

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE N° 8915751440  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. REVENHA	ANTRIO	EXERCÍCIO
ZIBI 01	342994107	0000000000	2011
SÉRGIO MARIO GADELHA			
*****			
*****			
***** MORADA NOVA CE			
53415744353 OCP2795			
*****/CE 9C2KD0550BR558292			
ESPECIAIS COMBUSTÍVEL			
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. ALCO/GASOL			
HONDA/NXR150 BROS ES 2011 2011			
C/REP/100		ATE QUITA	COR PRINCIPAL
2P/0CV/149CC		PARTIC	VERMELHA
S/CTA UNIDA		ENG. TURB. UNIDA	C/PL. C/CTAS
*****		**	*****
FAIXA IPVA		PARCEMENTO/COTAS	2* *****
A		*****	3* *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		ICF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
100		100	100
DATA DE PAGAMENTO			
19/08/2011			
SEGURADO OBRIGATÓRICO			
OBSERVAÇÕES			
AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HON			
*****			
*****			
JOÃO DE AGUIAR PUPO			
MORALHO, ZÉ		DL	GE
SUPERINTENDENTE			
DATA			
19/08/2011			

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES PESADOS, VEÍCULOS RESTRI, VEÍCULOS SUMARIA, A PESSOAS E TRANSPORTES PÚBLICOS/NAO APLIC. SEGURO DPVAT

CEN° 8915751440 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME ENDERECO

SÉRGIO MARIO GADELHA

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* MORADA NOVA CE

\*\*\*\*\*

53415744353 OCP2795

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200076309      **Cidade:** Morada Nova      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DALLIS WILKER MAIA LEMOS      **Data do acidente:** 14/08/2019      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA LOMBAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequelas

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 8

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200076309**

**Vítima: DALLIS WILKER MAIA LEMOS**

**Data do Acidente: 14/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DALLIS WILKER MAIA LEMOS**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200076309**      **Vítima: DALLIS WILKER MAIA LEMOS**

**Data do Acidente: 14/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DALLIS WILKER MAIA LEMOS**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =      R\$ 843,75

**Recebedor: DALLIS WILKER MAIA LEMOS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 001**

**Agência: 000000863-X**

**Conta: 0000028114-X**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:	CPF:	
Dallis Wilken unaia temos-	015.694.603-37	
Profissão:	Número:	Complemento:
Receuseul.	218.	Casa
Bairro:	CEP:	
Centro	62.940.000	
E-mail:	Tel.(DDD):	

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Name do BANCO:  Banco do Brasil.

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

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

### INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### MORTE

## 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:

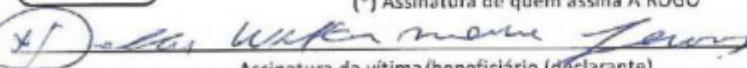
Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
 Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO



Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PÓLICIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

Impresso nº 202040477

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 504 - 1954 / 2019****Dados da Ocorrência**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DELEGACIA DE POLÍCIA

MORADA NOVA - CEARÁ

CARTÓRIO

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **12/09/2019 11:11:16**Data / Hora da Ocorrência: **14/08/2019 20:20:00**Endereço da Ocorrência: **AV MANOEL DE CASTRO - MORADA NOVA/CE**Ponto de Referência: **LUCIANO OTICA****Noticiante(s)**Nome: **DALLIS WILKER MAIA LEMOS**Nascimento: **29/04/1984** CPF:RG: **35222882000** Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **ELENI MAIA LEMOS****JOÃO DE BRITO LEMOS**Endereço: **RUA ZACARIA BANDEIRA , 218**Bairro: **CENTRO**

CEP:

Município: **MORADA NOVA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 3422-2049****Histórico**

Declara o noticiante que no dia hora e local supracitados acima foi vítima de um acidente de transito; QUE seguia como passageiro (guarupeiro) na MOTO PLACA OCP-2795, RENAVAM 342994107, CHASSI 9C2KD055BR558292 DE PROPRIEDADE DE SERGIO MARIO GADELHA-CPF 53415744353; QUE na ocasião seguia na citada avenida, quando o condutor tentou ultrapassar um carro estacionado, sem sinalização ligada, ao sair o carro bateu lateralmente ocasionando o acidente; QUE foi socorrido pelo SAMU para o HOSPITAL SÃO LUCAS, apresentando TRAUMA NA CRAVICULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES, tendo como testemunhas; MARIA HILDACI NOBRE MARCIEL E JEYFFSON DOUGLAS RABELO FREITAS (Documentos apresentados e anexos); QUE a motocicleta era conduzida por SERGIO MARIO GADELHA- CNH 01936325267, o qual não sofreu lesões, somente escoriações leves e participação como condutor do veículo; QUE o Noticiante manifesta desejo de receber o SEGURO DPVAT.E nada mais disse.///

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****SANDRA HELENA GIRÃO - MAT.: 300366-1-1****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****THALLES JOSE DE MELO LIMA - MAT.: 30124359**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:	CPF:	
Dallis Wilken unaia temos-	015.694.603-37	
Profissão:	Número:	Complemento:
Receuseul.	218.	Casa
Endereço:	CEP:	
Rua: 20conio Bandeirante	62.940.000	
Bairro:	Tel. (DDD):	
Centro		
E-mail:		

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Name do BANCO:  Banco do Brasil.

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

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

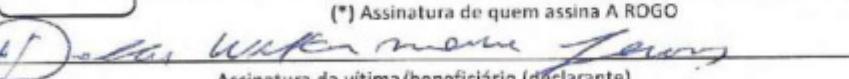
## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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:  
 Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 (\*\*) Assinatura de quem assina A RODO  
  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

# 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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DALLIS WILKER MAIA LEMOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00863-X

CONTA: 000000028114-X

---

Nr. da Autenticação 3D13D37409D1CD5F



10035617  
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre que entrar em contato conosco.

ener

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 007121031  
 Rota HN017U13 Referência 08/2019  
 Nome ZILDENIA FERNANDO LIMA  
 Endereço RU WALTER CARNEIRO GIRAO, 00493 - 00493 AP 493, 02  
 Classificação DE AGOSTO, 62940-000, MORADA NOVA  
 Modalidade Tarifária Resid. Baixa Renda BPC  
 Ligação B1 RESIDENCIAL Emissão 26/08/2019  
 Monofásico Medidor 6214613-ELE-626  
 ÁREA RESERVADA AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

BBR214656EINCF07B0B904FB64842088	<b>DATAS DE LEITURA</b>	P.F : 31 dias	Próxima prevista
	Anterior	Anual	
26/07/2019	26/08/2019	25/09/2019	
<b>DADOS DA LEITURA</b>			

DADOS DA MEDIDA									
Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mil. (kWh)	Consumo Incr. (kWh)	Consumo Falt. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	
PF	1.143	1.062	1.00	%	30	96	0,28427	27,26	

**DADOS DO FATIGAMENTO** **TAREFA** **VALOR (%)**

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	7,58
PIS COMPL BX RENDA	-	0,39
COFINS COMPL BX RENDA	-	1,68
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-26,95
CONSUMO SEM SUBVENCAO	-	26,95
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-39,28
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,19000	5,70
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,32712	21,59
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00367	0,11
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05967	1,79
MULTA	-	0,44

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	56,14	1,35	0,77
COFINS	56,14	6,16	3,46

02/09/2019 0,00  
**CONSUMO CONSCIENTE** CPF/CNPJ 021.882.133-60  
EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/07 Valor R\$58,48). A inadimplencia possiblita a suspensao do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 a/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Podera ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensao do fornecimento ou a religacao da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso ja tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. N° Cliente: 00001003617 DEBITOS ANTERIORES MES ANO VALOR (R\$) 07/2019 58,48 Total: R\$ 58,48

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 27/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 26/08

Nº do Cliente: Referência:  
Data de Emissão: 10035617 Total a Pagar (R\$): 08/2019 V:[1.0.0.4]  
Nº da Nota Fiscal: 26/08/2019 Nº de Controle: 0,00  
007121031 300001481216

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200076309      **Cidade:** Morada Nova      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DALLIS WILKER MAIA LEMOS      **Data do acidente:** 14/08/2019      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA LOMBAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** 8

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paula Daniela de Freitas Santos inscrito (a) no CPF 024.525.343-123, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário dallis willen unoia temes inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.694.603-37, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima dallis willen unoia temes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.694.603-37, 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 <u>Rua: Valten corneiro Góes</u>	Cidade <u>Monções</u>	Número <u>491</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Novo de agosto</u>	Estado <u>Alagoas</u>	CEP <u>62.960-000</u>	
Email _____	Telefone comercial (DDD) <u>11</u>	Telefone celular (DDD) <u>11</u>	

Monções, 13 de Janeiro 2020  
Local e Data

Paula Daniela de Freitas Santos  
Assinatura do Declarante

07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE M. NOVA

AV. MANOEL CASTRO 23

MORADA NOVA CEP 62.940-000

CENTRO CEP 62.940-000

MORADA NOVA CE

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PACIENTE: DAILIS W. MAIA Icmos DN 29104184

ENDEREÇO: ZACARIA'S BANDEIRA

DIA: 14/08/13

HORA: 20:20 14

LOCAL DA OCORRÊNCIA:  

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

TRAUMA DE CLAVÍCULA ESQUÉDADA  
ESCORPIAS LEVES, TRAUMA NO  
QUADRIL E/ OU COXA.

OS Socorristas do SAMU Afirmando -  
que entre for colisão de veículos  
(automóvel e/ ou moto)

PLANTONISTA: DR FÁBIO VIEIRA TÉC. ENF:  

Fº Clezio de Souza  
Coren 265708



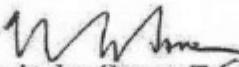
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

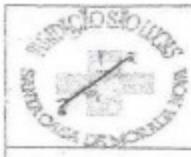


## CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** compareceu a um chamado para atendimento pré-hospitalar do Sr. **DALLIS WILKER MAIA LEMOS**, RG n.º 35222882000, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 015.694.603-37, no dia 14/08/2019, às 20h00, no Município de Morada Nova-CE, no cruzamento da Rua Francisco Monteiro Maia com a Rua Coronel José Epifanio, próximo ao Luciano Ótica, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para a **Santa Casa de Morada Nova – Fundação São Lucas**. E para constar eu,  **Eliete Gomes Pereira Loiola**, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 04 de novembro de 2019.

  
Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS  
SANTA CASA DE MORADA NOVA  
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

252

GUIA DE REFERÊNCIA  
16370006824

## FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

NOME:

Leticia Oliveira Moraes

MUNICÍPIO:

Morada Nova

SEXO: M ( ) F ( )

DATA DO NASCIMENTO:

29/04/84

OCCUPAÇÃO:

ENDEREÇO:

Residencial Bandeirante

Nº 218

BAIRRO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Náuseas e vômitos (intermitentes) e febre (103,5° na recta)

RESULTADO DE EXAMES:

doenças respiratórias (cônus interno e bronquio obstruídos) e febre

CONDUTA REALIZADA:

ambulatório

Normal (com flú e tônus)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Influenza

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

## FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO:

ALTA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Pele

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

folicos de sangue

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CID:

SECUNDÁRIO 1:

CID:

SECUNDÁRIO 2:

CID:

TP convales

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

Pele 9/15/09

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ( ) NÃO ( )

O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ( ) NÃO ( )

CRM-CE 4078  
CLAUDIO EUPERASIO  
DIRETOR CLÍNICO

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- N° REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS  
SANTA CASA DE MORADA NOVA  
AVENIDA MANOEL CASTRO, 237  
MORADA NOVA-CE  
(88) 3422 1411  
CONVENIOS (88) 3422 3860

## RECEITUARIO MÉDICO

### Declaração

Declaro para devidos fins, Dallis Welker Maia Lemos, foi vítima de trauma dorsal com hematomas lombar volumosos. Encontra-se em tratamento com drenagens repetitivas do hematoma. O mesmo está impossibilitado de trabalhar por tempo indeterminado.

Dr. Fco. Forcina Filho  
Cirurgia Geral e Digestiva  
Gastro - Endoscopia Digestiva  
CRM: 5273

MORADA NOVA, 04/09/19





## HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Dr. José Ramalho, 1436 - Centro

Russas / Ceará



1900304318	15/08/2019 10:34:09	GUIA DE ADMISSÃO <input type="checkbox"/>	GUIA DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/>	TRAUMA/CIRURGICO-01.020.002
Paciente 00120828 - DALIS WILKER MAIA LEMOS		Nascimento 29/04/1984 Id: 35 A 3 M 16 D 704801065704941	CNS	CPF
Documento Identidade - 35222882000 - SSP/CE - 22/11/2000	Sexo M	Estado Civil Solteiro(a)	Raça/Cor Parda -	Escolaridade Auxiliar de Serviços
Endereço RUA - ZACARIAS BANDEIRA - 218 - ZONA RURAL - MORADA NOVA - CE				CEP 62.940-000
Naturalidade MORADA NOVA - CE			Contatos (88) 99695-9628	Ocupação Complemento PROX A LOJA LUCIA CA
Mãe ELENI MAIA LEMOS			Pai JOAO DE BRITO LEMOS	SisPreNatal
Piano - Convênio	Carteira		Validade	Autorização
SUS - SUS				
Caráter de Atendimento Urgência	Procedencia	Especialidade TRAUMA/ORTOPEDIA		Profissional Solicitante VICTOR PONTES PARAHYBA
CID Principal	Procedimento Solicitado			Perm. Máxima (dias)

## ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer  Exames Laboratoriais  RX  Ultrassonografia  Prótese  Mudança de Procedimento   
 Convênio: Autorizado Até: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Prorrogado Até: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Outros  Especificar: \_\_\_\_\_  
 Data da Saída: 17/08/19 Molivo:  Curado  A pedido  Evasão  Transferido  Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: \_\_\_\_\_

## OPERAÇÃO

PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIA: \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*Re d. Daniel*

Médico Responsável

*Daniela Maia Ferreira*

Paciente ou Responsável

*Dr. Aluísio Figueiredo F. 2000  
Diretor Clínico CRM 1250*

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubeti

A.P. de V. de Oliveira

 Sistema Único de Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS</b>		2 - CNES 232800-3			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS</b>		4 - CNES 232800-3			
<b>Identificação do Paciente</b>					
5 - NOME DO PACIENTE <b>DALIS WILKER MAIA LEMOS</b>		6 - N.º DO PRONTUÁRIO 00120828			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704801065704941		8 - DATA DE NASCIMENTO 29/04/1984			
11 - NOME DA MÃE <b>ELENI MAIA LEMOS</b>		9 - SEXO 1 - Masculino			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <b>DALIS WILKER MAIA LEMOS</b>		10 - RACA / COR Parda			
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>RUA: ZACARIAS BANDEIRA - 218 - PROX A LOJA LUCIA CA - ZONA RURAL</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99695-8628			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>MORADA NOVA</b>		14 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99695-8628			
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO, 18 - UF 230870 CE 19 - CEP 62.940-000					
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>hd de dente</i>					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Neuril d'ayr</i>					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Neuril d'ayr</i>					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>hd de dente</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL <i>1058</i>			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>hd de dente</i>				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0508010019</i>	
29 - CLÍNICA <b>TRAUMATOLOGICA</b>		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>URGÊNCIA</b>		31 - DOCUMENTO <b>C. N. S.</b>	
32 - N.º DO DOCUMENTO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/08/2019	
35 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		36 - N.º DO BILHETE		37 - SÉRIE	
38 - CNPJ DA SEGURADORA		39 - CNPJ DA EMPRESA		40 - N.º DO BILHETE	
41 - CNAE DA EMPRESA		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CBOR	
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		45 - EMPREGADO		46 - EMPREGADOR	
47 - AUTONOMO		48 - DESEMPREGADO		49 - APOSENTADO	
50 - DESPROTEGIDO		51 - N.º DO DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>29/08/19</i>		54 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		55 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
56 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		57 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>0508010019</i>		58 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>29/08/19</i>		60 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		61 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
62 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		63 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		64 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
65 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		66 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		67 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
68 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		69 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		70 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
71 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		72 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		73 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
74 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		75 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		76 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
77 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		78 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		79 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
80 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		81 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		82 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
83 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		84 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		85 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
86 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		87 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		88 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
89 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		90 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		91 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
92 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		93 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		94 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
95 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		96 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		97 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
98 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		99 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		100 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
101 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		102 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		103 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
104 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		105 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		106 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
107 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		108 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		109 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
110 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		111 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		112 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
113 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		114 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		115 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
116 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		117 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		118 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
119 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		120 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		121 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
122 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		123 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		124 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
125 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		126 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		127 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
128 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		129 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		130 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
131 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		132 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		133 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
134 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		135 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		136 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
137 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		138 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		139 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
140 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		141 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		142 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
143 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		144 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		145 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
146 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		147 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		148 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
149 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		150 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		151 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
152 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		153 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		154 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
155 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		156 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		157 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
158 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		159 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		160 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
161 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		162 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		163 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
164 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		165 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		166 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
167 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		168 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		169 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
170 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		171 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		172 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
173 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		174 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		175 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
176 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		177 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		178 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
179 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		180 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		181 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
182 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		183 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		184 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
185 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		186 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		187 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
188 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		189 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		190 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
191 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		192 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		193 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
194 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		195 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		196 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
197 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		198 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		199 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
200 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		201 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		202 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
203 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		204 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		205 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
206 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		207 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		208 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
209 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		210 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		211 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
212 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		213 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		214 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
215 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		216 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		217 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
218 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		219 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		220 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
221 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		222 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		223 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
224 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		225 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		226 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
227 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		228 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		229 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
230 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		231 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		232 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
233 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		234 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		235 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
236 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		237 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		238 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
239 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		240 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		241 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
242 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		243 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		244 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
245 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		246 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		247 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
248 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		249 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		250 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
251 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		252 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		253 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
254 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		255 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		256 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
257 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		258 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		259 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
260 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		261 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		262 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
263 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		264 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		265 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
266 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		267 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		268 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
269 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		270 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		271 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
272 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		273 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		274 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
275 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		276 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		277 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
278 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		279 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		280 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
281 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		282 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		283 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
284 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		285 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		286 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
287 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		288 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		289 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
290 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		291 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		292 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
293 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		294 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		295 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
296 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		297 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		298 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
299 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		300 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		301 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
302 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		303 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		304 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
305 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		306 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		307 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
308 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		309 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		310 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
311 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		312 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		313 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
314 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		315 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		316 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
317 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		318 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		319 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
320 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		321 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		322 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
323 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		324 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		325 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
326 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		327 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		328 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
329 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		330 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		331 - CÓ	



## MISSÃO:

PRESTAR  
ASSISTÊNCIA  
AMBULATORIAL  
HOSPITALAR  
SPECIALIZADA  
DE MÉDIA  
COMPLEXIDADE  
DA 9<sup>a</sup> REGIÃO

## VISÃO:

PRESTAR UMA  
ASSISTÊNCIA DE  
MÉDIA E ALTA  
COMPLEXIDADE  
PARA A  
POPUULAÇÃO DA  
7<sup>ª</sup>, 9<sup>ª</sup> E 10<sup>ª</sup>  
RÉGIAO

### **VALORES:**

OPERAÇÃO  
PONIBILIDADE ENTRE  
JUÍZES  
COMPROMISSO E  
ATIVACAO COM O  
BALHO  
INTEGRIDADE E VERDADE  
NA RELAÇÕES INTERPESSAIS

- > ATIVIDADE CENTRADA EM BASES CIENTÍFICAS
- > BUSCA PERMANENTE POR QUALIFICAÇÃO
- > RESPONSABILIDADE AUSENTE
- > JUSTIÇA SOCIAL

## **FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Jafim Wilker Maia Lemos

## **DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:**

**DOENÇAS CRÔNICAS:** > CÂNCER ( ) > DIABETES ( ) > BRÔNQUITE OU ASMA ( ) > HIPERTENSÃO ( ) > DOENÇA DO CORAÇÃO ( )  
> INSUF. RENAL ( ) > DEPRESSÃO ( ) OUTRO: \_\_\_\_\_

MISSÃO:

PRESTAR ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ESPECIALIZADA DE MÉDIA COMPLEXIDADE DA 9ª REGIÃO

VISÃO:

PRESTAR UMA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE PARA A POPULAÇÃO DA 7ª, 9ª E 10ª REGIÃO

VALORES:

- > ÉTICA.
- > HUMILDADE.
- > INTEGRIDADE.
- > CONFIANÇA.
- > RESPEITO E IGUALDADE DE TRATAMENTO ENTRE AS PESSOAS

- > COOPERAÇÃO E DISPONIBILIDADE ENTRE AS EQUIPES.
- > COMPROMISSO E MOTIVAÇÃO COM O TRABALHO.
- > ENCERCADE E VERDADE NAS RELAÇÕES ENTRE PESSOAS.

- > ATIVIDADE CENTRADA EM BASES CIENTÍFICAS
- > BUSCA PERMANENTE POR QUALIFICAÇÃO.
- > RESPONSABILIDADE HABITANTE
- > JUSTIÇA SOCIAL.

## RESUMO DE ALTA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Dalis Wilker Maia Lemos  
 ENFERMARIA: 21 LEITO: 01 PRONTUÁRIO:

### RESUMO CLÍNICO:

---



---



---

### EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

---



---



---

### PROCEDIMENTO REALIZADO:

---



---

ADMISSÃO: 15/08/2019 ALTA: 17/08/19 DIAS INTERN.: 1

### CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (  ), MELHORADO (  ), APEDIDO (  ), EVASÃO (  ), TRANSFERIDO (  ), ÓBITO (  )  
 INALTERADO (  ), ADMINISTRATIVO (  )

### ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL: fx clavarte

### OBSERVAÇÕES:

MÉDICO RESPONSÁVEL:



ATESTADO

Atesto

Darlin Wulke <sup>para os</sup> Mene <sup>devidos</sup> Luru

fins que

foi submetido

a Exame de coagulação e clorúrculo.  
Recebe

alta nesta data.

Russas, 12/2/20

Médico Responsável



