



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2013/620 799

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rivanildo de SousaPORTADOR(A) DO RG Nº 96027017111EXPEDIDO POR SSP-CEEM 1 / 1 / ECPF 647092213-91 / CNPJ 0000000000-0000-00PROFISSÃO -E RENDA MENSAL DE R\$ -

(*)

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rivanildo de Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL - atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO - AGÊNCIA - (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE -
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA - (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA -
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA - (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA -
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA - (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA -
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 1887 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 48556-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL FortalezaDATA 29, 10, 13ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) RIVANILDO DE SOUSA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

IU42
CAIXA-SIUNI

Sistema de Informacoes Unificadas
Relacao de Contas por N.CAIXA

25/10/2013
13:29:46

N.CAIXA: 70.979.471 RIVANILDO DE SOUSA
CPF : 647.092.213-91 Pessoa : Fisica
Dt.Nasc: 02/04/1982
Caixa :

PAG: 01 / 01

S	Conta	Carteira	Dt.Abertura	Segundo Titular
	1887-013-00048556/8	FN 01	03/07/2013	


S. C. CAMELO
Gerente de Atendimento PP S.E.
Mat: 16725-0
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Ultima Posicao: 18/10/2013

Final de Amostragem.

F01-AJUDA F03-RETORNA F04-MENU F07-VOLTA F08-AVANCA F12-FINALIZA



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rivanildo de SousaPORTADOR(A) DO RG Nº 05287736548 EXPEDIDO POR Detran CE EM 31/10/12 ECPF 647092213-91 /CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rivanildo de Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 1887 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 013-48556-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fortaleza DATA 25/07/13ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) X RIVANILDO DE SOUSA

❗ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até **R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEL-PAI
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

09/07/2013 14:00:51
DATA DE EFETIVAÇÃO: 09/07
CONVENIO: 000134732
DEPOSITANTE: 00113471

AGÊNCIA: 1087
CONTA: 013.00040556-8
NOME: RIVANTILDO DE SOUSA

VALOR: 10,00

COD. OPERAÇÃO: 02F117558

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDORIA
RJA - 0800 725 7474

CAIXA AQUI
E A CAIXA EM TODO O BRASIL

DISQUE CAIXA - 0800 726 0101
OUVIDORIA - 0800 725 7474

RECEBIDO EM:
02 OUT 2013



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 110 - 6619 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**

Data / Hora da Comunicação: **01/07/2013 13:35:56**

Data / Hora da Ocorrência : **22/06/2013 23:30:00**

Endereço da Ocorrência: **R SANTO AMARO EM FRENTE AO Nº 390**

PLANALTO PICI FORTALEZA /CE.

Ponto de Referência: **IGREJA UNIVERSAL.**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RIVANILDO DE SOUSA**

Nascimento : **02/04/1982**

RG: **96027017111** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **64709221391**

Filiação: **GEORANILDO DE SOUZA**

LUCIA DE FATIMA MARREIRO CRUZ

Endereço: **R PLANALTO PICI 480**

PLANALTO PICI

FORTALEZA CE BRASIL

BOLETIM DE OCORRENCIA



Telefone: **85-34962320**

RECEBIDO EM:

1004026

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE QUE SEU FILHO RIVANILDO DE SOUSA, NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO, ESTAVA SOZINHO, CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA, HONDA/CG 125 FAN DE PLACA: OCC-6652/CE, QUANDO PERDEU O CONTROLE, APÓS SER "FECHADO" POR UM AUTOMÓVEL, VINDO A SE CHOCAR COM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, MOMENTO QUE PERDEU A CONSCIÊNCIA; QUE AFIRMA QUE "RIVANILDO" FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR QUE PASSAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE, LEVADO INICIALMENTE AO HOSPITAL "FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA", E POUCO DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL UF-CENTRO DEVIDO AS GRAVIDADES DAS LESÕES, ONDE VEIO A FICA INTERNADO DURANTE 5(CINCO) DIAS, VINDO A TER ALTA MÉDICA NO DIA 27/06/2013; E NADA MAIS DISSE X-X-X-X-X

Noticiante(s)

Nome : **LUCIA DE FÁTIMA MARREIRO CRUZ**

Endereço : **R PLANALTO DO PICI 480**

Bairro : **PLANALTO PICI 60511330**

Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL**

Telefone: **4962320**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 198206-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Lucia de Fátima Marreiro e Cruz*

VISTO DO DELEGADO(A):

[Assinatura]
Carissimo

RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D.C. 20535

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR

DATE: 1/10/64
SUBJECT: [Illegible]
REFERENCE: [Illegible]
ACTION: [Illegible]

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR

DATE: 1/10/64
SUBJECT: [Illegible]
REFERENCE: [Illegible]
ACTION: [Illegible]

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR

DATE: 1/10/64
SUBJECT: [Illegible]
REFERENCE: [Illegible]
ACTION: [Illegible]

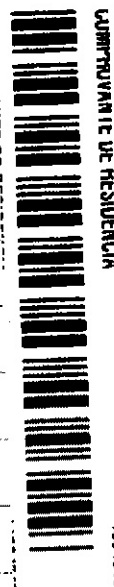
MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR

DATE: 1/10/64
SUBJECT: [Illegible]
REFERENCE: [Illegible]
ACTION: [Illegible]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rivarildo de Sousa
RG nº 05287736548, data de expedição 31/10/12 Órgão Detran CE
CPF nº 647092213-91, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no
endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de
terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Planalto do Pici</u>
Número	<u>480</u>
Apto / Complemento	<u> </u>
Bairro	<u>Pici</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>60000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 8880.2209</u>
E-mail	<u>celiameraiis1984@gmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza, 25 de julho de 2013

Assinatura do Declarante: RIVARILDO DE SOUSA

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

Nº DO CLIENTE
1072724-8

coelce

Para agilizar seu atendimento, envie o nº acima
sempre que entrar em contato conosco

Rua Padre Valdevino, 150 - CEP 60135-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 - CCF 06.105.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela
Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B1 SÉRIE B-MIN - 1072724-8

Rota 15 01240 09 014500 - 7 Data de Emissão 21/05/2013

Nome LUCIA DE FATIMA MARREIRO CRUZ

End. Postal RU PLANALTO DO PICI 00480
PICI - FORTALEZA - 60000000

Medidor 5576860

Poste 1217 N95T

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 318516063-00

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Setor de Referência	Data da Apresentação	Previsão Prox. Leitura
Mai/2013	21/05/2013	20/06/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto FICI
Mês Mai/2013 EUSO 18,04
DICRI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto
35,99	27,00%	9,71

Padrão Individual

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 5,19	10,33	20,77	1,80	1,80	1,90
FIC 3,23	6,47	12,95	1,00	1,00	1,00
DMIC 2,99			1,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

RTIE, CEEF, OUF, SEBA, DICH, FDEB, BDA, A922

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
20077	19995	1,00	78	0,00	78	0,46146	35,99
21/05/13	20/04/13		31 0146		78		35,99

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	35,99
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,69
BONUS ITAIPU ART. 21 DA LEI 10.438/2002	-6,75
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL 85 3487 6671	25,00
DOACAO HOSP BATISTA - TEL 85 3194 7710 15/99	5,00

1072724-8 032010P71534026 10140902XXXXXX61.93 15 24/05/13

VENCIMENTO 05/06/2013

TOTAL A PAGAR (R\$) 61,93

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,80
Transmissão	0,91
Distribuição	6,75
Encargos Setoriais	1,56
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	11,96
TOTAL	35,99

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
10/05	78	35,99
09/05	86	39,87
08/05	106	49,00
07/05	115	53,26
06/05	113	52,15
05/05	106	49,00
04/05	164	75,66
03/05	125	57,68
02/05	109	50,10
01/05	116	53,53
30/04	97	44,85
29/04	04	1,85

importante

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

A ANCEL APROVOU UM AUMENTO MÉDIO DE 0,92% DAS TARIFAS DA COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 02 DE ABRIL, CONFORME RESOLUÇÃO MONDOLATORIA Nº 1516 DE 16 DE ABRIL DE 2012.

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

Conata desta fatura R\$ 0,25 referente a PIS e COFINS.

HDEAM-Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

TRAUMATO NOTURNO
49

REGISTRO Nº
13.059263

PACIENTE RIVANILDO DE SOUSA		CNS	DATA NASCIMENTO	IDADE	DOCUMENTO
TELEFONE		NATURALIDADE	02/04/1982	31a	Identid 0000000000000000
SEXO	1 ☒ MASC. 3 ☐ FEM.	FORTALEZA	1 ☒ SOLTEIRO 2 ☐ CASADO 3 ☐ VIÚVO 4 ☐ OUTROS		
PAI GERANILDO DE SOUSA		MÃE LUCIA DE FATIMA MARREIRO CRUZ			
ENDEREÇO PLANALTO DO PICI, 480		BAIRRO PLANALTO PICI	CIDADE FORTALEZA	U.F. CE	
EMERGÊNCIA I	1 ☐ ADULTO 2 ☐ PEDIATRIA 3 ☐ TRAUMATOLOGIA 12 ☐ OUTROS				
MOTIVO DO ATENDIMENTO		DATA DO ATENDIMENTO		HORA	
		23/06/2013		00:24	
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES					
1 ☐ RAO X	2 ☐ ULTRASOM	3 ☐ TOMOG COMP	4 ☐ SANGUE	5 ☐ URINA	6 ☐ ECG ☐ OUTROS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

DA, 1. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

CÓDIGO 30101072

Dr. André Costa Matos Lima

ASSINATURA

DATA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

CRM - 10095

CÓDIGO 041204016-6

Dr. André Costa Matos Lima

ASSINATURA

DATA 23/06/13

HORA 00

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO	ENFERMAGEM
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR	
*10040	
02 OUT 2013	

OBSERVAÇÃO: (ATE 24 h) ☐

DATA E HORA DA ALTA:

PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

DATA E HORA DO ÓBITO:

DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ IML 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

RETORNO NO AMBULATÓRIO
DE CURA EM 15 DIAS
MONITOR NO SPA 32555185



Fortaleza ④

RESUMO DE ALTA

Nome: RIVANILDO DE SOUSA		Reg/Prontuário: 5220799
Data Nascimento: / /	Profissão:	Procedência:
Estado Civil:	Sexo: M	Naturalidade:
Clínica: CUNHA GEMEL	Enfermaria: 18	Leito: 1801
Data/Hora Admissão: 23/06/13 às		Data e Hora Alta: às
1. Motivo de Alta: 1.1. Curado ☒ 1.2. Melhorado 1.3. Inalterado 1.4. A pedido 1.5. Internado p/ diagnóstico 1.6. Administrativa 1.7. Por Indisciplina 1.8. Evasão 1.9. Compl. trat. ambulatorial	2. Motivo de Permanência: ☒ 2.1. Por caract. próprias da doença 2.2. Por intercorrência do procedimento 2.3. Por motivo social 2.4. Por doença crônica 2.5. Por impossib de vivência familiar 2.6. Outra internação (outro diagnóstico)	3. Transferência: 3.1. Tisiologia 3.2. Psiquiatria 3.3. Clínica Médica 3.4. Cirurgia 3.5. Obstetrícia 3.6. Berçário 3.7. Pediatria 3.8. Isolamento 3.9. Outros
4. Óbito COM Necrópsia: 4.1. <48h paciente internado em estado agônico 4.2. <48h Paciente NÃO Internado em estado agônico 4.3. Internado após 48 h 4.4. Óbito da parturiente com permanência do RN	5. Óbitos SEM Necrópsia: 5.1. <48h paciente internado em estado agônico 5.2. <48h paciente NÃO internado em estado agônico 5.3. Internado após 48 h 5.4. Óbito da parturiente com permanência do RN	
6. Alta por Reoperação: 6.1. Em politraumatizado com < 24 h da 1ª cirurgia 6.2. Em Politraumatizado com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.3. Em politraumatizado com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.4. Em politraumatizado com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.5. Em cirurgia de emergência com < 24 h da 1ª cirurgia 6.6. Em cirurgia de emergência com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.7. Em cirurgia de emergência com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.8. Em cirurgia de emergência com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.9. Em parturiente com permanência do RN.		
RESUMO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA: PACIENTE VÍTIMA DE POLITRAUMAS (AUSÊNCIA DE LESÕES) EM MENINO A ORIENTAR COM FÉCULA A @ EVOLUINDO BEM NO PÓS-OPERATÓRIO		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FIMBRIA ARCO COXAL EM HTD.		
TERAPIAS E ACHADOS CIRÚRGICOS (Datas, Códigos dos Procedimentos, Achados): - RESUSCITAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR COM FÉCULA EM SELO D'ÁGUA EM HTD		

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013



Rivoniloo de Rousa

Nx ① Nimmurudo 100g 01 ex
01 ep, 10, 12/12L

② DnociL 10g 01 ex
01 ep, 5/2 8/8L

Dr. Charles Samir M. Dantas
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC-CE 14474
TEOT 12676

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br - uniclinic@uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

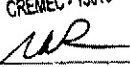
RECEITUÁRIO

Nome: Riversonildo de Siqueira BE/Prontuário: _____

Avaliação e/otomotoaudiologista
Ist: Polinervismo e/ dor, dego, otal-
gr's bilaterais

Marcus Venícios M F Recamonde
Médico - Residente Cirurgia Geral
CREMEC - 13010

Data: 27/07/13


Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Instituto de Oftalmologia e Otorrinolaringologia de Fortaleza

CNPJ: _____ UF: CE.

Endereço: Av. Desembargador Moreira, 2649
Dionísio Torres

Cidade: Fortaleza UF: CE.

Telefone(s): (85) 4011.2828 / 4011.2833

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: Rivaldo de Gue.

Endereço: A. Placido Fica 480.

Prescrição: - 10 gotas -
Droga - CLAU (875/125mg) 2 comp.
17/12/2013 por 10 dias.

Data: 29/12/13

Dr. Arthur Bastos
Otorrinolaringologista
CRM-CE 11759

Carimbo ou Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Orgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone(s): _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____
Data _____

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013



AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA

Reg. geral _____

Reg. de Amb. _____

Reg. Radiológica _____

Nome Renato de Souza

Diagnóstico Ex fratura de Ulna @ 1/3 distal

Data 23/6/13 Médico Dr. Maximiliano

Auxiliar Dr. Lúcio

Redução sob Anestesia φ

Realizada _____ após acidente

Dr. Sidnei Torres Vieira Jr
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 13556

RECEBIDO EM:
02 OUT 2013



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ENCAMINHAMENTO

DO: SERVIÇO SOCIAL:

DATA: 25 / 06 / 2013

PARA: INSS - Agendou auxílio-doença pelo fone 135

RUA: para Rivaldo de Sousa

SOLICITAÇÃO: Documentos: Xerox e original da identidade e CPF; carteira profissional; comprovante de residência; atestado médico; requerimento de benefício por incapacidade preenchido pela empresa; PIS; xerox e original da certidão de nascimento dos filhos menores. Por entrada no posto do INSS no 16º dia de afastamento do trabalho.

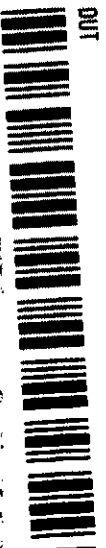
Form Social 1.000 pg 02

[Assinatura]

Assistente Social - CRASS

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013



1004032

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Placa: 31B51606300
RATRC: 0000000000
EXERCÍCIO: 2013

LUCIA A. DE ALMEIDA FERREIRO CRUZ
CPF/CNPJ: 31B51606300
PLACA: 31B51606300/CE

PLACA ANTIGA: 31B51606300/CE
CHASSI: 9C22UC4110BR441982

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB: 2011
ANO MOD: 2011

CATEGORIA: PARITIC
COR PREDOMINANTE: PREIA
VENÇ. COTAS: 1º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 1.11
PREMIO TOTAL (R\$): 292,01
DATA DE PAGAMENTO: 09/04/2013

EDITAL: 2013
DATA: 04/04/2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS E PREJUÍZOS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE MANUTENÇÃO, REPARAÇÃO, LUBRIFICAÇÃO, ACESSÓRIOS, TRANSFORMAÇÕES OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 010396828474 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PLACA: 31B51606300
EXERCÍCIO: 2013
PLACA: 0006652

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº 010396828474
EXERCÍCIO: 2013
DATA EMISSÃO: 04/04/2013

RENAVAM: 00326045457
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FAB: 2011
ANO MOD: 2011

PREMIO TARIFARIO: 14,34
CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$): 1,11

TOTAL A SER PAGADO (R\$): 292,01
DATA DE COTAÇÃO: 09/04/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04

02 OUT 2013

O SEGURO TEM POR FINALIDADE PROVER COBERTURA AOS DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

O SEGURO DE DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194 DE 19.12.1974.

NA EVENTUALIDADE DE SINISTRO ORIGINAR-SE A UMA SEGURADORA CONSORCIADA.

LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA:

MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	DANOS
ATÉ R\$ 13.500,00	ATÉ R\$ 13.500,00	ATÉ R\$ 2.700,00

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE: REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO E PROVA DA CAUSA DO SINISTRO.

INVALIDEZ PERMANENTE: LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA JURISDIÇÃO DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA, CONSTATADA DO ANEXO A LEI Nº 18.174, E REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE COMPETENTE.

DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: DANOS: PROVA DAS DESPESAS MÉDICAS EFETUADAS, PROVA DE QUE AS DESPESAS DECORREM DO SINISTRO, E PROVA DO CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES DE PAGAMENTO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, EXPEDIDAS POR AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DO QUAL DEVERÁ CONSTAR, OBRIGATORIAMENTE, O NOME DO HOSPITAL, AMBULATÓRIO, OU MÉDICO ASSISTENTE QUE TIVER PRESTADO O PRIMEIRO ATENDIMENTO À VÍTIMA.

AS SEGURADORAS PODERÃO SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ARTIGO 30 DO ANEXO A RESOLUÇÃO CNRP Nº 154, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2006.

PRazo PARA LIQUIDACÃO DE SINISTRO: TRINTA DIAS CONTADOS DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

SEGURO DE TRANSPORTE: CNRP Nº 154, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2006.

SITE PARA ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DPVAT: <http://www.dpvatseguradoralider.com.br>

VIGÊNCIA DO BILHETE: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

OBSERVAÇÕES:

- PARA CÁLCULO DO TOTAL A PAGAR EM REAIS:
- O VALOR DO PRÊMIO É O PRÊMIO TARIFÁRIO ADEQUADO DO CUSTO DO BILHETE.
- O PRÊMIO TOTAL A PAGAR É IGUAL À SOMA DO PRÊMIO TARIFÁRIO + CUSTO DO BILHETE + IOF.
- O SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - DPVAT, É PARTE INTEGRANTE DO DEQUOTAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.
- PAQUETE O SEU SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT, JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, O VENCIMENTO DO IMPOSTO E DO SEGURO COORREN SEMPRE NA MESMA DATA.
- É IMPORTANTE RESALTAR QUE SE O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOR PAGOO, O VEÍCULO NÃO ESTÁ DEVOLVIMENTO LICENCIADO (MIT, XI RESOLUÇÃO CONTRAN 171/198).
- ANEX. QUARENTA E CINCO POR CENTO DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO, E REMESSADO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR AS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARAGRAFO ÚNICO DO ART. 27 DA LEI 8.212, ALTERADO PELO PARAGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI 9.601).
- 5% (CINCO POR CENTO) DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO É REMESSADO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARAGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 9.601 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar

Centro - Rio de Janeiro

www.seguradoralider.com.br

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rivanildo de Sousa, portador da carteira de identidade nº 05287736548 e inscrito no CPF/MF sob o nº 647092213-91, residente e domiciliado na Rua Planalto do Pici, 480 - Pici, Cidade Fortaleza, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento 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 da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

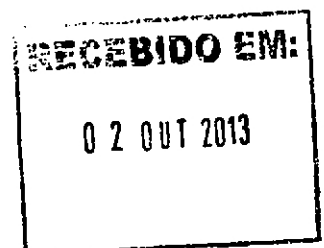
OUTROS

1004054



RIVANILDO DE SOUSA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Fortaleza, 25 de julho de 2013

Local e data

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, Rivanildo de Sousa portador da carteira de identidade nº 05287736548 e inscrito no CPF sob o nº 647092213-91
Residente e domiciliado na Rua Plomatto do Pici, 480 - Pici
Cidade: Fortaleza, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUÍDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital HIDRAM
Data da entrada: 23/06/13, Data da saída: 23/06/13.
Localizado em; Fortaleza

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE
INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRURGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do
Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do seguro
Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo
automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a
análise da minha documentação enviada.

Concordo desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder
DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins
do art.3º da Lei nº 6.194/74.

RIVANILDO DE SOUSA

Assinatura do Declarante

Fortaleza, 25 de julho de 2013

Local e Data

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013620799**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez**Vítima:** RIVANILDO DE SOUSA**Data do acidente:** 22/06/2013**Emissor do parecer:** Marcio Stolerma**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 52601178

PARECER

Data da análise: 19/10/2013

Valoração do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: trauma torácico direito com fraturas de arcos costais e drenado, fratura de clavícula direita

Resultados terapêuticos: debilidade

Sequelas permanentes: limitação funcional

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: estrutura torácica 25% ombro direito 50%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: márcio

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100	1	25
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 5.062,50

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: 21/11/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RIVANILDO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01887

CONTA: 000000048556-8

Nr. da Autenticação 7DAA40FD6495000D