

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE(S):**NOME: Maria Santos do ValeBrasileiro(a), Estado Civil: CasadaProfissão: Aposentada, Portador(a) da identidade nº 2001002221275SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 410.983.663-87Telefone: (85)9957-6507 residente e domiciliado(a) a RuaTR nobre planalto n.º 52Bairro: Centro, Cidade: Capistrano CEP: 62.748-000Email: nao possui**OUTORGADOS: SOCIEDADE DE ADVOGADOS ROSSI E ROSSI ADVOCACIA,**

pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ nº 28.563.742/0001-44 com inscrição da OAB/SC nº 3783, localizada na Rua João Jose da Silva nº 70, Bairro Aririu, Palhoça, SC, CEP 88.135.040, neste ato representada por seus advogados, **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob nº 29.065 e OAB/SC sob nº 39.931, **DR.a JANAINA ROBERTO NUNES**, Advogada, inscrita junto a OAB/CE sob o nº 11.606.

**PODERES:**

O OUTORGANTE nos termos do art. 105 do CPC, nomeia e constitui os OUTORGADOS seus bastante Procuradores, para, em conjunto ou separadamente, REPRESENTA-LO(A) em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com os poderes da cláusula "ad judicium" et "extra" e os especiais de transigir, desistir, acordar, dar e receber quitação, receber intimações, coletar e sacar alvará e destacar os honorários contratuais e sucumbenciais, requerer o benefício da assistência judiciária gratuita nos termos do CPC e CRFB/88 e praticar todos os atos indispensáveis ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas. Podendo receber alvarás, sacar valores, receber e assinar acordos e contratos e todo e qualquer ato indispensável ao cumprimento do respectivo mandato, inclusive **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, contra Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT.**

Baturité, 03/12/2019.


ASSNATURA



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: Maria Santos do Vale  
 Brasileiro(a), Estado Civil: Casado  
 Profissão: Aposentado, Portador(a) da identidade nº 2001002221275  
 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 410.983.663-87  
 Telefone: (85) 9957-6507 residente e domiciliado(a) a Rua TR novo planalto n.º 52  
 Bairro: Centro, Cidade: Capistrano CEP: 62.748-000  
 Email: não possui

**DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98, §1º do Código de Processo Civil de 2015, de forma que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Baturité, 03/12/2019.

  
**ASSNATURA**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2001002221275 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/7/2001

NOME MARIA SANTOS DO VALE

FILIAÇÃO FRANCISCO MIGUEL DOS SANTOS E MARIA FREIRE SANTOS

NATURALIDADE CARISTRAND-CE DATA DE NASCIMENTO 18/2/1948

DOC ORIGEM CERT.CASAM. 4413 L B 09 F

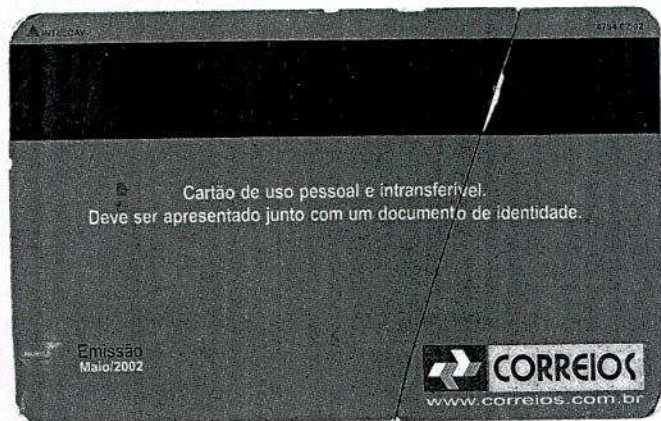
05 PARANGABA FORT CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

FOLHA DIREITA

Maria Santos do Vale

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição  
**410.983.663-87**

Nome  
**MARIA SANTOS DO VALE**

Nascimento  
**18/02/1948**





## DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA SANTOS DO VALE  
 End. Leitura: VL STO FRANCISCO, 1102, CENTRO  
 Cidade: CAPISTRANO CEP: 62.748-000  
 End. Entrega:  
 Cidade: CEP:  
 Local: 039 Setor: 002 Quadra: 164 Lote: 0395 Comp: 0000  
 Subsetor: Subquadra:

UN-BBA - CAPISTRANO

## ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volume (m³) | Média Semestral (m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|-------------|----------------------|
| AGUA    | A10F496478 | 1                | 1             | 0           | 0                    |

## DATAS

Leitura Atual: 06/08/2019 Emissão: 08/08/2019 Lacre Água: A10F496478  
 Leitura Anterior: 05/07/2019 Próxima Leitura: 5/9/2019 Lacre Esgoto:

## QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2019

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas        | 10    | 10       | 10  | 10                | 10               |
| Analisadas      | 12    | 12       | 12  | 12                | 12               |
| Em conformidade | 12    | 12       | 10  | 11                | 12               |

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITADAS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2018, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO E DE ANOS ANTERIORES. CONSTATAMOS DÉBITO DE R\$ 17,86. CASO PAGO, DESCONSIDERAR.

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                 | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |           |             |
|----------------------------------------|-------------|---------------------|-----------|-------------|
|                                        |             | Mês/Ano             | Água (m³) | Esgoto (m³) |
| AGUA                                   | 28,30       |                     | 0000      | 0           |
| DIF. AGUA LIMINAR 07/19                | 2,80        |                     | 0000      | 0           |
| JUROS DE 0,033% AO DIA                 | 0,24        |                     | 0000      | 0           |
| LIG. AGUA C/INST. HID. P/SUPRIM [3/10] | 5,60        |                     | 0000      | 0           |
| MULTA DE 2%                            | 0,76        |                     | 0000      | 0           |
|                                        |             |                     | 0000      | 0           |
|                                        |             |                     | 0000      | 0           |
|                                        |             |                     | 0000      | 0           |
|                                        |             |                     | 0000      | 0           |
|                                        |             |                     | 0000      | 0           |
|                                        |             | 06/2019             | 0         | 0           |
|                                        |             | 07/2019             | 0         | 0           |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|
| PIS       | 0,36        |
| COFINS    | 1,80        |

## SUBSÍDIO

| Descrição        | Valor (R\$) |
|------------------|-------------|
| Valor do Serviço | 50,50       |
| Subsídio(-)      | 12,80       |
| Total de Serviço | 37,70       |

MÊS/ANO  
08/2019VENCIMENTO  
03/09/2019TOTAL A PAGAR (R\$)  
37,70

## ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



## Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 31972349

Mês/Ano: 08/2019

Cidade: CAPISTRANO

Vencimento: 03/09/2019

Total (R\$)

37,70

82660000000-2 37700009200-9 03197234901-8 02000322015-7



IMP\_FAT\_CLIENTE\_201908\_103.FIC\_CAPISTRANO

## DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU: Maria Sentes Do Vale

Brasileiro(a), Estado Civil: Casado

Profissão: Aposentada, Portador(a) da identidade nº 2001002221275

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 410.983.663-87

Telefone: (85) 9957-6504 residente e domiciliado(a) a Rua TR novo planalto n.º 52

Bairro: Centro, Cidade: Capistrano CEP: 62748-000

Email: não possui

### DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE RESIDO NA RUA

TR novo planalto n.º 52

Bairro: Centro, Cidade: Capistrano CEP: 62748-000

Por ser verdade, firmo a presente.

Baturité, 03 / 12 / 2019.

Maria Sentes Do Vale  
 ASSNATURA



## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

 EU: Maria Santos do Vale

 Brasileiro(a), Estado Civil: Casada

 Profissão: Aposentada, Portador(a) da identidade nº 2001002221275

 SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 410.983-663-87

 Telefone: (85) 9957-6507 residente e domiciliado(a) a Rua

TR no luo planalto n.º 52

 Bairro: Centro, Cidade: Capistrano CEP: 62.748.000

 Email: não possui

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE tenho total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em meu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza ou Baturité, resultando, ainda que até a presente data não propus ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos apresentados.

Outrossim, declaro ainda, estar ciente de minha responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos narrados, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial, de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a litude dos fatos juridicamente relevantes, exonerando os advogados **DR. REGINALDO PEREIRA ROSSI**, brasileiro, casado, advogado inscrito junto à OAB/CE sob n.º 29.065 e OAB/SC sob n.º 39.931 e **DRª. JANAINA ROBERTO NUNES**, brasileira, casada, advogada, inscrita junto a OAB/CE sob nº 11.606, de qualquer responsabilidade civil e/ou Criminal.

Maria Santos do Vale Baturité, 05/12/2019.  
**DECLARANTE**

**TESTEMUNHAS:**
**NOME: ELTON JHONES ALVES DA SILVA**
**CPF: 063.185.183.63**
**ASSINATURA:**
**NOME: ALESSANDRA LOPES DA SILVA**
**CPF: 062.540.643-59**
**ASSINATURA:**



## DECLARAÇÃO DO IRRF

Com a edição da **INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB N.º 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008**, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO**, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) **DECLARA**, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRRF À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL**.

Declaro ainda, ter ciência do que dispõe o art. 299 do Código Penal Brasileiro:

**“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:**

**Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.”**

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Baturité 03/12 2019.

*Maria Sampaio do Vale*  
**DECLARANTE**

### LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

**JOÃO FIGUEIREDO**

*Ibrahim Arbi-Ackel*



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

EU: Maria Santos do Vale

Brasileiro(a), Estado Civil: Casada

Profissão: Aposentada, Portador(a) da identidade nº 2001002221275

SSP/CE, e inscrito(a) no CPF sob nº 410.983.663-87

Telefone: (85) 9957-6507 residente e domiciliado(a) a Rua TR novo planalto n.º 52

Bairro: Centro, Cidade: Capistrano CEP: 62748-000

Email: não possui

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que estou impossibilitado de aprestar o laudo pericial do Instituto Médico Legal – IML, para os requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei n.º 6.194/1974) e do processo judicial, uma vez que:

☒ não há estabelecimento do IML no Município de minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 dias do respectivo pedido, não havendo tempo hábil pra tal;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, seja administrativo ou judicial, para cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei n.º 6.194/1974.

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

Maria Santos do Vale Baturité, 03/12/2019.  
DECLARANTE



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 886 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRABALHO**Data / Hora da Comunicação: **07/07/2017 12:41:03**Data / Hora da Ocorrência: **18/04/2017 08:00:00**Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE 060, NO TRIANGULO DE**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **ARACOIABA/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

**INVESTPREV**Nome: **MARIA SANTOS DO VALE**Nascimento: **18/02/1948** CPF: **410.983.663-87**RG: **2001002221275**Orgão Emissor: **SSPDS**04 AGO 2017 UF: **CE**Filiação: **MARIA FREIRE DOS SANTOS****FRANCISCO MIGUEL DOS SANTOS**Endereço: **TRAVESSA NOVO PLANALTO, 52**Bairro: **CENTRO**Município: **CAPISTRANO/CE**País: **BRASIL**

CEP:

**ENTRADA**Telefone: **(85) 99197-6963****Histórico**

Depois de advertido que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversas de que devia ser escrita com o fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante, constitui crime! Narra o noticiante que na data e local acima citado, foi vítima de acidente de trânsito quando estava na atravessando a CE 060, especificamente no triângulo que liga as cidades de Aracoiaba a Baturité e a Capistrano, quando foi atropelada por um veículo do qual não anotou a placa; QUE só conseguiu visualizar que o veículo era de cor VERMELHA e o modelo era GOL; QUE o motorista do veículo atropelador não lhe prestou socorro, sendo socorrida pelas testemunhas abaixo qualificadas; Informa que em decorrência do acidente quebrou o punho esquerdo, teve forte machucado no joelho e sentiu muitas dores pelo corpo. Narra ainda que foi socorrida para o Hospital de Aracoiaba/CE, onde recebeu primeiro atendimento; QUE no dia 24/04/2017 foi internada no mesmo hospital onde foi submetida a cirurgia; declarante tem como testemunhas do ocorrido as seguintes pessoas:

TESTEMUNHA 01: FRANCISCO BRENO BEZERRA DA SILVA, RG: 20083232855 E CPF: 077..166.313-73.

*Francisco Breno Bezerra da Silva*

TESTEMUNHA 02: SIMONE MARIA DA CONCEIÇÃO ARAUJO, RG: 2009010045559 E CPF: 051.782.963-03

*Simone Maria da Conceição Araújo*

ambas advertidas das penalidades dos artigos 340 e 342 do Código Penal Brasileiro.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 413 - 886 / 2017**

Todas as informações aqui prestadas são de inteira responsabilidade do declarante e de suas testemunhas.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**
**WEVERTON ARAUJO DA MOTA - MAT.: 30094417****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**
**VISTO DO DELEGADO(A) :**
**ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411****INVESTPREV**

04 AGO 2017

**ENTRADA**



Compartilhamento de dados

\*0008\*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**

**FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA**

Nome: M. Santos do Vale Data: 18/04/17

Endereço: Capistrano Estado Civil: C Idade: 69 Sexo: F

**HISTÓRIA CLÍNICA**

vitima de atropelamento, apresentando  
ferimentos e um corte no pulso  
esquerdo e edema global nos  
dois membros inferiores

**DESTINO**

( ) Residência ( ) Recusou Internamento  
( ) Ficou em Observação ( ) Referência  
( ) Internação ( ) Óbito  
( ) Transferência

Assinatura do Cliente / Responsável: Elvário Santos do Vale

Assinatura do Médico: [Assinatura] CRM: 557243

Observações: Cal. Suco de laranja e  
doce  
Retorno após 7 dias

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:24

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:24

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:24

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:24

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:24

ENTRADA  
1º AOD 2017  
INVESTIPREN  
SEGURADORA S/A



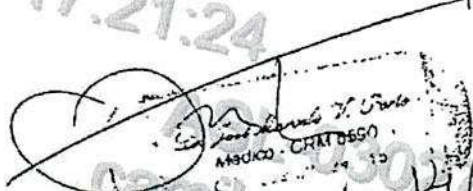


SECRETARIA DE SAÚDE - PSF  
RECEITUÁRIO

Atendo que a Segn  
Manoel Santos do Vale  
apresenta fratura no  
esquerdo (pulso) em  
atqueleto no dia  
18/04/2017.

fez exame de ultra-  
som e definitivamente com  
lesão residual no pulso  
esquerdo e dificuldades  
funcionais parciais no  
pulso e fadiga esquerda

14/08/17

  
Dr. José Carlos M. Costa  
Médico - ORTODONTO

Aracuaia, 14/08/17





**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

**INVESTPREV****ENTRADA**

Pelo exposto, eu Arison Feitoza Chaves, portador(a) do

RG nº 1704830, expedido por SSP, em

23/03/2017 CPF/CNPJ nº 798.567.643-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maria dos Santos do Vale do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Maria dos Santos do Vale, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

ARISON FEITOZA CHAVES  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





UMA CIDADE DE TODOS  
**ARACUJÁ**  
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE - PSF  
**RECEITUÁRIO**

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:40

Atestado que a Sr(a) Thany  
Santos de Uale sofreu  
fratura do pulso (R)  
em acidente de trânsito  
(atropelamento),  
foi recebi alta ambulatorial  
seguir com dor residual  
e limitação dos movimentos  
do pulso (R)

**INVESTPREV**

04 AGO 2017

**ENTRADA**

*[Signature]*

12/06/17

Dr. Thany  
Médico ORL  
CPF 389.587.243-13

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:40

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:40



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA**

**Nome** Ma. Santos do Vale **Data** 24/04/17 **Trauma**  
**Endereço** Expistramo **Estado Civil**  **Idade** 69 **Sexo** F

**HISTÓRIA CLÍNICA**

Apresenta-se com trauma no torso inferior direito com fratura de costela 12

**DESTINO**

☐ Residência ☐ Recusou Internamento  
☐ Ficou em Observação ☐ Referência  
☒ Internação Plástica ☐ Óbito  
☐ Transferência

**Assinatura do Cliente / Responsável**  **Assinatura do Médico - CRM** Dr. José Manoel V. Pontes  
CRM 6590

**ENTRADA** **INVESTPREV** **04 AGO 2017**





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA

|          |                               |              |   |       |          |
|----------|-------------------------------|--------------|---|-------|----------|
| Nome     | M <sup>a</sup> Santos do Vale |              |   | Data  | 18/04/17 |
| Endereço | Capistrano                    | Estado Civil | C | Idade | 62       |
|          |                               |              |   | Sexo  | F        |

HISTÓRIA CLÍNICA

|                         |  |
|-------------------------|--|
| [Handwritten signature] |  |
|                         |  |
|                         |  |
|                         |  |

DESTINO

|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Residência<br><input type="checkbox"/> Ficou em Observação<br><input type="checkbox"/> Internação<br><input type="checkbox"/> Transferência | <input type="checkbox"/> Recusou Internamento<br><input type="checkbox"/> Referência<br><input type="checkbox"/> Óbito | Observações: |
|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |              |
|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |              |
|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |              |

Assinatura do Cliente / Responsável

Assinatura do Médico - CRM

Macedo  
Ortopedista  
CREMEB 1120779/17

ENTRADA

INVESTPREV

04 AGO 2017



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Sistema Único de Saúde</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                                                           |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b><br>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____<br>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | CNES - 4010779<br>HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL<br>Rua Gamito Vargas, 139<br>Centro - CEP 62.750-000<br>ARACOIABA - CEARÁ |  |
| <b>Identificação do Paciente</b><br>5 - NOME DO PACIENTE: <u>Maria Santos do Vale</u><br>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>819810104210151416121915</u><br>8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>18/02/1948</u><br>9 - SEXO: Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3<br>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u>Wiliane Santos</u><br>11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____<br>12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO): _____<br>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>Capistrano</u><br>14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: <u>290-9</u><br>15 - UF: <u>CE</u><br>16 - CEP: <u>61621480</u> |  | 2 - CNES: _____<br>4 - CNES: _____<br>6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>052-789</u>                                                      |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b><br>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Deficiência e incapacidade funcional (R)</u><br><u>no</u><br>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>necessidade de cirurgia sob anestesia</u><br>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Anamnese + exame físico + Rx</u><br>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fractura do osso (R)</u><br>21 - CID 10 PRINCIPAL: _____<br>22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____<br>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____                                                                |  |                                                                                                                                 |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____<br>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>0141018012014017</u><br>26 - CLÍNICA: <u>C.T.</u><br>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <u>02</u><br>28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF<br>29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____<br>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____<br>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>24/04/17</u><br>32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>[Assinatura]</u>                                                                                 |  |                                                                                                                                 |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b><br>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO<br>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO<br>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO<br>36 - CNPJ DA SEGURADORA: _____<br>37 - Nº DO BILHETE: _____<br>38 - SÉRIE: _____<br>39 - CNPJ EMPRESA: _____<br>40 - CNAE DA EMPRESA: _____<br>41 - CBOR: _____<br>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) NÃO SEGURADO                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                 |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b><br>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____<br>44 - Cód. Órgão: _____<br>45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF<br>46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____<br>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>1/1</u><br>48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>[Assinatura]</u><br>49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: <u>2317100182023</u>                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                 |  |

INVESTPREV  
04 AGO 2017  
**ENTRADA**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por REGINALDO PEREIRA ROSSI e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 11/05/2020 às 11:49, sob o número 02270974820208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0227097-48.2020.8.06.0001 e código 6741AB2



SNS - 898.0042.0546.6295

1000



UMA CIDADE DE TODOS  
**ARACUÍABA**  
PREFEITURA MUNICIPAL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**

## FOLHA SUMÁRIO DE URINA

| FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              |  |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|--|-------|--|
| SOME 09.20                                                                                                                                                                                                                 |  | CLÍNICA e.T                                                                                                                                                                                                                                                     |  | BLOCO/LEITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         | BLOCO/LEITO 505                                              |  |       |  |
| NOME Maria Santos do Vale                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | REGISTRO 052.789                                             |  |       |  |
| NATURALIDADE Capistrano-le                                                                                                                                                                                                 |  | SEXO F                                                                                                                                                                                                                                                          |  | NASCIMENTO 10/02/48                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         | IDADE 69                                                     |  | COR P |  |
| ESTADO CIVIL Viva                                                                                                                                                                                                          |  | PROFISSÃO Aposentada                                                                                                                                                                                                                                            |  | GRAU DE INSTRUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         | PROCEDENCIA Capistrano                                       |  | FONE  |  |
| RESIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | BAIRRO Centro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         | FONE 99200285                                                |  |       |  |
| FILIAÇÃO Francisco Miguel dos Santos                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              |  |       |  |
| NOME DO CONJUGE Maria Freire Santos                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              |  |       |  |
| PESSOA A NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA Leiliane Santos                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | PARENTESCO Filha                                             |  |       |  |
| RESIDÊNCIA Mesma                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | BAIRRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | FONE                                                         |  |       |  |
| RESPONSÁVEL                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | PARENTESCO                                                   |  |       |  |
| RESIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | BAIRRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | FONE                                                         |  |       |  |
| DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO RG-2004.002221.275                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              |  |       |  |
| DATA DA INTERNAÇÃO 24/04/2017                                                                                                                                                                                              |  | DATA DA SAÍDA 11/05/17                                                                                                                                                                                                                                          |  | DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | DESTINO DADO AO PACIENTE                                     |  |       |  |
| RESIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                 |  | TIPO                                                                                                                                                                                                                                                            |  | ÓBITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                                                              |  |       |  |
| <input type="checkbox"/> 1 - CURADO<br><input type="checkbox"/> 2 - MELHORADO<br><input type="checkbox"/> 3 - INALTERADO<br><input type="checkbox"/> 4 - PEDIDO<br><input type="checkbox"/> 5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO |  | <input type="checkbox"/> 9 - ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO HOSPITALAR)<br><input type="checkbox"/> 7 - POR INDISCIPLINA<br><input type="checkbox"/> 8 - POR EVASÃO<br><input type="checkbox"/> 9 - PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL |  | <input type="checkbox"/> 0 - INEXISTÊNCIA DE DADOS<br><input type="checkbox"/> 1 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO<br><input type="checkbox"/> 2 - ÓBITO PÓS OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs<br><input type="checkbox"/> 3 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs<br><input type="checkbox"/> 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 1ª SEMANA APÓS O OPERATÓRIO<br><input type="checkbox"/> 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO<br><input type="checkbox"/> 6 - ÓBITO POR ANESTESIA |                         |                                                              |  |       |  |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | CÓDIGO                                                       |  |       |  |
| DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | CÓDIGO                                                       |  |       |  |
| OPERAÇÃO                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | CÓDIGO                                                       |  |       |  |
| ÓBITO                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> ANTES DE 24hs<br><input type="checkbox"/> DEPOIS DE 24hs                                                                                                                                                                               |  | AUTÓPSIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |       |  |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              |  |       |  |
| <p>Procedimento realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) sem nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio</p> <p>Placido Diretor do Hospital</p>                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                              |  |       |  |
| SOME - FUNCIONÁRIO                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MÉDICO ASSISTENTE - CRM |                                                              |  |       |  |

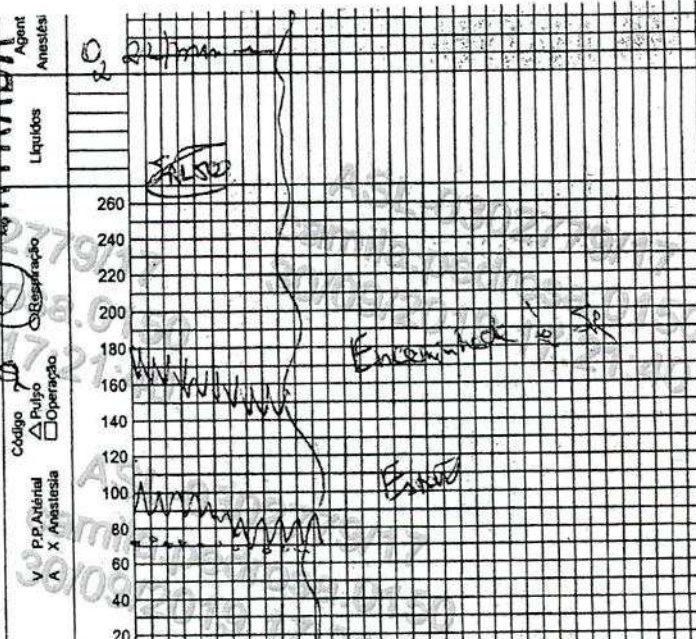


- OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS**
- Perante em DHD
  - Anestesia regional
  - Cefepim e anti-sepsia
  - Campos cirúrgicos
  - Redução incremental just. 100%
  - fixação pel. com hipador ext.
  - No controle
  - Sutura
  - Curativo

**INVESTPREV**

AGO 2017

**ENTRADA**



Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

1) Venoclise 2) Monitorização 3) Aspire da região cervical e clavicelar / Realização de bloqueios de plexo braquial pelos vios interescalares e axila com bupivacaína 0,5% com vaso 20ml + Lidocaine 2% 20ml / Bloqueio OK 4) Ceftazolin 2g 5) Diprino 2g 6) Midazolam 2mg + Fentanil 20ug 7) Plavix 150mg 8) Dexametazona 10mg  
Data 08/08/17

Dr. Valdson Cesar de Freitas  
Anestesiologista  
CRM/CE: 15.378

DATA

Cirurgião - Ass. e Carimbo  
30/09/2019 17:21:40

1º Auxiliar - Ass. e Carimbo  
30/09/2019 17:21:40

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo



Data: 13.05



**ARACUJÁ**  
PREFEITURA MUNICIPAL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACUJÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA**  
(Preencher todos os campos após a cirurgia, verso e anverso)

**ENTRADA**

**Nome do Paciente:** 1022 antes do corte

**Diagnóstico:** Frestura de punho esquerdo

**Operação:** anestesiado

| MATERIAL DE SALA       |      |    |     |     | MEDICAMENTO DE SALA          |      |   |     |     |
|------------------------|------|----|-----|-----|------------------------------|------|---|-----|-----|
| 61                     | TIPO | Q  | V.U | V.T | 65                           | TIPO | Q | V.U | V.T |
| 1) Luva esteril 7.0    | par  | 13 |     |     | 1) Bupivacaína 0,5% com vaso |      |   |     |     |
| 2) Luva esteril 7.5    | "    | 13 |     |     | 2) Lidocaína 2% com          |      |   |     |     |
| 3) Luva esteril 8.0    | "    | 13 |     |     | 3) Lidocaína 2%              |      |   |     |     |
| 4) Luva esteril 8.5    | "    | 13 |     |     | 4) Lidocaína 2%              |      |   |     |     |
| 5) Luva esteril 9.0    | "    | 13 |     |     | 5) Lidocaína 2%              |      |   |     |     |
| 6) Luva esteril 9.5    | "    | 13 |     |     | 6) Lidocaína 2%              |      |   |     |     |
| 7) Luva esteril 10.0   | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 8) Luva esteril 10.5   | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 9) Luva esteril 11.0   | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 10) Luva esteril 11.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 11) Luva esteril 12.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 12) Luva esteril 12.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 13) Luva esteril 13.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 14) Luva esteril 13.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 15) Luva esteril 14.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 16) Luva esteril 14.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 17) Luva esteril 15.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 18) Luva esteril 15.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 19) Luva esteril 16.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 20) Luva esteril 16.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 21) Luva esteril 17.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 22) Luva esteril 17.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 23) Luva esteril 18.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 24) Luva esteril 18.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 25) Luva esteril 19.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 26) Luva esteril 19.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 27) Luva esteril 20.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 28) Luva esteril 20.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 29) Luva esteril 21.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 30) Luva esteril 21.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 31) Luva esteril 22.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 32) Luva esteril 22.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 33) Luva esteril 23.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 34) Luva esteril 23.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 35) Luva esteril 24.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 36) Luva esteril 24.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 37) Luva esteril 25.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 38) Luva esteril 25.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 39) Luva esteril 26.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 40) Luva esteril 26.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 41) Luva esteril 27.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 42) Luva esteril 27.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 43) Luva esteril 28.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 44) Luva esteril 28.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 45) Luva esteril 29.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 46) Luva esteril 29.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 47) Luva esteril 30.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 48) Luva esteril 30.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 49) Luva esteril 31.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 50) Luva esteril 31.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 51) Luva esteril 32.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 52) Luva esteril 32.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 53) Luva esteril 33.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 54) Luva esteril 33.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 55) Luva esteril 34.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 56) Luva esteril 34.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 57) Luva esteril 35.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 58) Luva esteril 35.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 59) Luva esteril 36.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 60) Luva esteril 36.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 61) Luva esteril 37.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 62) Luva esteril 37.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 63) Luva esteril 38.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 64) Luva esteril 38.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 65) Luva esteril 39.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 66) Luva esteril 39.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 67) Luva esteril 40.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 68) Luva esteril 40.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 69) Luva esteril 41.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 70) Luva esteril 41.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 71) Luva esteril 42.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 72) Luva esteril 42.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 73) Luva esteril 43.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 74) Luva esteril 43.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 75) Luva esteril 44.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 76) Luva esteril 44.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 77) Luva esteril 45.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 78) Luva esteril 45.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 79) Luva esteril 46.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 80) Luva esteril 46.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 81) Luva esteril 47.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 82) Luva esteril 47.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 83) Luva esteril 48.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 84) Luva esteril 48.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 85) Luva esteril 49.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 86) Luva esteril 49.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 87) Luva esteril 50.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 88) Luva esteril 50.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 89) Luva esteril 51.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 90) Luva esteril 51.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 91) Luva esteril 52.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 92) Luva esteril 52.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 93) Luva esteril 53.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 94) Luva esteril 53.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 95) Luva esteril 54.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 96) Luva esteril 54.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 97) Luva esteril 55.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 98) Luva esteril 55.5  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 99) Luva esteril 56.0  | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |
| 100) Luva esteril 56.5 | "    | 13 |     |     |                              |      |   |     |     |

**74** Oxigênio 2L/min

Início Horas:      Término Horas:      Total de Horas:

Assinatura da Enfermeira: \_\_\_\_\_

Assinatura Cirurgião: \_\_\_\_\_





SECRETARIA DE SAÚDE - PSF

RECEITUÁRIO

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:40

*mauf. Santos de Vile*

*S. de Vile*

*Aspt. M. de Vile*  
(2011)

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:40

*Reginaldo Pereira Rossi*  
*Reginaldo Pereira Rossi*

*Reginaldo Pereira Rossi*  
*Reginaldo Pereira Rossi*  
2000/17

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:40

ASL-0302779/17  
camila.pedrosa.0150  
30/09/2019 17:21:40



SINISTRO 3170433173 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MARIA SANTOS DO VALE  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV  
Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE  
**BENEFICIÁRIO** MARIA SANTOS DO VALE  
**CPF/CNPJ:** 41098366387

Posição em 23-01-2020 07:57:49

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 01/09/2017        | R\$ 5.568,75         | R\$ 0,00         | R\$ 5.568,75 |

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                                | Ver Carta |
|---------------|-------------------------------------------|-----------|
| 06/09/2017    | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO                  |           |
| 26/08/2017    | INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE           |           |
| 15/08/2017    | NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS |           |
| 15/08/2017    | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT        |           |