

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza - CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF CA: 05.848-3

018272715

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

Esta é a sua conta de
08/2019

Nº DO CLIENTE	
1482594	DV
VENCIMENTO	
25/10/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
152,85	
DATA EMISSÃO	
20/09/2019	

Nome MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço RU CORACAO DE JESUS 01050 60862-222 FORTALEZA CASTELAO

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5253374-EL - F0H05JE1

CPF / CNPJ

899.958.053-91

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
12/07/2019	10/08/2019	02/09/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1EC0.0518.A847.8E8C.4813.5A67.F3EB.4B5B

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	6543.00	6378.00	165.00	0.00	0.00	0.00	1.00	165.00	165.00	0.80836	133.38

DESCRIÇÃO DA CONTA

CP - ILLUM PUB PREF MUNIC

Consumo

Adicional Band. Amarela

Adicional Band. Vermelha

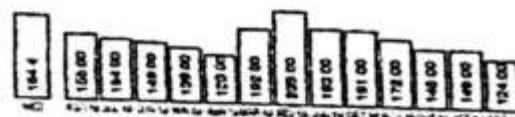
Quantidade Tarifa Valor (R\$)

165	0.80836	133.38
		2.47
		3.45

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

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

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

0 100

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PIS/PASEP	139.30	1.3500	1.88
CORFIS	139.30	6.1600	8.58
ICMS	139.30	27.00	37.61

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano Valor R\$

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Band. Tarif.: Amarela : 13/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 10/08 Prezado(a) Cliente, Estamos entregando sua conta de energia referente ao mês de agosto depois da data prevista. Caso queira, temos uma condição especial de pagamento para você, qualquer dúvida entre em contato através dos nossos canais de atendimento. O vencimento de sua conta foi regularizado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento. O vencimento de sua conta foi regularizado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento.



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

DADOS PESSOAIS

Nº DO PRONTUÁRIO
5163838

Nº DO BE
376972

SEXO
M

RACIA
PARDO

NOME MÃE
MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 01836891350; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96006048352

ENDEREÇO
RUA D 1041 JARDIM UNIAO USB 13 PASSARE

CONTATO

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
MOTIVO
COLISÃO CARRO/BICICLETA TRAZIDO PELO SAMU

AValiação TRAUMATOLOGICA

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

PESO
NI KG

TEMPERATURA
NI °C

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

ALERGIAS
NI

SINAIS VITAIS
SAT O2
NI%

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA BENICE A SILVA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
19/10/2019 08:58:45

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Acidente no trânsito e colisão de carro.

Re: fer. distal do roto do carro.

Col. Intenso p/ avulsão.

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X *História* () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Colapso - 14/11

Exame - 14/11

09/10

19/10

TIPO DE ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

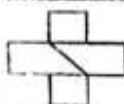
Impresso por MARIA BENICE A SILVA em 19/10/2019 08:58:45

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

gilberto batista de oliveira

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

CONFERE COM ORIGINAL
08/11/2019

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PROCTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura distal do radio @ el dano
volar.

18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Neurite de awangio

19 - PR

20 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Or. f400 + Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - Nº DO DOCUMENTO

30 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CHAE EMPRESA

42 - CBDR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - EMPREGADOR

45 - EMPREGADOR

46 - AUTÔNOMO

47 - DESEMPREGADO

48 - APOSENTADO

49 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

50 - PREVIDÊNCIA

51 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DO

54 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

55 - CNES

56 - DATA DO DOCUMENTO

57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578

Messejana - Cep: 60.864-810

Fortaleza

CONFERE COM ORIGINAL

08/11/2019

5163838

PACIENTE: Gilberto Batista de Oliveira

DATA OPERAÇÃO: 25/10/19 ENFERMARIA: LEITO: 38

Dr. Valtemir

1º AUXILIAR: Dr. Marcio Corraê Dr. Marcio Corraê
2º AUXILIAR: 3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: Dr. Camarinha Mendonça TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio + sedação

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura rádio distal (E)

TIPO DE OPERAÇÃO: Ostomia punho (E) + reparo ligamentar punho (E)

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Idem

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

- ① Pcte DDH + anestesia
- ② Incisão + antissepsia + campo estéril + fixação com
- ③ Ligamento volar ao rádio distal (E) + fixação com Stenocam.
- ④ Redução direta + fixação com placa volar do rádio distal (E) + reparo ligamentar punho (E) + controle radiológico
- ⑤ Lavagem SF 0,9% + drenagem hemostática + fratura + fixação
- ⑥ Sutura por planos
- ⑦ Curativo
- ⑧ - G SR

Dr. Marcio Corraê
Médico
CRM 10821

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

CONFERE COM ORIGINAL
08/11/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



Gilberto Batista da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CAHTEIHA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

96006048352

DATA DE
EXPEDIÇÃO

25/02/2013

NOME

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA

MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE

SÃO PAULO - SP

DATA DE NASCIMENTO

03/01/1983

DOC. ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2 ZONA TERMO: 41958 FOLHA: 204 V
LIVRO: B-73 FORTALEZA - CE

CPF 018.368.913-50

2 VIA

Assinatura de Gilberto Batista
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TIPOGRAFIA DA CEN

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 018 368 913-50 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Batista de Oliveira

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

5 - Nome completo: Gilberto Batista de Oliveira 6 - CPF: 018 368 913-50
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Coração de Jesus 9 - Número: 1050 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: J. Pastelão 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60862-222
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 9888-6626

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0588 CONTA: 165468 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou descendentes (filhos, netos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Fortaleza, 20 de Junho de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Gilberto Batista de Oliveira*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



DECLARAÇÃO

192

SAMU 192 FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Gilberto Batista de Oliveira - C.P.F. - 018.368.913-50**, no dia **19/10/2019**, às **07h57min**, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Itaperi**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P925646/2019**.

Fortaleza, 04 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

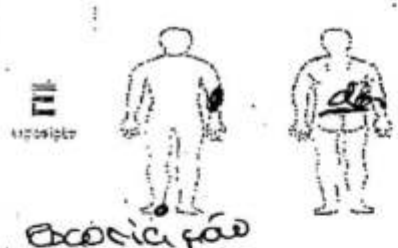
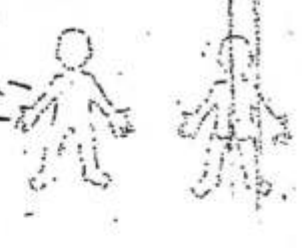

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat - 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

8824

3591. Gilberto

P- 925646/19

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA		Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde	
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR			
VEÍCULO: JS	PONTO DE APOIO: CHESF	Nº DA OCORRÊNCIA: 0348	
DATA: 19/10/19	TURNO: KIT	EQUIPE: Silmara Mendy	
NOME: Gilberto Batista de Oliveira	IDADE: 36	SEXO: M	
ENDEREÇO: Quil. Silas Munguba 1403	BAIRRO: Itapera		
REFERÊNCIA:	QTY: 07:39 QUS: 07:57 QUR: QUY: 08:18 QUU: 08:07		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão com carro batido			
RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA			
RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	
☐ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	
PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)		☐ PRESENTE ☐ AUSENTE	
☒ PERVEAS ☐ OBSTRUIDAS		POR: _____	
A vital signs			
PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO	
☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE		☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	
B respiração			
PALPAÇÃO/PERCUSSÃO		AUSCULTA	
☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____		☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	
PULSO		PELE	
☐ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO		☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	
☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL		☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA	
C circulação			
ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO EXTERNO	
☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg		☐ SIM ☐ NÃO	
LOCAL: _____			
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	
☒ ESPONTÂNEA ☐ À VOZ ☐ À DOR ☐ NENHUMA		☐ ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ NENHUMA	
RESPOSTA MOTORA		☐ OBEDECE A COMANDOS ☐ LOCALIZA A DOR ☐ MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ FLEXÃO ANORMAL ☐ EXTENSÃO ANORMAL ☐ NENHUMA	
D neurologia			
TOTAL: 15			
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS: _____			
ADULTO		PEDIÁTRICO	
			
PC. c/ dor no braço esquerdo, com dor na lombar e escoriação no calcâneo direito.			
SAMPLA			
FR: 80	RA: 13d96	FR: 20	DAIM: 96%

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS./CRM:

Paciente de polias cargo / baia, consciente, orientado, apresentando forte dor no braço esquerdo direito. Ferimento lacerado e escoriações no calcanhar esquerdo que está 1 RR.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS./COREN:

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ ÓBITO

☐ RECUSA

☐ NO LOCAL

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☒ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

Jose Glauber Mota
Traumatologia
CRM 8122

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____, RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às

hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 018 368 913-50 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Batista de Oliveira

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

5 - Nome completo: Gilberto Batista de Oliveira 6 - CPF: 018 368 913-50
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Coração de Jesus 9 - Número: 1050 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: J. Pastelão 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60862-222
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 9888-6626

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2588 CONTA: 165468 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou descendentes (filhos, netos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

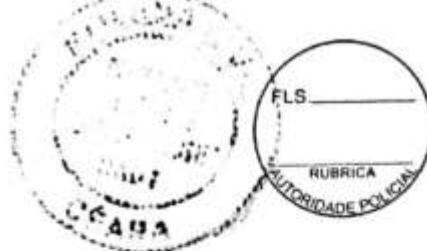
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 20 de Junho de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Gilberto Batista de Oliveira*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019839593



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3896 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2019 14:53:22**
Data / Hora da Ocorrência: **19/10/2019 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, ITAPERI - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **03/01/1983** CPF: **018.368.913-50**
RG: **96006048352** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA BATISTA DOS SANTOS OLIVEIRA**
SEBASTIÃO ANTONIO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA CORAÇÃO DE JESUS, 1050**
Bairro: **CASTELAO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98747-1739**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMW0237** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BVT5T726EE402780** Renavam: **1039030308** Tipo do Veículo: **ONIBUS** Marca / Modelo: **VOLVO/MASCA GRANVIA** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **SANTA CECILIA TRANSPORTES LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA NA AV. SILAS MUNGUBA QUANDO UM ÔNIBUS DE PLACAS PMW-0237, DE NUMERO 124 DA LINHA 501 CONDUZIDO PELA MOTORISTA IRANEIDE, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083453

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002558**

Conta: **00000165468-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200083453

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 000000165468-5

Nr. da Autenticação 2AECDD6899CE84EF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083453 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067283/20

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 018.368.913-50

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA : 018.368.913-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2020
Nome: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA
CPF: 018.368.913-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067283/20

Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 018.368.913-50

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA : 018.368.913-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2020
Nome: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA
CPF: 018.368.913-50

GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200083453 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO BATISTA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. PÁG. 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50