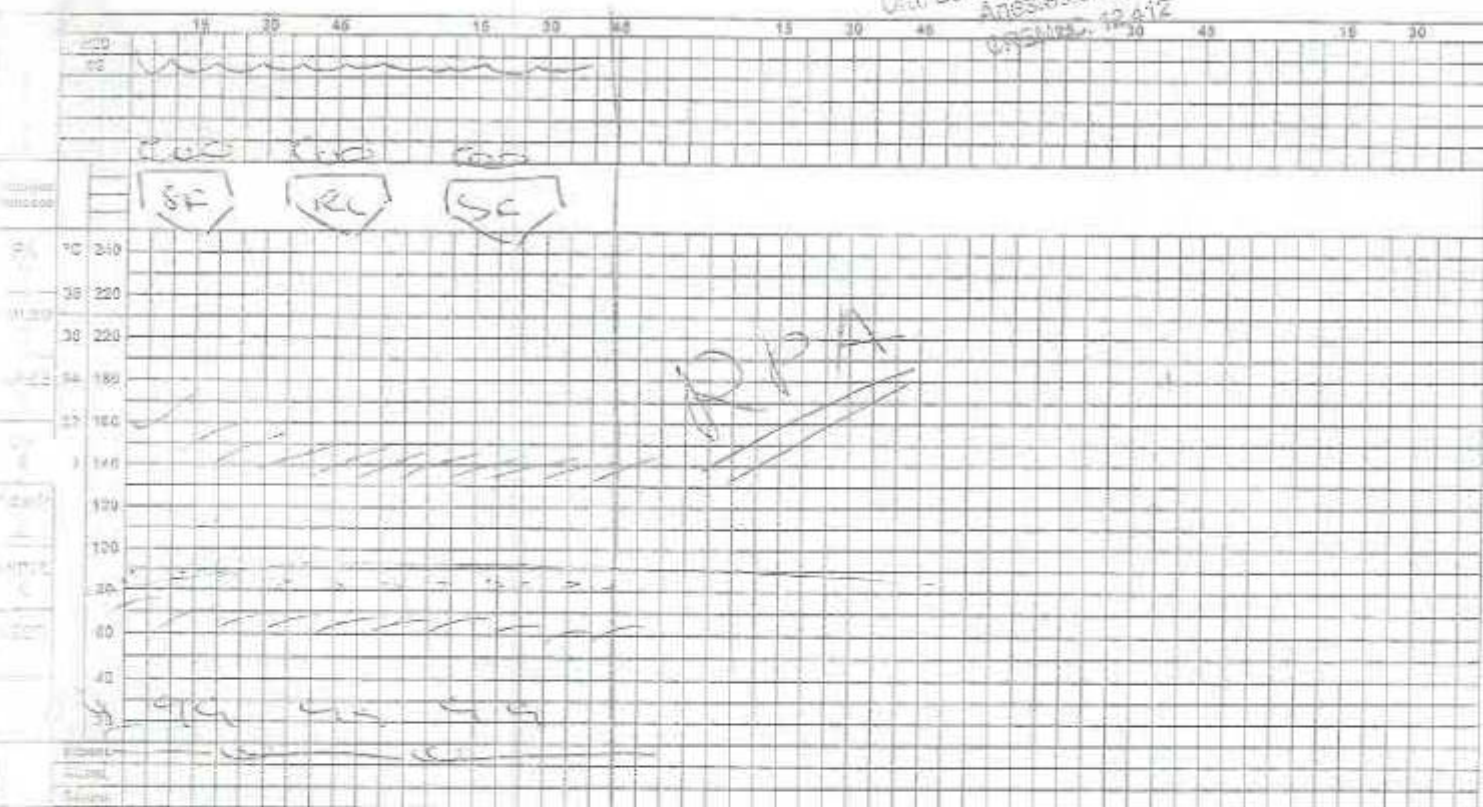
Valderlania

Maria Valderlania
Técnico em Enfermagem
CRP: 1034093-CE

APYO./LEITO

SAZONIZAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

Dr. Barbara M. Masedo Schmitt
Anestesiólogo
C.R. 12412



SCIENCE

ANOTAÇÕES

L. ...

LIQUIDOS

CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA
NASO/OROTRAQUEAL - CEGA
BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO
SOB - MÁSCARA
DIFICULDADE TÉCNICA

TEMPO DE ANESTESIA

OTAL

FERAÇÃO

TESTISTA

DIRLROAC

Laringo-Espasmo-Excesso Secre	Hemorragia-Arteria
Depressão Respiratório-Hipoxia	Bradi-Taglicardia-Choque
"BUCKING" - Vômito	

인문과학



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

Relatório Médico

NOME:

Antonio Dím da Silva

ENF:

nm 6

LEITO:

01

CLÍNICA:

Cirurgia

DATA HORA

23/07/19

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 - Anestésico com insulina de 100 unidades
 2 - Anestésico + Anestésico + insulina
 3 - Anestésico com insulina de 100 unidades
 4 - Anestésico + Anestésico de 100 unidades
 5 - Anestésico com insulina de 100 unidades
 6 - Anestésico com insulina de 100 unidades
 7 - Anestésico com insulina de 100 unidades
 8 - Anestésico com insulina de 100 unidades
 9 - Anestésico com insulina de 100 unidades
 10 - Anestésico com insulina de 100 unidades

Data 21/01/13

Cirurgião

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo do Cirurgião

Ass. e Carimbo

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

Data

Ass. e Carimbo do Anestésico

Resumo dos dados que participaram, a longa duração da operação e a anestésica e em todo o consumo de material e medicamento

Ass. e Carimbo do Anestésico - CRM

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 45477 Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Médico: PETRONIO Data/Hora: 22/01/2019 17:57

PACIENTE COM LESÃO DO MANGUEIRO ROTADOR, INTERNADO PARA CIRURGIA.

Médico(a): FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM:005943-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): MARIARITA Data/Hora: 22/01/2019 18:40

ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO CIRURGICO COM DR DIEGO. SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. SEM
AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Técnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN:551295-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Convênio: SUS INTERNADOS

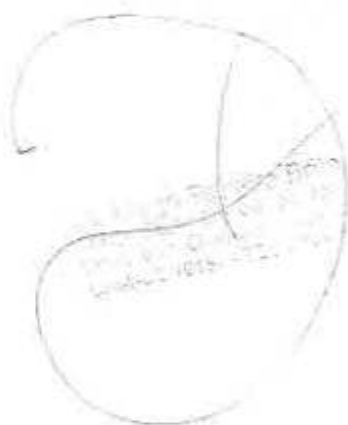
Prontuario: 45477 Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Médico: DIEGO Data/Hora: 23/01/2019 10:39

REF. DE REPARO DO MANGUITO ROTADOR

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

EFD: TIPOIA
ALTA AMANHA

Md. (a): DIEGO TEIXEIRA BRITO
CRM:19167-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): AILDA Data/Hora: 23/01/2019 MANHÃ

EST. A.D.S. 68 ANOS ENCAMINHADO AO C.C PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR. PETRONIO. EM TEMPO MESMO RETORNOU DO C.C SOB EFEITO ANESTESICO EM USO CURATIVO F.O E TALA GESSADA.

Tecnico(a): AILDA RIBEIRO SILVA
COREN:971296-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes**Ficha de Evolução Médica**

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario: 45477 Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Médico: JEAN Data/Hora: 24/01/2019 09:37

TIPO
FRATURA MANGUITO ROTADOR D
QUEIXAS, RX OK, FO OK
ALTA HOSPITALAR

Médico(a): JEAN MITCHELSON LUCENA MONTEIRO
CRM: 9605-CE


Jean Lucena
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 9605
HSR


Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes**ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM**

Paciente: ANTONIO DIAS DE SOUSA
Conv.: SUS INTERNADOS

Leito: AM6.01 Atend.: 536938
Enfermeiro(a): VIVIANE Data/Hora: 24/01/2019 11:51

MUNHA

PACIENTE COM FRATURA DE EM MID, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, COM SSVV NORMAIS, APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA RECEBEU ALTA HOSPITALAR.


Técnico(a): VIVIANE RODRIGUES DA COSTA
COREN: 1119603-CE

Hospital São Camilo

Unidade de Ressonância Magnética
Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE
Telefax: (0xx88) 3582-7800

PACIENTE: ANTONIO DIAS DE SOUSA
DATA DO EXAME: 22/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) pela técnica spin-echo, fast spin-echo, com seqüências ponderadas em T1/T2 realizando-se aquisições multiplanares e alguns cortes com saturação de sinal de gordura sem a injeção do meio de contraste paramagnético.

LAUDO:

- Artrose da articulação acrômio-clavicular, dado por reações hipertróficas, com redução do espaço articular e irregularidades superficiais, com osteófitos inferiores, determinando abaulamento cápsulo ligamentar.
- Acrômio tipo II de Bigliani, sem inclinações significativas. O conjunto determina redução do espaço subacromial e impacto sobre os tendões do manguito rotador.
- Rotura completa transfixante do tendão do supraespinhoso, com retração do cabo tendíneo em cerca de 3,0 cm. Coto tendíneo de superfície irregular e com alteração de sinal, de aspecto frável.
- Ventre muscular do supraespinhoso com alteração de sinal, devendo representar estiramento / lesão parcial.
- Tendão do infraespinhoso com alteração de sinal, associado a líquido ao redor, compatível com tendinopatia / tendinose. Há alteração de sinal das fibras auxiliares do infraespinhoso, sugerindo estiramento.
- Tendão do subescapular com rotura focal intrassubstancial, próximo à porção articular, medindo 1,1 x 0,3 cm.
- Alteração da morfologia e do sinal do lábio glenoidal ântero-superior, de aspecto degenerativo.
- Moderado derrame articular gleno-umeral, com extensão para o recesso subescapular.
- Líquido na topografia da bursa subacromial-subdeltóidea, compatível com bursite.
- Tendão do cabo longo do músculo bíceps braquial de morfologia, espessura e trajeto no sulco intertubercular normais, com líquido em sua bainha, que pode representar expansão do derrame articular.
- Estruturas ósseas de morfologia e sinal de ressonância magnética preservadas.
- Superfícies articulares da cavidade glenóide e da cabeça umeral regulares.

DR. JERÔNIMO DE LIMA FORTALLES
CRM 135725



Clínica Amílcar e Carlos Freire de Alencar
Dr. Janio Freire de Alencar

Endereço: Rua Paulo Emilio Cabral - 121 - Salto Alegre - Ceará
Centro Administrativo - CE
Telefones: (82) 3435-1127
(82) 3 9990-5025

Dr. Janio Freire de Alencar

PACIENTE ANTONIO DIAS DE SOUSA

RISCO CIRÚRGICO

IDADE: 68 ANOS

ALÉRGICO A MEDICAÇÃO: SIM () NÃO (X)

CIRURGIA A SER EXECUTADA: DO TUMOR SUPRA-ESPIGAL
TUMOR SUPRA-ESPIGAL DE OMBRO DIREITO
ACV ROR 2T BNP SI SOPRO PATOLÓGICO
AR HVE SI BUNDO PATOLÓGICO

EXAMES LABORATORIAIS: OK

ECG: DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE

CIRURGIA PREVA: PROSTATECTOMIA E RENOVA UMBILICAL

MEMBROS SEM ALTERAÇÕES

TIPAGEM SANGÜEA: -

NEUROLÓGICO: LOTO

HIPERTENSO: SIM () NÃO (X) NORMOTENSO - CUMULADO - 1000
TATO - EQUILIBRIO - ACUMULADO - AUMENTADO

RISCO CIRÚRGICO

BAIXO RISCO

Data: 14/11/18

Dr. Janio Freire de Alencar

CREMEC 9433

Clinica e Cirurgia

CREMEC - 9433

Dr. Janio Freire de Alencar

FUMAR FAZ MAL A SAÚDE

ANTONIO DIAS DE SOUSA
45477

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

AP

23/07/2013

11:06:42

Z: 100%

W:4036 L:2048



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Rua São José, s/n - Centro - Tarrafas/CE
CNPJ: 11.696.573/0001-18 Tel: (88) 3549-1113
saude.tarrafas@hotmail.com



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Antônio Dias de Sousa

PRESCRIÇÃO:

Atestado Médico

Atento, para os devidos fins, que o
pte. supracitado esteve em atendimento
médico no dia 11 de setembro de 2018,
na U.M.S. de Tarrafas (CE), por conta
de trauma contuso em ombro direito,
com limitação funcional, referendo ter
sido vítima de acidente de trânsito,
para exames de imagem (RNM e US), foi
constatada lesão traumática da manga-
to notada, sendo indicada intervenção
cirúrgica. CID-10: S46.0

DATA: 14/03/19

Dr. Gustavo Lima
MÉDICO
CRM-CE 18.871

Carimbo e Assinatura do Médico

 **MINISTERIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
619.864.107-49

Nome
ANTONIO DIAS DE SOUSA

Nascimento
19/08/1950

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 201520311 - 4	DATA DE EMISSÃO 12/12/2015
NOME ANTONIO DIAS DE SOUSA FRANCISCO FRANCISCO GERALDO DIAS FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA ASSAÍRE - CE	
DATA DE NASCIMENTO 19/08/1950	
CDS INSCRIÇÃO 13 CATEGORIA 13 TABAÇAS - CE CPM 619.864.107.49	
ENDEREÇO CANTORIO:SEDE TENHO:279 RUA:55AV LITORAL- 13 TABAÇAS - CE	
P. 1: 125	

RECEBIDO EM:
06 / 08 / 19

DENATRAAN

CENTRAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

來

03 53046 0000

100

此天托我聖天子之命也。天子之命。不可違也。故曰。天
 命。天子之命。不可違也。故曰。天命。天子之命。不可違也。故曰。天命。

41-1867-10849



MANCA MOORE, JR.

DATE PAID
PAID BY
PAID TO
PAID FOR
PAID BY
PAID TO
PAID FOR

卷之六

— 25 —

088FVAC023

**DO NOT MISS THE OPPORTUNITY TO
ACQUIRE THE PAPER TRANSFERENCE**

LOCAL

11. **Supervisors** _____

OE Nº 014414567370 SIGREDE SEGURO PRIVA

DECEMBER 1971

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VÍDEO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

MAC 0PVAT 0800 0P2 1204

10. **DATA CANCELAMENTO**

PLATE 1
THE COAST OF THE
MEDITERRANEAN

[illegible]

200	PA-7	980905	10	NR-CF-637
2001	PANT	980905	10	NR-CF-637

PREMIO TARIFARIO

111.25	2.03	20.30
--------	------	-------

DATE RECEIVED
11/09/2011

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

ON THE COVER: A view of the interior of the Great Hall at the Louvre Museum, Paris, France. The painting is by Jacques-Louis David, 1788.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair, viewing a screen displaying a target. The target is a vertical line with a horizontal bar at the top. The subject's hand is positioned at the bottom of the target. The subject is instructed to move the hand to the top of the target. The distance from the hand to the target is 100 cm. The target is 10 cm high. The subject is instructed to move the hand to the top of the target within a time limit of 10 seconds. The subject is instructed to move the hand to the top of the target within a time limit of 10 seconds. The subject is instructed to move the hand to the top of the target within a time limit of 10 seconds.

RECEBIDO EM:
06/08/19

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464183

Data do acidente: 11/09/2018

Vítima: ANTONIO DIAS DE SOUSA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Tarrafas

UF: CE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data: 09/08/2019 14:49:46

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM DE TENDAO E MUSCULO NIVEL OMBRO BRACO TRAUM DO
TENDAO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO -**Internação:** Não**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Exames	4.11.01.31-6	RM - ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	700,00	700,00
Materiais			270,00	0,00
Total da Análise Atual			970,00	700,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** NOTA FISCAL Nº 4138 NÃO FOI AVALIADA,VISTO QUE,FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ANTONIO DIAS DE SOUSA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	970,00	700,00	700,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	970,00	700,00	700,00

TOTAL PLEITEADO: 970,00**TOTAL AVALIADO:** 700,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266469/19

Vítima: ANTONIO DIAS DE SOUSA

CPF: 619.864.107-49

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO DIAS DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO DIAS DE SOUSA : 619.864.107-49

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.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 06/08/2019
Nome: ANTONIO DIAS DE SOUSA
CPF: 619.864.107-49

ANTONIO DIAS DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO