

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS**

Nº Sinistro: **3180272885**

Vitima: **SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS**

Data do Acidente: **03/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180272885**.

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 12977835



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS**

Nº Sinistro: **3180272885**

Vítima: **SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS**

Data do Acidente: **03/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180272885**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Numero do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 068.444.933-12 Nome completo da vítima: SALATIEL HIRAKLES DA SILVA FREITAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>SALATIEL HIRAKLES DA SILVA FREITAS</u>		CPF titular da conta <u>068.444.933-12</u>	Profissão <u>REUSOU-SE</u>
Endereço <u>TR. VARZE A ALEGRE</u>		Número <u>019</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>SANTA LUZIA</u>	Cidade <u>CRATO</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>63122-400</u>
Email _____			Telefone (DDD) <u>(85) 985070712</u>

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
0684 01 00046653 2
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO NRO. D/V

 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

CRATO - CE, 05 de JUNHO de 2018
 Local e Data

Salatiel Hirakles da Silva Freitas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

14 JUL 2018
CPJ: 42.366-302/001-26



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 5498 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2018 11:03:33**
Data / Hora da Ocorrência: **03/07/2017 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA SAO PEDRO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PROX A LINHA FERREA**

Noticiante(s)

Nome: **SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS**
Nascimento: **26/04/1999** CPF: **068.444.933-12** UF: **CE**
RG: **20088465157** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA APARECIDA SERAFIM DA SILVA**
CICERO RICARDO MATIAS DE FREITAS
Endereço: **TRAVESSA VARZEA ALEGRE, 19** CEP:
Bairro: **SANTA LUZIA**
Município: **CRATO/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99261-5347**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 299, 304, 339 e 340, todos do CP, notícia que na data, hora e local, acima descrito, ao atravessar a via foi atropelado por uma moto (HONDA FAN, VERMELHA, pilotada por uma mulher, NÃO VIU A PLACA); QUE em virtude do sinistro o noticiante (PEDESTRE) sofreu MULTIPLAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA EM PUNHO DIREITO, conforme ficha de atendimento anexa; QUE após o acidente foi socorrido por populares para a UPA24H e depois encaminhado para o HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, onde passou por procedimentos cirúrgicos; QUE com relação ao veículo causador do acidente, a motorista evadiu-se do local sem prestar socorro, nem tampouco identificado; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA: RG E CPF do CONDUTOR, COMPROVANTE DE RESIDENCIA, FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA24H DO DIA 03/07/2017 Nº386470, FICHA DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO DO DIA 07/08/2017 PRONT.25541, ANOTAÇÕES TEC DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO DO DIA 07/08/2017; Nada mais disse.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

IVANEIDA BARRETO PESSOA - MAT.: 30081412

Salatiel Hiarlles da Silva Freitas

Insatopre Seguradora S/A
14 JUL 2018
CNPJ 42.366.302/0001-20



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 5498 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: S. Salustian Hinnelles da Silva Freitas

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

BSF

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

CPF da Vítima

Data do Acidente

SALATIEL HIRALLES DA SILVA FREITAS

068. 444.

03.07.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

(FATO - CE) 05 de JUNHO de 2018

Local e Data

Salatiel Hiralles da Silva Freitas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, 3/N
Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail.:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

386470**Ficha de Atendimento**

Data: 03/07/2017
Hora: 08:23

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 136527 **SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS**
Responsável: SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS
Mãe: MARIA APARECIDA SERAFIN DA SILVA
Endereço: TR VARZEA ALEGRE, 19, SANTA LUZIA - CRATO CE

Nasc: 26/04/1999 Idade: 19
Telefone: () - Celular: () -
CEP: 63.000-122 Natural: CRATO

Documento

Mat/CNS: Doc. Identidade: Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio SUS Cod. de Credenciamento: Tipo de Atendimento:

Queixas do Paciente

PEDESTRE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA

Antecedentes Médicos**Exame Físico**

MULTIPLAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA EM PUNHO DIREITO

Exames Complementares**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 S62

FRATURA DE PUNHO

Tratamento

ARTHUR APOLINARIO FEITOSA
CRM: 18260 / CE

DR. Edilberto Macedo
Médico
CRM 19466



14 JUN 2018
CNPJ: 42.366.302/0001-28



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:
021732590

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
Endereço: RU BEA MARIA DE ARRILIO, S. ROEIRO
Cidade: JUAZEIRO CE: 63160-000
Endereço: Rua: 021 Setor: 005 Quadra: 0129 Lote: 0143 Carga: 0000
Endereço: Rua: 000 Setor: 000 Quadra: 000 Lote: 0000 Carga: 0000

Endereço: 000 | Complemento: 001 | Bairro: 000 | PIS: 000

Service	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Valor em R\$	Valor em R\$
AGUA	R15F154259	106	106	7	1

Validade: 12/02/2018 | Validade: 12/02/2018 | Validade: 9
Validade: 12/01/2018 | Validade: 13/03/2018 | Validade: 9

Qtd. de Acidentes	Qtd. de Acidentes	Qtd. de Acidentes	Qtd. de Acidentes	Qtd. de Acidentes	Qtd. de Acidentes
144	144	144	144	144	144
144	144	144	144	144	144
144	144	144	144	144	144

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
MULTA DE 1%	26,70	0,55	0,07	0,00
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00	0,00	0,00	0,00

YBRATES SOBRE O PATRIMÔNIO	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
PIS	0,28	VALOR DO SERVIÇO	29,32	
COFINS	1,40	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00	
		VALOR TOTAL A PAGAR	29,32	
MESANO	02/2018	VENCIAMENTO	05/03/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)
				29,32

CNPJ: 42.366.302/0001-28 L: 0416 H: 09:57:20 R: 052 P: 001
CAGECE - Companhia de Saneamento do Estado do Ceará
CAGECE - Companhia de Saneamento do Estado do Ceará
CAGECE - Companhia de Saneamento do Estado do Ceará

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0123, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 154. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ARCE - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 3101.1918. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0123.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal
Nº de Inscrição:
021732590

DADOS DO CLIENTE
Inscrição: 021732590
Endereço: Rua: 021 Setor: 005 Quadra: 0129 Lote: 0143 Carga: 0000
Endereço: Rua: 000 Setor: 000 Quadra: 000 Lote: 0000 Carga: 0000
Cidade: JUAZEIRO
Validade: 05/03/2018
Valor: 29,32

8268000000 0 28320009100 8 02173259001 9 02000622015 4

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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 045.291.864 / 23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SALATIEL HIRLLES DA SILVA FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.444.933 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima SALATIEL HIRLLES DA SILVA FREITAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.444.933 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA BEATA MARIA DE ARAUJO		09	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ROMEIRÃO	JUAZEIRO DO NORTE	CEARÁ	63.050-720
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
LORDNALDO@YAHOO.COM	(88) 3512-4870	(88) 988070712	

J. DO NORTE DE OS de JUNHO de 2018
 Local e Data


 Assinatura do Declarante



FICHA DE INTERNAÇÃO

Controle/Arquivo

Comp.: 08/17

Apres.: 07/17

49752

Prontuário N°.: 2552
Internação N°.: 438997

Impresso: 07/08/2017 13:37

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS
Respons.: SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS

Nasc.: 26/04/1999 Idade: 18 Sexo: M

Matricula: 165662143060004

Endereço.: TRAVESSA VARZEA ALEGRE 19 A AP

Cidade.: CRATO

Filiação.: Mãe - MARIA APARECIDA SERAFIM DA SILVA

CPF.: 068.444.933-12 RG: 20088465157

Raça.: PARDO

Profissão: ESTUDANTE

Bairro.: SAO MIGUEL Cep.: 63132070

Telefone: 8892615347 92395954

Pai - CICERO RICARDO MATIAS DE FREITAS

UF: CE Orgão: SSP Natural: CRATO

Est. Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: ANTONIO FEITOSA NETO

Clinica.: INTERN. CIRURGICA

Setor.: POSTO CIRURGICO

Acomod.: AC09

Leito.: AC09.6 Trans. P/Leito: Enf/Apto:

Cadastro.: MARINEIDE /Atendente: MARILENE

Data/Hora.: 07/08/2017 13:24

Convênio.: SUS INTERNADOS

Carater.: URGENCIA

Tipo Acom.: ENF. CLINICA/CIRURG.

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ()

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ABDOMEN:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILAS:

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RESERVADO A RECEPÇÃO
N° DO UNISUS: 13150064653
ASS.: Ananda

TRANSF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 08/08/17

Salatiel Hiarlles
PACIENTE / RESPONSÁVEL



MEDICO(A): 006680 ANTONIO FEITOSA NETO



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

BOLETIM DE CIRURGIA

BOLETIM DE CIRURGIA

Preencher todos os campos após
a cirurgia verso e anverso

NOME DO PACIENTE

DIAGNÓSTICO

OPERAÇÃO

61

MATERIAL DE SALA

TIPO

Q

V.U

VT

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

Q

V.U

VT

N. DA A-IH

Reg.

CÓDIGO C.I.D

Convenção, Categoria, Descrição

CODIGO S.S.M

CIRURGIA

1. Pac.
2. Med.
3. Cirurg.
4. Serv.

5. Sala.
6. Esp.
7. P. 1.
8. S. 1.

9. Terr.
10. Terr.
11. Terr.

12. Terr.
13. Terr.
14. Terr.

15. Terr.
16. Terr.
17. Terr.

18. Terr.
19. Terr.
20. Terr.

21. Terr.
22. Terr.
23. Terr.

24. Terr.
25. Terr.
26. Terr.

27. Terr.
28. Terr.
29. Terr.

30. Terr.
31. Terr.
32. Terr.

33. Terr.
34. Terr.
35. Terr.

36. Terr.
37. Terr.
38. Terr.

39. Terr.
40. Terr.
41. Terr.

42. Terr.
43. Terr.
44. Terr.

45. Terr.
46. Terr.
47. Terr.

48. Terr.
49. Terr.
50. Terr.

51. Terr.
52. Terr.
53. Terr.

54. Terr.
55. Terr.
56. Terr.

57. Terr.
58. Terr.
59. Terr.

60. Terr.
61. Terr.
62. Terr.

63. Terr.
64. Terr.
65. Terr.

66. Terr.
67. Terr.
68. Terr.

69. Terr.
70. Terr.
71. Terr.

72. Terr.
73. Terr.
74. Terr.

75. Terr.
76. Terr.
77. Terr.

78. Terr.
79. Terr.
80. Terr.

81. Terr.
82. Terr.
83. Terr.

84. Terr.
85. Terr.
86. Terr.

87. Terr.
88. Terr.
89. Terr.

90. Terr.
91. Terr.
92. Terr.

93. Terr.
94. Terr.
95. Terr.

96. Terr.
97. Terr.
98. Terr.

99. Terr.
100. Terr.
101. Terr.

102. Terr.
103. Terr.
104. Terr.

105. Terr.
106. Terr.
107. Terr.

108. Terr.
109. Terr.
110. Terr.

ANESTESIA

1. Gen.
2. Local
3. Geral

4. Gen.
5. Local
6. Geral

7. Gen.
8. Local
9. Geral

10. Gen.
11. Local
12. Geral

13. Gen.
14. Local
15. Geral

16. Gen.
17. Local
18. Geral

19. Gen.
20. Local
21. Geral

22. Gen.
23. Local
24. Geral

25. Gen.
26. Local
27. Geral

28. Gen.
29. Local
30. Geral

31. Gen.
32. Local
33. Geral

34. Gen.
35. Local
36. Geral

37. Gen.
38. Local
39. Geral

40. Gen.
41. Local
42. Geral

43. Gen.
44. Local
45. Geral

46. Gen.
47. Local
48. Geral

49. Gen.
50. Local
51. Geral

52. Gen.
53. Local
54. Geral

55. Gen.
56. Local
57. Geral

58. Gen.
59. Local
60. Geral

61. Gen.
62. Local
63. Geral

64. Gen.
65. Local
66. Geral

67. Gen.
68. Local
69. Geral

70. Gen.
71. Local
72. Geral

73. Gen.
74. Local
75. Geral

76. Gen.
77. Local
78. Geral

79. Gen.
80. Local
81. Geral

82. Gen.
83. Local
84. Geral

85. Gen.
86. Local
87. Geral

88. Gen.
89. Local
90. Geral

89. Gen.
90. Local
91. Geral

90. Gen.
91. Local
92. Geral

91. Gen.
92. Local
93. Geral

92. Gen.
93. Local
94. Geral

93. Gen.
94. Local
95. Geral

94. Gen.
95. Local
96. Geral

REC. 10/11/10
CNPJ 02.388.330/0001-26

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

Foram descritos
os atos, no decorrer
da realização
de procedimentos
específicos.



[Handwritten signature]

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

[Handwritten signature]

Moraes Brito
Médico
CRM 4741

Ass. e Cuidado do Anestesiado

[Handwritten signature]

Relatar causas que justificaram, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos

Data		
Cirurgião <i>[Handwritten signature]</i> Ass. e Cuidado do Cirurgião	1º Auxiliar <i>[Handwritten signature]</i> Ass. e Cuidado	
2º Auxiliar Ass. e Cuidado	3º Auxiliar Ass. e Cuidado	Ass. e Cuidado do Anestesiado - CRM

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
Fundação Leandro Bezerra de Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-3523-2621

EMISSÃO: 07/08/2017 14:24

NUM. PRESCRIÇÃO: 87537

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

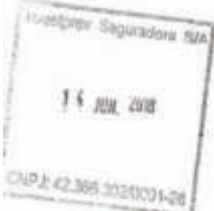
Paciente: SALATIEL HIAULES DA SILVA FREITAS
Médico...: ANTONIO FEITOSA NETO

Num. Atend: 436997
Setor: POSTO CIRURGICO

Dt. Internação: 07/08/2017
Leito: AC09.6

It	Código	Descrição	Dose	Un	Via	Freq	Horários	Ord	Tot	Sai
01		DIETA LIVRE								1
02	00010103	SORO GLICOSADO 500 ML; 5% AMPOLA INJETAVEL								1
03	00010065	DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML DILUIDA EM 8ML AD DE 06/06HS								4
04		CONTROLE DOS SINAIS VITAIS								1

Evolução:
Paciente submetido a redução incruenta sem intercorrência. Conduta: RX de controle



08/08/17
Dr. Antonio Feitos
Dr. Antonio Feitos

PRESTADOR: FEITOSA

FARMACIA

Medicação Administrada Por:
Jana CORREIA 05476
Horário 07/08/2017 04

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 07/08/17 15:58

Paciente: SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS
Leito: AC09.6 Atendimento: 436997
Técnico(a): ZIQUELMA

Prontuario: 25541
Conv: SUS INTERNADOS

Anotações de Enfermagem: - 07/08/2017 15:57

TARDE:

PACIENTE JOVEM ADMITIDO ÀS 14:08 HORAS, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO DE PUNHO DIREITO COM DRº FEITOSA. TEM 01 RAO X ANEXO AO PRONTUÁRIO. ENCONTRA-SE CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM AR AMBIENTE, EM DIETA ZERO, NEGA SER ALÉRGICO A QUALQUER MEDICAÇÃO, MEMBRO AFETADO SEM IMOBILIZAÇÃO, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. PA: 120X80MMHg

T: 36°C

***ENCAMINHADO AO CENTRO CIRÚRGICO ÀS 14:17 HORAS, RETORNOU ÀS 15:45 HORAS, ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA E SOROTERAPIA, COM CURATIVO OCLUSIVO EM FERIDA OPERATÓRIA.

TÉC: ZIQUELMA COREN: 1052496

Ziquelma Feitosa
Téc. Em Enfermagem
COREN 001052496

Técnico(a): ZIQUELMA FEITOSA PAIVA
COREN: 1052496-CE

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 07/08/17 21:50

Paciente: SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS
Leito: AC09.6 Atendimento: 436997
Técnico(a): DANIELLA

Prontuario: 25541
Conv: SUS INTERNADOS

Anotações de Enfermagem: - 07/08/2017 19:46

NOITE:

PACIENTE JOVEM EM POS-OPERATÓRIO DE RETIRADA DE REDUÇÃO DE PUNHO DIREITO COM DR: FEITOSA, EVOLUI, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOTENSO, AFEBRIL, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, DEAMBULA, EM AR AMBIENTE, ACEITA DIETA OFERECIDA, MANTÉM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE, NEGA QUEIXA NO MOMENTO, COM MEMBRO MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA, REALIZADO RX DE CONTROLE ANEXO AO PRONTUÁRIO, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SEGUE NO LEITO SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

PA: 130X80MMHG

T: 36,0

TÉC: DANIELLA COREN: 1004408

Daniella Alves Silva
Téc. Em Enfermagem
COREN 001004408

Técnico(a): DANIELLA ALVES SILVA
COREN: 001004408-CE

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 08/08/17 07:24

Paciente: SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS

Leito: AC09.6

Atendimento: 436997

Prontuario: 25541

Técnico(a): ZIQUELMA

Conv: SUS INTERNADOS

Anotações de Enfermagem: - 08/08/2017 07:24

MANHÃ:

PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS VISITA MÉDICA, RETIRADO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO,
ENTREGUE RECEITA E CARTÃO DE RETORNO.
TÉC: ZIQUELMA/COREN:1052496.

Ziquelma Feitosa
Tec. Em Enfermagem
COREN 001052496

Ziquelma

Técnico(a): ZIQUELMA FEITOSA PAIVA
COREN:1052496-CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008046515 - 7 DATA DE EMISSÃO 11/06/2014

NOME SALATIEL HIANLLES DA SILVA FREITAS

FILIAÇÃO CICERO RICARDO MATIAS DE FREITAS MARIA APARECIDA SERAFIM DA SILVA

NACIONALIDADE CRATO - CE DATA DE NASCIMENTO 26/04/1999

CCC ORIGIN CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:4 OFÍCIO TERMO:54.865 FOLHA:100 LIVRO:48 CRATO - CE CN 068.444.933-12

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 09/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERICIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO PERSONAL E FOTOGRAFIA MÉDICA

Polícia Dento

Salatied Hianlles da Silva Freitas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Via Seguros S/A

14 JUN 2018

CNPJ: 42.306.002/0001-28

Insatopre Seguradora S/A
14 JUL 2018
CNPJ 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
SANTIDADE NACIONAL DE TRANSITO

NOME
EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE
99029071681 SSPDS CE

CIV
045.291.864-23 DATA NASCIMENTO
26/09/1982

RELACAO
MANOEL PEREIRA DOS
SANTOS
MARIA APARECIDA DOS
SANTOS

PERMISSAO
ACC
CA/PMS
AB

VALIDADE
19/12/2021 1ª EMISSAO
16/12/2006

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1404686297

SEM OBSERVAÇÃO:

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSAO
27/12/2016

16060501614
CE157089509

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

**UPA 24h Limoeiro****386470**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, 3/N
Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail.:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

Ficha de Atendimento

Data: 03/07/2017
Hora: 08:23

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 136527 **SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS**
Responsável: SALATIEL HIARLLES DA SILVA FREITAS
Mãe: MARIA APARECIDA SERAFIN DA SILVA
Endereço: TR VARZEA ALEGRE, 19, SANTA LUZIA - CRATO CE

Nasc: 26/04/1999 Idade: 19
Telefone: () - Celular: () -
CEP: 63.000-122 Natural: CRATO

Documento

Mat/CNS: Doc. Identidade: Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio SUS Cod. de Credenciamento: Tipo de Atendimento:

Queixas do Paciente

PEDESTRE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA

Antecedentes Médicos**Exame Físico**

MULTIPLAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA EM PUNHO DIREITO

Exames Complementares**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 S62

FRATURA DE PUNHO

Tratamento

ARTHUR APOLINARIO FEITOSA
CRM: 18260 / CE

DR. Edilberto Macedo
Médico
CRM 19466



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180272885 **Cidade:** Ebron **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL HIARLLES DA SILVA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
FREITAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO INCRUENTA, ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

14 JUL 2018
CNPJ 42.366.302/0001-28

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: SALATIEL HIRLLES DA SILVA FREITAS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Identidade: 2008846515-7
Estado Civil: SOLTEIRO
CPF: 068.444.933-12
Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: TR. VAREJA ALEGRE, 19, SANTA LUCIA, CRATO-CE
CEP: 63122-400
Telefone: (88) 955070712

OUTORGADO:

Nome: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: SOLTEIRO
Identidade: 99029071681
CPF/CNPJ: 045.291.864-23
Profissão: CORRETOR
Endereço: R. BEATA Mª DE ARAUJO, 09, ROMEIRÃO, JUAZEIRO DO NORTE-CE
CEP: 63.050-720
Telefone: (88) 3512-4870

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícias médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

SALATIEL HIRLLES DA SILVA FREITAS

CRATO-CE, 15-MAIO-2018

Local e data

Salatiel Hirllles da Silva Freitas

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO NOTAS E REGISTROS DE IMÓVEIS CRATO-CE	Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade <u>Salatiel Hirllles da Silva Freitas</u>	
	Dou fe em test. <u>X</u> da Verdade.	
	15 MAIO 2018	
	☐ Teófilo Antônio ☐ Marcelino Farias ☐ Euclides Borges ☐ Maria Luciana ☒ Ingrid Isadora F.	☐ Escrivão ☐ Escrivão ☐ Escrivão ☐ Escrivão

