

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 8915751440
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CVD RENAVAM INTRC EXERCÍCIO
ZIBI 01 342994107 0000000000 2011

SERGIO MARIO GADELHA

***** MORADA NOVA CE

53415744353 OCP2795

*****/CE 9C2KD0550BR558292

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES 2011 2011

2P/OCV/149CC PARTIC VERMELHA

I	***** **	*/**/**	1	*****
P				
V	FAIXA I PVA	PARCELAMENTO/COTAS	2	*****
A	***	***** **	3	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO *****

AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HON

JOÃO DE AGUIAR PUPO
MORADA INDEPENDENTE DI CE 19/08/2011

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO PÔR SUZ CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADORAS OU NAO SEGURO DPVAT

CE Nº 8915751440 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SERGIO MARIO GADELHA

***** MORADA NOVA CE

53415744353 OCP2795

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 8915751440 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2011 19/08/2011

SERGIO MARIO GADELHA

***** **

01 53415744353 OCP2795

342994107 HONDA/NXR150 BROS ES

2011 09 9C2KD0550BR558292

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

Seguradora SINDIVEL
LOTE/DOC 36186/09 DPVAT S/A
MOTOR: KD055B558292
CNPJ: 09.248.008/0001-04

OUT-2010

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 sequela

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

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

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, 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



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 Nº 445/2012

Nome completo: Dattis Wilken Maria Lemus CPF: 015.694.603-37
Profissão: Recusado Endereço: Rua: Zacaria Bandeira Número: 218 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Marade Nova Estado: Ceará CEP: 62.940.000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

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

AGÊNCIA: 0863 ☒ CONTA: 28.114 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 trânsito; QUE seguia como passageiro (guarupeiro) na MOTO PLACA OCP-2795, RENAVAL 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 JOSÉ 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 Nº 445/2012

Nome completo: Dattis Wilken Maria Lemus CPF: 015.694.603-37
Profissão: Recusado Endereço: Rua: Zacaria Bandeira Número: 218 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Marade Nova Estado: Ceará CEP: 62.940.000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

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

AGÊNCIA: 0863 ☒ CONTA: 28.114 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE MORADA NOVA

Rua Francisco Monteiro Maia, 99 - Centro - Morada Nova - CE
CEP: 62.940-000 - CNPJ: 07.876.836/0001-50

CONTA D'ÁGUA

PLANTÃO 9910-1711

INSCRIÇÃO 0000995.7

CLS	CAT	TAR	ECO	INCLUSÃO EM	NF/CONTA
FAR	100	R-1	001	01/03/98	190133228

ETA Folha 2646-5829

EMISSION 07/08/2019 MES/FAT. AGO/2019

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR:

JOAO BRITO LEMOS
RUA ZACARIA BANDEIRA, 218
CENTRO
MORADA NOVA

Cep: 62.940-CCO
CEARA

LOCALIZAÇÃO
00.00.01.0000016540

ENDERECO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA		SERVIÇOS E TARIFAS				
HIDRÔMETRO 5706 HIGROM	DATA INSTALAÇÃO **/**/----	CÓD.	DESCRIÇÃO	CT	PREST.	VALOR
LEITURA ANTERIOR *****	DATA LEITURA **/**/----	001	ÁGUA			32,30
LEITURA ATUAL *****	DATA LEITURA **/**/----					
CONSUMO 00010	DIAS DE CONSUMO ***					
OCCORRÊNCIA 000	LEITURISTA 000					

ULTIMOS CONSUMOS					
MES FAT.	CONS.	OCORR.	MES FAT.	CONS.	OCORR.
JUL/19	00010	002	JUN/19	00010	002
MAY/19	00010	002	ABR/19	00010	002
MAR/19	00010	002	FEV/19	00010	002
MÉDIA: 00010					

PARAMETROS DA AGUA DISTRIBUIDA

Portaria 518 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos

Reservatório:	MNO-ETA 2					Data:	01/08/19
Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Fósforo	Col. Total	
Padrão	até 15UH	6,0 a 9,5	até 5,0	até 5UT	até 1,5 mg/l		Aumentar
Obtidos	6	7,78	1	0,06	0,3		

M E N S A G E N S

QUIMIMAG 6 CRIME, agride a saúde e o meio ambiente. Denuncie! (88) 33910.1711

VISITE E ENITA SUA 2ª VIA NO SITE

www.saojoradacovace.com.br

LEITURA NAO REALIZADA

(IMOVEI SEM HINDROM.)

CONTA FATURADA PELA MÉDIA

MULTA	ENCARGOS (DIÁRIOS)	MES(ES) EM DÉBITO
2% 0,65	** 0,01	EXISTE (X) 003 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 99,70

VENCIMENTO

14/09/2019

VALOR R\$	32.30
-----------	-------

**SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE MORADA NOVA**

Rua Francisco Monteiro Maia, 99 - Centro - Morada Nova - CE
CEP: 62.940-000 - CNPJ: 07.678.836/0001-50

INSCRIÇÃO:
0000995-7

NOME:
O BRITO LEMOS

MERSFAT-

AGO/2019

END:
RUA ZACARIA BANDEIRA, 216 CENTRO
RORADA NOVA - CEARA

LOCALIZAÇÃO
CG.UG.DI.0000316543

VENCIMENTO:

14/09/2019

VALOR R\$ 32,30

0000995.08.19.190133228
82620000000.6 32300262000.9 09950819190.7 13322800002.1

SAAE

NÃO RASURE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



10035617

101 criado pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

CETEL

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Vitorino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0008-70 | CGF 06.105.848/3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 007121031

Rota 14N017U13

Referência 08/2019

Nome ZILDENIA FERNANDO LIMA

Endereço RU WALTER CARNEIRO GIRAÓ, 00493 - 00493 AP 493, 02

Classificação DE AGOSTO, 62940-000, MORADA NOVA

Modalidade Tarifária Resid. Baixa Renda BPC

Ligação Monofásico

Emissão 26/08/2019

Medidor 6214613-ELE-626

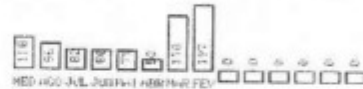
ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

BRASILEIRÃO 478093048408088

DATAS DE LEITURA

Anterior 26/07/2019 Atual 26/08/2019 Próxima prevista 25/09/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	1.148	1.052	1,00	96	30	96	0,28427	27,29

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

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 SUBVENÇÃO	-	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

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

021.882.133-60

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

37,47 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 inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio dos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Podera ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000010035617.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO VALOR(R\$)

07/2019 58,48

Total: R\$ 58,48

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

Nº do Cliente: 10035617 Referência: 08/2019 V:[1.0.0.4]
Data de Emissão: 26/08/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 007121031 Nº de Controle: 30001481216

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paula Daniele de Freitas Santos inscrito (a) no CPF 024.525.343 / 23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dallis Wilken uniao temo inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.694.603 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Dallis Wilken uniao temo, 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: Vallen caruemo Genao</u>		Número <u>491</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>dias de agosto</u>	Cidade <u>Morede novo</u>	Estado <u>ceara</u>	CEP <u>62.940.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>11</u>	<u>11</u>

Morede novo 13 de fevereiro 2020
Local e Data

Paula Daniele de Freitas Santos
Assinatura do Declarante

07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

FUNDACÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE M NOVA

AV. MANOEL CASTRO 23
FEN. 100 CEP 62.940-000

SANTA CASA DE MORADA ANNOVA

ERGÊNCIA

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MORABANOVA CE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: ZACARIAS BANDEIRA

DIA: 14108113

HORA: 20:20 14

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

TRAUMA DE CLAVICULA ESQUERDA
ESCORIAÇÕES LEVES, TRAUMA NO
QUADRIL E ESQUERDA.

OS SECUNDARISTAS DO SAO ALFONSO -
RAO QUE FOI COLISAO DE VEICULOS
(AUTOMOBEL e1 moto)

PLANTONISTA: DR. FABIO VIEIRA TÊC. ENF:


Fº Clezio de Sousa
Goren 265708



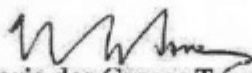
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



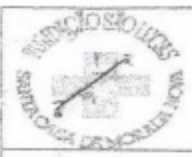
CERTIDÃO NARRATIVA

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

GUIA DE REFERENCIA/
16370006824

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____ MUNICIPIO: Morada Nova

NOME: Leidy de Jesus Maria Lima

SEXO: M (x) F () DATA DO NASCIMENTO: 29/04/84 OCUPAÇÃO: _____

ENDEREÇO: Zecarias Bandeira Nº 218 BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

RESULTADO DE EXAMES: Aduto com dor de Uterus - 1º grau (1 trimestre no período do 1º trimestre) e 1º grau de movimento uterino

CONDUTA REALIZADA: Autônomo

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Normal Uterus + Normal + Normal + Normal + Normal

Dr. Fábio Carlos Neto
CRM-CE 4078

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO: médico DATA: 14/05/19 HORA: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICIPIO: _____ PRONTUÁRIO: _____ ALTA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Poltrona

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Final do curso

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: TST Comensal CID: _____

SECUNDÁRIO 1: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: Retorno 15 dias

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

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

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO: _____ DATA: _____ HORA: _____

CLAUDETO EUFRÁSIO
CRM-CE 4078



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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Declaração

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

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

MORADA NOVA, 04 / 09 / 19

15/08/2019

... Guia de Atendimento 03 ...



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



19

SUS - SUS

Profissional: VICTOR
Setor: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Consultor: URGÊNCIA
Turno: DIURNO

15/08/2019 09:16:47

Paciente: 00120828 - DALIS WILKER MAIA LEMOS
Endereço: RUA - ZACARIAS BANDEIRA - 218 - ZONA RURAL - MORADA NOVA - CE
Fone: (85) 960650828
Naturalidade: MORADA NOVA - CE
Nº de Carteira: Validade:
Mãe: ELENI MAIA LEMOS
Sexo: M DN: 29/04/1984 - 35 A 3 M 16 D Est. Civil: Solteiro(a)
CNS: 704801065704941 CPF: 040910000 - PROX A LOJA
Ocup: AUXILIAR DE SERVICOS GE
Raca/Cor: PARDAPCE
Autorização: Pai: JOAO DE BRITO LEMOS
SisPreNatal:

Anotações de Outros Profissionais

Peso: _____ KG. Temp.: _____ °C. P. A. _____ mmHg D. X. _____
Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL

Anotações Médicas

Condição:

Diagnóstico:

Refrat 100 m coral
Apur 21/08/2019

Assinatura e Carimbo

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Maria Albertina de Sousa
Secretaria de Administração

Atendimento: 1900304313

Registrado por: maria.aubetiza

Recebido
02
23/08/2019

15/08/2019

... Guia de Internação U1 ...

CX 114 / 2019



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1900304318

1900304318 15/08/2019 10:34:09 - GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-01.020.002

Paciente Nascimento CNS CPF
00120828 - DALIS WILKER MAIA LEMOS 29/04/1984 Id: 35 A 3 M 16 D 704801065704941

Documento Sexo Estado Civil Raça/Cor Escolaridade Ocupação
Identidade - 35222882000 - SSP/CE - 22/11/2000 M Solteiro(a) Parda - AUXILIAR DE SERVIÇOS

Endereço CEP Complemento
RUA - ZACARIAS BANDEIRA - 218 - ZONA RURAL - MORADA NOVA - CE 62.940-000 PROX A LOJA LUCIA CA

Naturalidade Contatos
MORADA NOVA - CE (88) 99695-9628

Mãe Pai SisPreNatal
ELENI MAIA LEMOS JOAO DE BRITO LEMOS

Piano - Convênio Carteira Validade Autorização
SUS - SUS Procedencia Especialidade Profissional Solicitante
Caráter de Atendimento Urgência TRAUMA/ORTOPEDIA 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 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Dr. David

Médico Responsável

Paciente ou Responsável

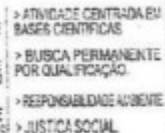
Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubeti

...: Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...:

1 Pf. Markula

<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde </div>		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS		2 - CNES 232800-3	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS		4 - CNES 232800-3	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE DALIS WILKER MAIA LEMOS		6 - Nº. DO PRONTUÁRIO 00120828	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704801065704941	8 - DATA DE NASCIMENTO 29/04/1984	9 - SEXO 1 - Masculino	10 - RAÇA / COR Parda
11 - NOME DA MÃE ELENI MAIA LEMOS		12 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99695-9628	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL DALIS WILKER MAIA LEMOS		14 - TELEFONE DE CONTATO (88) 99695-9628	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA: ZACARIAS BANDEIRA - 218 - PROX A LOJA LUCIA CA - ZONA RURAL		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 230870	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MORADA NOVA		18 - UF CE	19 - CEP 62.940-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>h d deambul</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Munido d apr</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anex e Raci</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>h d deambul</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>J68</i>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>700 apr</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0508010019</i>	
29 - CLÍNICA TRAUMATOLOGICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	31 - DOCUMENTO C. N. S.	32 - Nº. DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 980016281237825
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE VICTOR PONTES PARAHYBA		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/08/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - Nº. DO BILHETE 41 - SÉRIE	
42 - CNPJ DA EMPRESA 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
51 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 52 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 54 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	



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 A EQUIPE.
- > COMPROMISSO E MOTIVAÇÃO COM O TRABALHO.
- > SINCERIDADE E VERDADE NAS RELAÇÕES INTERPESSOAS.
- > ATIVIDADE CENTRADA EM BASES CIENTÍFICAS.
- > BUSCA PERMANENTE POR QUALIFICAÇÃO.
- > RESPONSABILIDADE AMBIENTE.
- > JUSTIÇA SOCIAL.

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Dalvin Wilker Maria Lemos

ENFERMARIA: 21 LEITO: 01 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO: _____

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

TERAPÊUTICA UTILIZADA: _____

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

CONDIÇÕES DE ALTA:

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

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: Fx Alvaria

OBSERVAÇÕES: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____



ATESTADO

Atesto

para

os

devidos

fins

que

Dalva Wulka Nova Luna

foi submetido

a

trabalho com o objetivo de obter a

Recebe

alta nesta data.

Russas, 12/2/20

Médico Responsável

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DALLIS WILKER MAYA LEMOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
35222692000 SSP CE

CIV
015.694.603-37

DATA NASCIMENTO
29/04/1984

RELIGIÃO
JORDO DE ERITO LEMOS
ELENI MAYA LEMOS

PROFISSÃO
ACC CALHAR
JLS

Nº REGISTRO
04021061800

VIGÊNCIA
14/11/2018

1ª EMISSÃO
06/01/2007

OBSERVAÇÃO:
SEM OBSERVAÇÃO;

Dallis Wilker Maya Lemos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
22/11/2013

for Val - RJA
ASSINATURA DO EMISSOR

48446027406
CEL138756660

DETALHES (CARTÃO)

CARTÃO: CHA AS FILHO
2º OFÍCIO
com o original, Dou fe
da - (CE), 06/11/2016
da Verdade

GT 876841

Maria Gilvaz de Sousa
Escrevente Atorizada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PAULA DANIELE FREITAS DOS SANTOS

POLEGAR DIREITO

POLEGAR ESQUERDO

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2004032120471

PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS

FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS E
MARIA DEUVANIRA MONTEIRO DE FREITAS
DOS SANTOS

NATURALIDADE
MORADA NOVA-CE

CERT.NASC. 7264 L A10 F

35V IBICUITINGA/CE

DATA DE NASCIMENTO
1/7/1987

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 16/06/05

POSTALEZA-OS

CÓDIGO DE CONTROLE
1A5E.A074.43EF.30BD

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
às 15:44:23 do dia 06/05/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.525.343-23

Nome
PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS

Nascimento
01/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO