

Nº do Cliente

8554202

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.

enel

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 180
CEP 60136-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 02047251/0004-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 039021816

Rota AD137R01 - 36203

Referência 11/2019

Nome FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO
Endereço PV ANGOLA, BOMBO, ANGOLA, CILIO (XX), ARAREUDAClassificação Resid. Baixa Renda
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 23/11/2019

Medidor 4902312-1 DG-653

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 23/12/2018

Atual 23/12/2019

Próxima prevista 23/01/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fix. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
B	3.202	3.174	1.00	28	28	0	0,68	19,04

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM. PUE. PRET. MUNIC.		12,74
PIS COMPL. BX. RENDA		0,02
COFINS COMPL. BX. RENDA		0,06
DESCONTO BAIXA RENDA		-19,94
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO		19,94
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 100 KWH	0,17600	5,28
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 100 KWH	0,30372	13,06
ADICIONAL BANDO. AMARELA	0,00400	0,12
ADICIONAL BANDO. VERMELHA	0,03667	1,10
DEBITO DE PEQUENOS VALORES		24,91

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	39,50	0,04	0,02
COFINS	39,50	0,30	0,10

VENCIMENTO

06/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

58,29

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

28,40

0,00

CPF/CNPJ 069.071.583-10

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Amarela: 24/10 - 31/10
Vermelha: 01/11 - 23/11SE VOCE RECEBER DUAS CONTAS MESMO NOME NO MES
TEM OPCAO PARCELAR EM ATÉ 12X SEM JUROS. PELO
Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal.

100% de eficiência energética
100% de eficiência energética
100% de eficiência energética

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

CNS:

Nº: 16

Data: 29/08/19

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Contato: ()

Nome: Francisco Arnaldo da Silva Nascimento

Est. Civil: Solteiro Sexo: M Data do Nasc. 16/01/97 Idade: 22a

Naturalidade: Nova Russas - CE Prof.:

Procedência: Angola

Residência: Maricota

Filiação: Lilani Portila da Silva e/ Diassis

Cônjuge: da Silva Nascimento

2. QUEIXA PRINCIPAL:

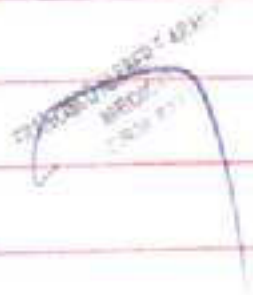
Fratura exposta no 4º metacarpo - D,

3. HISTÓRIA ATUAL: decorrente da "queda da moto" (sic)

4. PESO KG: 5. P.A. 6. TEMPERATURA: DX:

7. EXAMES SOLICITADOS:

+ Francisco Arnaldo da Silva Nascimento
Ass. do Paciente ou Responsável Assinatura do Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RUBRICA
		22:30
	1- Volferm 25 g - 5M	
	2- Refin of a - surf!	25/08/19, as 06:00 PA: 120/80 mmHg tec- l'era 343/27
	3- confiro	
		



GOVERNO MUNICIPAL
ARARENDÁ
MUNICÍPIO DE ARARENDÁ - CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARENDÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

RAIMUNDO FRANCISCO DA SILVA
Médico Geral

Hosp. Mun. Francisco Monteiro Lima
CPF: 053.035.987-00

Unidade de Origem: 15º Regional de Centro HMEM L
Distrito Sanitário: _____ Município: Ararendá

Nome: Francisco Arnaldo da Silva Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 26/01/97 Ocupação: _____

Endereço: Angola Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente apresentando fratura exposta no
4º metacarpo - 2, unguente de conduta especializada.
Resultado de Exames: (Traumatologista)

Consulta já Realizada: ☐

Impressão Diagnóstica

FRANCISCO FREDERICO
MÉDICO
CRM 8278

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Médico

Função

25/08/19

Data

08h

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Período: 28/08/2019 07:00:00 à 28/08/2019 18:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
RANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO			150090/0003	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
6/01/1997	22 Ano(s)	VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO		
Data Internação	Aposento		Quarto/Leto	
5/08/2019	ENFERMARIA		012/0001	
Profissional Responsável			CRM	
AMIL SANCHES JORQUEIRA			6945	
Exame	Setor	Especialidade		
US	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA		
agnóstico				
S2.5 Fratura de outro artelho S92.5 Fratura de outro artelho				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 28/08/2019 08:00:00

ACIENTE RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS REAVALIAÇÃO MÉDICA E MELHORA CLÍNICA, DEAMBULANDO, SEM QUEIXAS NO
OMENTO. RETIRADO ACESSO PERIFÉRICO. ENTREGUE AVISO DE ALTA + RECEITUÁRIO MÉDICO

SPONSÁVEL: TE: SAMUEL *Samuel e Albuquerque de Souza*
COREN-CE 001373942 TE

X *Francineus Leonor da Silva de Paula*

Prescrição: 0004

Data de Nascimento: 16/01/1997

Data: 28/08/2019

Hora: 07:44

Convênio: SUS

Diagnóstico: S92.5 Fratura de outro antebraço

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

Nome da Mãe: VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Setor: CLÍNICA CIRURGICA

Prontuário: 150090/0003

Sexo: Masculino

Quarto/Leito: 012/0001

CRM: 6945

Data de Internação: 25/08/2019

Prescrição

01. CURATIVO

02. ALTA HOSPITALAR

Dosagem

Via

Frequência

Aprazamento

✓

✓

Evolução Clínica:

alta hospitalar

JORDANA COELHO SOARES
ENFERMEIRA
COREN/CE 202554

RESPONSÁVEL: ANTONIO PIERRE AGUIA NETO - CRM-CE 3289

Antonio Pierre Aguiar Neto
Fisioterapia - Ortopedia
CRM-CE 3289 - SBOT 1113
CPF: 091.102.083-72



Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 150090	Atendimento 0001	Nome do Paciente FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO	CNS	Guia de Autorização
Documentos CPF: 069.024.583-16			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 16/01/1997	Local CRATEUS/CE		Idade 22 Ano(s)	
Pai FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES DO NASCIMENTO	Mãe VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO			
Endereço CAMPO ANGOLA, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 62210-000	Município ARARENDÁ	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92007675	
Responsável FRANCISCO LEONARDO ABREU DE	CPF do Responsável	Endereço CAMPO ANGOLA, SN	Município ARARENDÁ	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 25/08/2019	Hora 16:17	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento MARCOS GONDIM ROCHA ALVES	CRM/UF 19327/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Atendimento	Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE			
Observação trouxo para				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 35	P (bpm) 73
			R (rpm) 20	PA (mmHg) 142 X 78
				Oximetria (%) 100
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 25/08/2019 16:06

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARES

Relatório:

PACIENTE P'ROVCENINETE DE ARARENDÁ, VEIO PARA AVALIAÇÃO COM ORTOPEDISTA, APRESENTA FRATUIRA EXPOSTA NO 4º PODOCTILO DIREITO
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

5/08/2019 17:06:23h Responsável: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES CRM-CE 19327

PACIENTE PROCEDENTE DE ARARENDÁ POR ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA EM 4 PDD

CDT

AIO-X PE D

IBS

VALIAÇÃO DO TRAUMA

ETOPROFENO 100MG + 100ML SF0,9% EV SE DOR INTENSA ✓

Rafael Camelo Soares
Enfermeiro
COREN-CE 415759

Marcos Gondim
Médico
CRM-CE 19327

MARCOS GONDIM ROCHA ALVES - CRM: 19327

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO LEONARDO ABR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2461073

4 - CNES

2461073

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

150090

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/1997

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9200-7675

14 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DA MÃE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2301267

18 - UF

CE

19 - CEP

62210-000

ARARÉ

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE PROCEDENTE DE ARARÉ POR ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA EM 4 P.D.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX DO PÉ

24 - CID 10 PRINCIPAL

S92.5

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S92.5

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408060042

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

208573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/08/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNPJ

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNPJ DA EMPRESA

45 - CNPJ DA EMPRESA

46 - CNPJ DA EMPRESA

47 - CNPJ DA EMPRESA

48 - CNPJ DA EMPRESA

49 - CNPJ DA EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Gilvan Melo Marques

Médico Auditor CRM: 1078

Secretaria Municipal de Saúde de Crateús

Regulador e Auditor



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2014002

DADOS DO PACIENTE

Nome FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO				Prontuário/Atendimento 150090/0003	
Nascimento 16/01/1997		Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil	
Idade 22 Ano(s)		Estado Civil Solteiro(a)		Religião	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia	
Documento(s) CPF: 066.024.583-16		CNS			
Endereço CAMPO ANGOLA		Município ARARENDÁ-CE		CEP 62210-000	
Fone (88) 9200-7675		Profissão AGRICULTOR		Empresa	
Responsável FRANCISCO LEONARDO ABREU DE PAULO		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável		Cônjuge			
Mãe VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO		Pai FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES DO NASCIMENTO			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 25/08/2019 18:49		Quarto/Leito 057-0002		Aposento ENFERMARIA	
Clínica CIRURGICA		Setor INTERNACAO - PS			
Convênio SUS		Matrícula		Autorização	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM 6945			
CID Principal S92.5 Fratura de outro antebraço		CID Complementar S92.5 Fratura de outro antebraço			
Observação					
Usuário SEBASTIANA MARQUES BARBOSA		Procedimento SUS		Sisprestat	
Data Saída		Hora		Condição da Saída	
Usuário Saída					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 25 de agosto de 2019.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: SEBASTIANA MARQUES BARBOSA

Assinatura do responsável

Dados Clínicos - Médico

Paciente			Prontuário	
RANISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO			150090/0003	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
3/01/1997	22 Ano(s)	VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO		
Data Internação	Aposento	Quarto/Lite		
5/08/2019	ENFERMARIA	012/0001		
Profissional Responsável			CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945	
Unidade	Sector	Especialidade		
US	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA		
Diagnóstico				
92.5 Fratura de outro antelho S92.5 Fratura de outro antelho				

DESCRIÇÃO

DESCRICAO ORTOPEDICA: - 26/08/2019 12:48:02

PACIENTE NO CC
 EITO ANTISSEPSIA COM SSEPSIA
 OLOCADO CAMPOS CIRURGICOS
 EITO ANESTESIA LOCAL
 REALIZADO REGULARIZAÇÃO DO COTO
 EICHAMENTO POR PLANOS
 EITO CURATIVO

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945



Hospital Sao Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO
Prontuário: 158098 Convênio: SUS
Data Nascimento: 16/01/1997
Nome da Mãe: VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO
Município: JOazeiro-CE

Admissão no Centro Cirúrgico: 26/10/19 Horas: 6:30 Cirurgia Proposta: Amputação
PA: 110x80 FC: 90 FR: 20 T: 36 SpO2 99% Glicemia: 97mg/dl

Encaminhamento às 10:25 Para sala: (C)

Admissão na sala: (A) Horas: 10:25

Medicação pré-anestésica: () Não () Sim Qual _____

Anestesista: Servi 2 Tipo de Anestesia: () Raquidiana () Geral (X) Local

() Bloqueio Anestésico () Sedação

Início da anestesia 10:35

Sala: C

Cirurgião: Servi 2 1º Auxiliar _____

Instrumentador(a) Eliana

Início da Cirurgia 10:37

Posição do paciente: (X) Dorsal () Ginecológica () Ventral () Lateral

() Outra: _____

Soluções Antissépticas:

(X) Clorhexidina Degermante

Localização de:

() Iodopolidona Degermante

() Eletrodos

() Iodopolidona Tópico

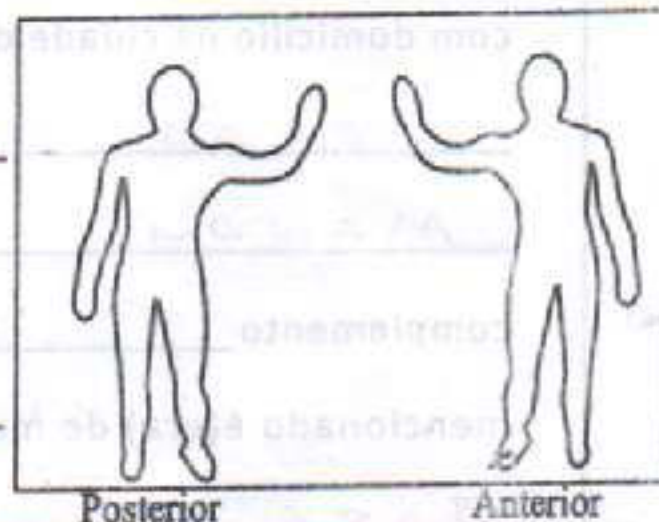
() Incisão Cirúrgica

() Álcool iodado

() placa de Bisturi

() Álcool 70%

(#) Drenos



Posterior

Anterior

Parto Cesariana: RN1º _____ Hora: _____ Apgar _____ Sexo: _____ Peso: _____

Apresentação Fetal _____, RN2º _____

RN Encaminhamento às _____ Para: _____

Hora: 10:40 Transoperatório: PA: 110x80 FC: 90 FR: 20 T: 36 SpO2 99%

Infusão de: () Concentrado de Hemácias () Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: _____

Destino: () Biopsia Laboratório () outro: _____

Exames durante o transoperatório: () RX () Laboratorial () _____

Termino da Cirurgia 11:00 PA: 100x80 FC: 94 FR: 16 T: 36 SpO2 100%

Cirurgia Realizada: amputação de 4º dedo do M.T.B.

Encaminhamento às 11:30 Para: Clínica Cirúrgica

com: (X) Curativo - Tipo curativo () Tubo Endotraqueal

() Dreno () Sonda Vesical

() Imobilizador () Tampão

() Cateter de oxigênio O2 () Bolsa de Colostomia

() Cateter venoso central () Outros _____

(X) cateter venoso periférico () outros _____

Observação: _____

Carla Alves da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN/CE 64908

Assinatura/Carimbo
circulante

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÂO CAMILO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

NOME: Paciente: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO
Prontuário: 150090 Convênio: SUS
Data Nascimento: 16/01/1997
Nº DO PR: Nome da Mãe: VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO
Município: ARAPENGA-CE
DATA DO INTERNAMENTO:

DATA 26/09/19

1.1 ☒ Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
1.2 Cirurgia proposta: Amputação
1.3 ☐ Avaliar jejum hora 06:30 Data 26/09/19
1.4 Exames recebidos: ☐ Laboratoriais ☐ ECG ☐ RX ☐ TC
☐ US ☐ RMN ☒ Ficha de internamento
1.5 ☒ Termos de consentimento (cirúrgico, Anestésico, Amputação, hemotransfusão)
1.6 Reserva de hemoderivados
☐ Sim ☒ Não se aplica
1.7 ☒ Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...
1.8 Realizado tricotomia
☐ Sim ☒ Não se aplica
1.9 ☒ Vestimenta adequada (camisola)
1.10 Alergia ☒ Não ☐ Sim Qual?
1.11 ☒ Acesso venoso com boa infusão
1.12 Uso de Medicação Anticoagulante ☒ Não ☐ Sim data /
Assinatura do res: Maria Gomes da Lima
Técnica de Enfermagem
CONE 028.617

2.1 Origem do encaminhamento:
☒ Clínica Cirúrgica ☐ Clínica Médica
☐ Clínica Pediátrica ☐ Maternidade
☐ Semi-intensiva ☐ Urgência ☐ observações
2.2 ☒ Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
2.3 Tipo de procedimento:
☐ Agendado ☒ Urgência/Emergência
2.4 ☒ Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransfusão)
2.5 local da Cirurgia? NEO 4º Pedodiatr
2.6 Alergia ☒ Não ☐ Sim Qual?
2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?
☒ Não ☐ Sim e há equipamento disponível
2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?
☒ Não ☐ Sim, planejamento para fluidos
2.9 Reserva de Hemoderivados ☐ Sim ☒ Não se aplica
2.10 ☒ Demarcar lateralidade ☐ Não se aplica

3.1 ☒ Apresentação dos membros da equipe verbalmente
3.2 ☒ Confirmar verbalmente identificação do paciente, Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado
3.3 ☒ Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)
3.4 ☒ Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)
3.5 A lateralidade está adequadamente marcada
☒ Sim ☐ Não se aplica
3.6 ☒ Oxímetro de pulso no paciente e funcionando
3.7 ☒ Materiais necessários para o procedimento estão disponíveis e dentro do prazo de esterilização
3.8 ☒ Integrador Químico indica esterilização do Instrumental cirúrgico
3.9 Exames estão disponíveis?
☒ Sim ☐ Não se aplica
10.10 O antibiótico foi administrado?
☐ Sim ☒ Não se aplica

4.1 ☒ Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado
4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?
☒ Não ☐ Sim Qual?
4.3 Contagem manual:
Compressas Entregue: 05 + ___ + ___ + ___ conferida: 05
Instrumentais Entregue: 31 + ___ + ___ + ___ conferida: 31
Lâmina Entregue: 01 + ___ + ___ + ___ conferida: 01
Aguilha Entregue: 02 + ___ + ___ + ___ conferida: 02
4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome do paciente?
☒ Não se aplica ☐ Sim
4.5 Houve utilização de hemocomponentes no transoperatório?
☒ Não ☐ Sim Qual?
4.6 Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido?
☒ Não ☐ Sim Qual?

Assinatura do Responsável:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
AUTOMOBILISTAS

CE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1544795661

PROIBIDO PLASTIFICAR
1544795661

Nome
FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / CNH / RENOV. Nº
20093076667 SSP CE

CPF
069.024.583-16

DATA NASCIMENTO
16/01/1997

PERIÓDO
FRANCISCO DE ASSIS R
DO NASCIMENTO
VILANI PORTELA DA
SILVA DO NASCIMENTO

PERMISSÃO
ACI
CAENAL
A

Nº REGISTRO
06714383552

VALIDADE
01/05/2021

1ª EMISSÃO
23/09/2016

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Francisco Arnaldo da Silva do Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
25/09/2017

[Assinatura]
ASSINATURA DO DIRETOR

91815981508
CE161553192

CEARÁ

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

23/08/2012

REGISTRO NACIONAL 2008307666 - 7

DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

PRIMAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES DO NASCIMENTO

VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE NOVA RUSSAS - CE

DATA DE NASCIMENTO 16/01/1997

DOC. CARIÓTIPO CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: DT SANTO ANTONIO TERMO: 866

FOLHA: 033-V LIVRO: A-03 ARARÉ - CE

CM 069.024.583-16

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/06/03

P.: 168

Imagem do titular

Polegar Direito

Imagem do dedo

CÓDIGO DE CONTROLE

B449.ADA9.9905.C120

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 09:33:29 do dia 16/08/2012 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

23/08/2012

REGISTRO NACIONAL 2008307666 - 7

DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

PRIMAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES DO NASCIMENTO

VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE NOVA RUSSAS - CE

DATA DE NASCIMENTO 16/01/1997

DOC. CARIÓTIPO CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: DT SANTO ANTONIO TERMO: 866

FOLHA: 033-V LIVRO: A-03 ARARÉ - CE

CM 069.024.583-16

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/06/03

P.: 168

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 069.024.583-16

Nome FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

Nascimento 16/01/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE Nº 015384222739
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 685757862 R.N.T.R.G. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO
ARAPENDÁ /CE

PLACA ANT / UF 06902458316 CHASSI 9C2KCL1680ER413696

PLACA 06902458316 PLACA 06902458316

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/CG150 FAN ESDI 2013 2014

2P/OCU/149CC FARTIC VERMELHA

1º 2º 3º
COTA ÚNICA 80.11 0.32 84.58
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 0.32 84.58
DATA DE PAGAMENTO 02/09/2019

PARCELAMENTO: COTAS
OBSERVAÇÕES

ARAPENDÁ
Igor Ponte
Superintendente de Tráfego

LOCAL 05/09/2019

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

CE Nº 015384222739 BILHETE DE SEGURO DPVAT

06902458316 CRZ6007 /CE

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

15384222739 57629922854

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 05/09/2019

VIA 1 06902458316 PLACA CRZ6007

RENAVAM 685757862 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2013 DATAE 09 Nº CHASSI 9C2KCL1680ER413696

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$) 35.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 02/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.808/0001-04

MOTOR: KC16280E413696



RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

ASSINATURA



CRZ6007

COD. RENAVAM

685757862

230508/11



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049450/20

Vítima: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 069.024.583-16

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 24/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO : 069.024.583-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020
Nome: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 069.024.583-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200060710 **Cidade:** Ararendá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO (P.6)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- AMPUTAÇÃO- REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO(P.9)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200060710 **Cidade:** Ararendá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO (P.6)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- AMPUTAÇÃO- REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO(P.9)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049450/20

Vítima: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 069.024.583-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO : 069.024.583-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020
Nome: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 069.024.583-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200060710 **Cidade:** Ararendá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO (P.6)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- AMPUTAÇÃO- REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO(P.9)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200060710

Vítima: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200060710

Vítima: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 0000035412-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PÉDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 069.024.583-16 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 069.024.583-16
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: PV ANGOLA 9 - Número: 514 10 - Complemento: TERREO
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: ARAUCÁRIA 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 62.210-000
15 - E-mail: edmilsonkary@yahoo.com 16 - Tel.(DDD): (88) 99291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0994 CONTA: 354120 (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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TAMBORIL-CE, 04. de FEVEREIRO de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VIA DO CLIENTE

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
FERNANDO APARECIDO GOMES ME
RUA FRANCISCO FERRAZ, 399
TERM.NET-ISO 00030884 DATA 04/02/2020
CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC.: 00997 - CRATEUS
PACB : 141 - MERCADINHO SANTO
ANTONIO

AGENCIA : 00997 - CRATEUS
CONTA : 00000000035412-0
NOME : FRANCISCO ARNALDO DA SILVA
DO NASCIMENTO
DATA : 04/02/2020
MODALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FISICA
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE
CESTA DE SERVICOS: CESTA EXPRESSO 4 -
R\$ 21,60

ADESÃO AO PROGRAMA DE BENEFÍCIOS: N

NSU BANCO: 004174166000
HORA : 11:14:56

SUJEITO A CONFIRMAÇÃO DO BANCO

OUIVITORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU REDE: 401982 HORA REDE: 11:14:54



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA
Impresso nº 202085840



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 475 - 112 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/01/2020 10:51:25**
Data / Hora da Ocorrência: **24/08/2019 22:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT ANGOLA, ZONA RURAL - ARARENDA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO**
Nascimento: **16/01/1997** CPF: **069.024.583-16**
RG: **20083076667** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **VILANI PORTELA DA SILVA DO NASCIMENTO**
FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO ANGOLA ZONA RURAL**
Bairro: **ANGOLA**
Município: **ARARENDA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORZ6007** Uf: **CE** Município: **ARARENDA** Chassi:
9C2KC1680ER413696 Renavam: **685757862** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO**
NASCIMENTO Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A VITIMA AFIRMA QUE NA DATA E LOCAL SUPRACITADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO EM DADO MOMENTO EM UMA CURVA, O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, OCASIÃO EM QUE O MESMO CAIU AO SOLO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES, OS QUAIS A LEVARAM PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE ARARENDÁ; QUE A VITIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CRATEÚS; QUE A VITIMA CONTRAIU ALGUMAS LESÕES, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IBIAPINA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Aderson de Oliveira Alves
Escritório da Polícia Civil
ADERSON DE OLIVEIRA ALVES - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

PÉDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 069.024.583-16 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 069.024.583-16
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: PV ANGOLA 9 - Número: 514 10 - Complemento: TERREO
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: ARAUCÁRIA 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 62.210-000
15 - E-mail: edmilsonkary@yahoo.com 16 - Tel.(DDD): (88) 99291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0994 (Informar o dígito se existir) CONTA: 354120 (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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vã nascituro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TAMBORIL-CE, 04. de FEVEREIRO de 2020

+ Francisco Arnaldo da Silva do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000035412-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1302202005000000000023700997000000035412135000 PAGO