

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

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200361692 **Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA**
Data do Acidente: 04/12/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL DE ANDRADE SILVA

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 ombros

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: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000751

Conta: 0000012247-0

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.

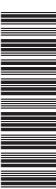
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

02002414351

Nome completo da vítima

DANIEL DE ANDRADE SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DANIEL DE ANDRADE SILVA	CPF titular da conta 02002414351	Profissão ENTREGADOR
Endereço R. NONATO TIBURCIO	Número	Complemento
Bairro NOVA MARANGUAPE	Cidade MARANGUAPE	Estado CEARA
Email	CEP 61944245	Telefone (DDD) (85) 999390779

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.O.

0751

D/V

CONTA

N.R.O.

12247

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.O.

D/V

AGÊNCIA

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Maranguape, 26 de junho de 2018

Local e Data

Daniel de Andrade Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



2014 CORRETORA DE SEGUROS
05 JUL. 2018

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

000.024.143-51 **Kaioel de Andrade Silva**

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

5 - Nome completo:

Kaioel de Andrade Silva

6 - PE:

000.024.143-51

7 - Profissão:

entregador

8 - Endereço:

Rua Nenato Tibúrcio

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

-

11 - Bairro:

Novo Maranguape

12 - Cidade:

Maranguape

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

61944-245

15 - Tel.(DDD):

(85) 9874-1586

15 - E-mail:

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0751**

CONTA: **19247**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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) Divorciado 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Maranguape 05/08/2020.

Daniel de Andrade Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 205 - 2443 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 13/06/2018 16:15:58
Data / Hora da Ocorrência: 04/12/2017 17:00:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA SEN. ALMIR PINTO
Complemento:
Bairro: OUTRA BANDA Município: MARANGUAPE/CE
Ponto de Referência: ROTATORIA DA OUTRA BANDA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Nascimento: 28/02/1987 CPF: 020.024.143-51
CNH: 04670534438 Orgão Emissor: DETRAN UF: CE
Filiação: ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA
FRANCINEUDO DIONISIO DA SILVA
Endereço: RUA MARLETE LEITE, 214
Bairro: ÁREA SECA
Município: MARANGUAPE/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: (85) 98875-2032

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMK9307 Uf: CE Município: MARANGUAPE Chassi:
9C2JC4110FR104652 Renavam: 1036433398 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano
Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA Cor:
VERMELHA Proprietário: SUPERMERCADO ANALI LTDA Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ABALROAMENTO

Histórico

Segundo o declarante é funcionário do Supermercado Analí, onde trabalha fazendo entregas em uma motocicleta; QUE na data, hora e local acima citado, estava fazendo uma entrega na MOTOCICLETA DE PLACA PMK-9307 de propriedade do Supermercado Analí, onde se deslocava no sentido CENTRO/NOVO MARANGUAPE, retornando de uma entrega; QUE estava contornando a rotatória da Outra Banda, quando um veículo de placas não anotadas colidiu com a lateral da motocicleta do declarante vindo a lhe derrubar ao chão; QUE o citado veículo não parou e não teve sua placa anotada; QUE foi o próprio declarante quem se levantou e se encaminhou ao Hospital público local para os primeiros atendimentos; QUE vinha sozinho e não anotou o nome de nenhuma testemunha ocular; QUE comunicou o ocorrido aos seus companheiros de trabalho de nomes LUCAS DE SOUZA MOURA e VANDO DE SOUZA REBOUCAS; E nada mais disse.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

UBIRATAN FURTADO BRAGA - MAT.: 138873-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Daniel de Andrade Silva



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 205 - 2443 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO JOSÉ FERREIRA BRAUNA - MAT.: 133828-1-6

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

000.024.143-51 **Kaioel de Andrade Silva**

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

5 - Nome completo:

Kaioel de Andrade Silva

6 - PE:

000.024.143-51

7 - Profissão:

entregador

8 - Endereço:

Rua Nenato Tibúrcio

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

-

11 - Bairro:

Novo Maranguape

12 - Cidade:

Maranguape

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

61944-245

15 - Tel.(DDD):

(85) 9874-1586

15 - E-mail:

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0751**

CONTA: **19247**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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) Divorciado 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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Maranguape 05/08/2020.

Daniel de Andrade Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape - Ceará

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendente: GEOVANIA FREITAS

Data/hora: 04/12/2017 17:19

CMT

CONSULTÓRIO: 01

Nome: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Estado Civil: Casado

Sexo: Masculino

Nascimento: 28/02/1987

Idade: 30

Identidade: 2004024010204

Naturalidade: MARANGUAPE-CE

Endereço: RUA NONATO TIBURCIO N°249

Bairro: NOVO MARANGUAPE

Cep:

Município: MARANGUAPE

Fone: 988752032

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL LEITO _____

Sinais Vitais: PA: 120 x 60 mmHg

T: _____ oC

P: _____ bpm

R: _____ mmHpm

Enfermeiro: _____

Data: 04/12/17

Horário: 17:26

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Enurese no urinô, após xelimô varia e muito
praticamente em quieto (não). Nega dor

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Pequenas escorregações em
membro superior quando e

Exames Solicitados:

exame inferior esquerdo

Hipótese Diagnóstica:

após xelimô

Rx M.E

Rx M.J.F

DESTINO

Residência Internação Recusou Internação Transferência Óbito Observação

Daniel de Andrade

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:

VEGA ALERTO/IAS

Horário

Auxiliar

1) Oto propano 03 FA + 300ml 8% g/9% EV → 18:00

60
Ami

Apresente xerox confere com a Original
em nossos arquivos HMABH em 04/12/17

Assinatura Funcionário SAME
Assinatura do Funcionário SAME

Observação:

988752032

Profilaxia:

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: 23/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000012247-0

Nr. da Autenticação 66AC1200163E65E6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200361692 Cidade: Maranguape Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA Data do acidente: 04/12/2017 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA. P3,7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Irlandia Pinheiro,

RG nº 2007664717-4 data de expedição 08/09/10,

Órgão 220, portador do CPF nº 703.813.643-72, com domicílio na cidade de Juréia, no Estado de Pará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Brau Brumado, nº 3717,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Daniel de Andrade Silva, cujo o condutor era Daniel de Andrade Silva.

Veículo: Pas / motorcycle / māe. Cusuc

Modelo: Honda / CG 125 tam KS

Ano: 2014 / 2015

Placa: PMK9307

Chassi: 9C2JE4410FR104652

Data do Acidente: 04/07/17

Local e Data: Juréia, 01/06/18

Cartório de
Jurema

Maria Irlandia Pinheiro
Assinatura do Declarante

Daniel de Andrade Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LIGIA CORRETTA DE SIC. 13
65 JUL. 2018



Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape - Ceará

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendente: GEOVANIA FREITAS

Data/hora: 04/12/2017 17:19

CMT

CONSULTÓRIO: 01

Nome: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Estado Civil: Casado

Sexo: Masculino

Nascimento: 28/02/1987

Idade: 30

Identidade: 2004024010204

Naturalidade: MARANGUAPE-CE

Endereço: RUA NONATO TIBURCIO N°249

Bairro: NOVO MARANGUAPE

Cep:

Município: MARANGUAPE

Fone: 988752032

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL LEITO _____

Sinais Vitais: PA: 120 x 60 mmHg

T: _____ oC

P: _____ bpm

R: _____ mmHpm

Enfermeiro: _____

Data: 04/12/17

Horário: 17:26

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Enurese no urinô, após xelimô varia e muito
praticamente em quieto (não). Nega dor

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Pequenas escorregações em
membro superior quando e

Exames Solicitados:

anexo inferior esquerdo

Hipótese Diagnóstica:

apo's d'raime

Rx M.E

Rx M.J.F

DESTINO

Residência Internação Recusou Internação Transferência Óbito Observação

Daniel de Andrade

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:

VEGA ALERTO/IAS

Horário

Auxiliar

1) Oto propano 03 FA + 300ml 8% g/9% EV → 18:00

60
Ami

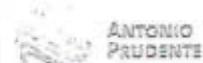
Apresente xerox confere com a Original
em nossos arquivos HMABH em 04/12/17

Assinatura Funcionário SAME
Assinatura do Funcionário SAME

Observação:

988752032

Profilaxia:



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Data do Atendimento: 25/01/2020

RECEITA

----- LAUDO MÉDICO -----

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE DE CLAVICULA NO DIA DE HOJE. PACIENTE DEVERÁ AFASTAR-SE DE QUALQUER ATIVIDADE FÍSICO-LABORAL POR UM PERÍODO DE 90 DIAS ATÉ TOTAL RECUPERAÇÃO.

CID: M84.1

Dr. Jose Gilvan L. S. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13417/2007 15132

RP3000N

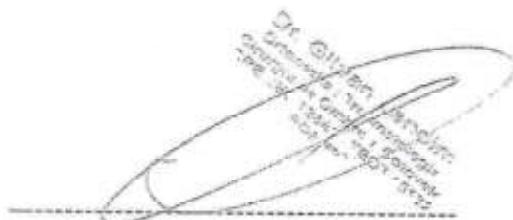


LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que DANIEL DE ANDRADE SILVA, está no pós-operatório de tratamento cirúrgico de OSTEOSSINTESE + ENXERTO ÓSSEO PARA PSEUDOARTROSE DE CLAVICULA ESQ. EM 25/01/2020. Cursa com dor leve e leve limitação de ADM. Diante disso, a paciente deverá afastar-se de qualquer atividade de esforço ou carga, por mais 60 dias, por motivo de saúde.

S42.0

08/07/2020



DR JOSÉ GILVAN L. S. LANDIM
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO / ARTROSCOPIA
CREMEC:13.841/ TEOT:15.132 /RQE: 9617

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAISAtendimento
65022363

!d%:b"

25/01/2020 06:36:43

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
6292551	DANIEL DE ANDRADE SILVA		M	28/02/1987	32
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
SSP CE	2002414351			2-SOLTEIRO	
Endereço R 170 163 CENTRO MARANGUAPE-CE CEP:61900000					
Teléfone Residencial 88752032	Telefone Trabalho	Nome da Mãe ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR

Data 25/01/2020	Hora 06:33	Matrícula	Tipo Documento
Médico Atendente 3744329 JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO		Clínica 4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante 3744329 JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO		Tipo Atendimento 0 INTERNACAO	

Avaliação médica

26/01/2020

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22-HAPVIDA	Plano 14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	LISBOA SUPERMERCADO LTDA COLETIVO
Carteira 13612000480003014	Validade	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Acomodação 133430 SALA CC 03	Litio 01
------------------------------------	---------------------------------	-------------

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
23259898	99996666	D38621014	INTERNACAO
23259898	30735033	D38621014	ACROMIPLASTIA
23259898	30717167	D38620940	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99600406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 6
			Material - 99829354 - PLACA DE RECONSTRUCAO ACETABULAR - QTDE: 1
23259898	30732026	D38621002	ENXERTO OSSEO

PROC: ENXERTO OSSEO
COD: 30732026

KIT: 0000048888014

DT. MONTAGEM: 24/01/2020 09:47

AUX. RESP: 109464714-EVANDRO DA SILVA RIBEIRO JUNIOR

KIT COMPLETO: SIM () NAO (X)

PACIENTE: Daniel de Andrade Silva

NASC: 28/02/1987

PRONTUARIO: 6292653

ATENDIMENTO: 60022363

Nome: _____

Mae: _____

Pronutario: _____

Diagnóstico: _____

Clínico: _____

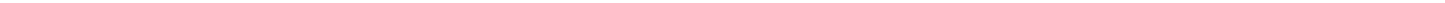
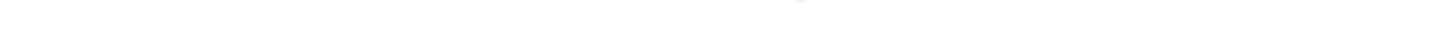
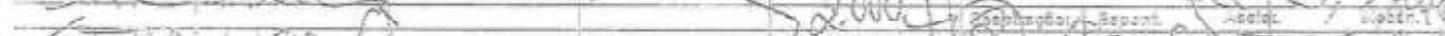
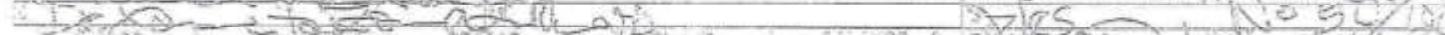
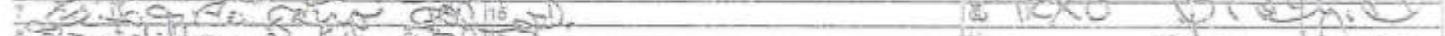
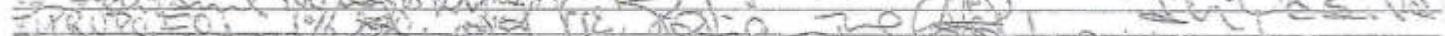
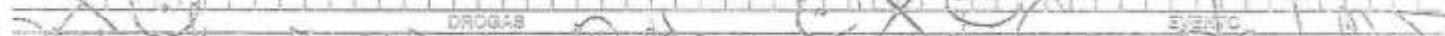
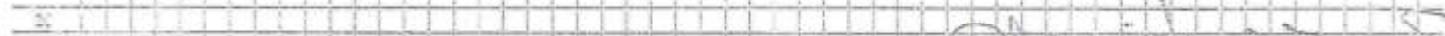
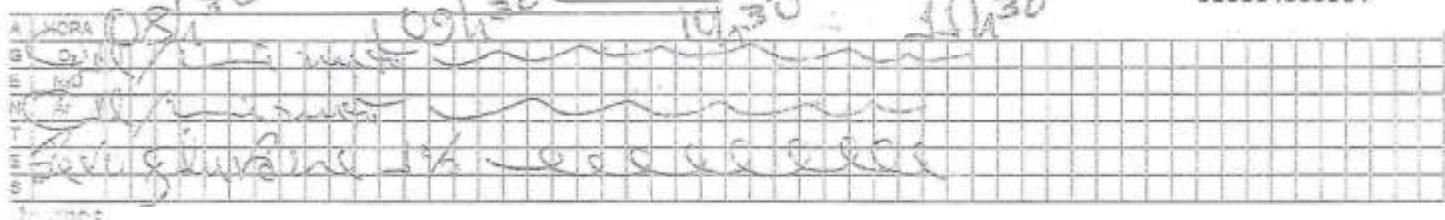
Chirurgico: _____

(X) ELETIVO

() URGENCIA



0000048888014



基础数据仓库设计与实践 - CRM

Justifications for theses

Dra. Sonia Flores Mamani
Médica Anestesiologista
CPM 215.968

BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 10:52

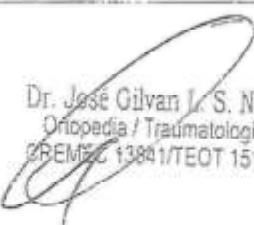
Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA Dt. Nasc.: 28/02/1987 Atendimento: 85022363 Prontuário: 6292651
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/1
 Profissional(is): JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO, MÉDICO, CRM 13841 [1] Nº: 49929478 25/01/2020 às 07:48

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	M841	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	M841	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	25/01/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	08:00	[1]
Cirurgia	TTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE CLAVICULA	[1]
Cirurgião	DR GILVAN	[1]
1º Auxiliar	DR DAVID	[1]
Descrição Cirúrgica	1- DECUBITO EM CADEIRA DE PRAIA, SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO DE PLEXO 2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS 3- INCISÃO NA CICATRIZ PREVIA. 4- DISSECÇÃO POR PLANOS, VISUALIZADO COTO CIRURGICO SEM VITALIDADE, FEITO CRUENTIZAÇÃO DO MESMO. 5- RETIRADO ENXERTO TRICORTICAL DA BACIA. 6- FEITO ENXERTO E COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS 8- LAVAGEM COM SF 0,9% 9- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO 10- TIPÓIA AMERICANA	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30735033 / 30717167 / 30732026	[1]



Dr. José Gilvan J. S. Neto
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 13841/TEOT 1513

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 11:31

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 28/02/1987	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292651
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1	
Profissional(is): VALERIA DOS SANTOS ALBUQUERQUE SOUSA, ENFERMEIRO(A), COREN 883782 [1]	Nº: 49933408	25/01/2020	às 09:35

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	25/01/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	9:25	[1]
Cirurgia	TTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA CLAVICULA	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirúrgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirúrgica	SIM.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO.	[1]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[1]
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	SIM.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	SIM.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	ESQUERDA.	[1]
Paciente Certo	SIM.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[1]
Antibiotiocoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM. KEFAZOL 2G ÀS 8:30.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	SIM.	[1]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 11:31

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 28/02/1987	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292651
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1	

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.	[1]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	NÃO.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	SIM.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento		
Especificar	CADEIRA DE PRAIA	[1]

ANTONIO
PRUDENTE

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

1. DIETA GERAL-ADULTO /PARA IDADE

2. Hidratação Venosa

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)
(D/1)

Aqua Desidratada

Leito:

4.33h ORAL

4. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

5. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)

Aqua Desidratada

6. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

7. PLAMET (5,00mg/ml)

Aqua Desidratada

8. SONDAÇÃO VESICAL DE ALIND

9. CURATIVO MÉDIO-SF+GAZE ACOCHOADA

10. PUNCAO CI JELCO

11. SINAI'S VITAS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOZUA

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MÉDIO

15. COMPRESSÃO COM ETB

Profissionais: CRM-1384 1

JOSE GILVAN LETE SAMPAIO NET

Dr. Nasc. 28/02/1987

Nº Prescrição: 2549285

Atendimento: 65022363

Prontuário: 6292651

Peso: 80,00 kg

Emissão: 25/01/2020

PREScrição MÉDICA

600 4-

CRM-138

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 25/01/2020 17:56
Página 1 de 3

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Mast.: 28/02/1987 Atendimento: 65022363 Prontuário: 6292851
Nº Prescrição: 0025492855 25/01/2020 às 08:05
Leito: 122-204 6004 Peso: 80,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1.DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3x3h ORAL

Prescritor CRM-13841

2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min/Accesso Periférico	<u>10:00</u>	<u>15:00</u>
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500ml			
Prescritor: CRM-13841						

3.CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (D1/H)	Agua Desinfadada	1g	1 FRAP (FRAP CI 1GR) 10ml	8/8h	EV	<u>10:00</u> ; <u>26/01-00:00</u> ; <u>08:00</u> <u>10:00</u> ; <u>26/01-00:00</u> ; <u>08:00</u> <u>10:00</u> ; <u>26/01-00:00</u> ; <u>08:00</u>
---------------------------------------	------------------	----	------------------------------	------	----	--

Prescritor: CRM-13841

4.CETOPROFENO IV (100,00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP CI 100MG)	8/8h	EV	<u>10:00</u> ; <u>26/01-00:00</u> ; <u>08:00</u> <u>10:00</u> ; <u>26/01-00:00</u> ; <u>08:00</u>
-----------------------------	-------	------------------------	------	----	--

Prescritor: CRM-13841

5.DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL CI/ 500ML)	6/6h	EV	<u>18:00</u> ; <u>26/01-00:00</u> ; <u>26/01-06:00</u>
------------------------------	--------	-------------------------	------	----	--

Prescritor: CRM-13841

6. TRAMADOL (50,00mg/ml)	100mg	2ML (AMPL CI/ 100ML)	8/8h	EV	<u>SN</u>
--------------------------	-------	-------------------------	------	----	-----------

Alta vigilância

Prescritor: CRM-13841

7.PLAMET (5,00mg/ml)	10mg	2ML (AMPL CI 10MG)	8/8h	EV	<u>16:00</u> ; <u>26/01-00:00</u> ; <u>08:00</u>
----------------------	------	--------------------	------	----	--

Prescritor: CRM-13841

8.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO	SN				<u>10:00</u> ; <u>16:00</u> ; <u>26/01-00:00</u> ; <u>08:00</u>
------------------------------	----	--	--	--	---

Prescritor: CRM-13841

9.CURATIVO MEDIO+SI+GAZE					<u>16:00</u> ; <u>26/01-00:00</u> ; <u>08:00</u>
--------------------------	--	--	--	--	--

ANEXO: CRM-13841

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 3

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

GASTOS

PLAMET	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2		COLETOR DE URINA SIMPLES ADULTO - 1 U. I	
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	4		LIMA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2		BOMBA ASP TIROQUEAL 12 - 1 UD	1
BRONCOPRÉ 10MG/ML SOL INJ AMPL 2ML 2			CLÓREXODINA 0,2% AGUJERA FRAS 1000 ML 50	
ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2		GAZE 10X10 ESTERL PCT C10 PCT 1 UD	2
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10		LIMA DESC.ESTERL N-7,5-1 PA	1
LIMA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4		Retirada De Dreno Da Portaria	
DIPIRONA AMP			ESPAÇADARPO MPE/EM 10CH/84,5M TUBO 430	
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15		MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50
LIMA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6		CLORENEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 20	
DIPIRONA 1 G 2 ML AMP 2 ML	3		ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1
VALVA DE STALEKA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	3		LIMA DE PROCEDIMENTO TOM CX 50 PA	2
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3		SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 11	
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6		GAZE 10X10 ESTERL PCT C10 PCT 1 UD	2
HERMINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3		LIMA DESC.ESTERL N-7,5-1 PA	1
ETOPROFENO IV			LAMMA DE BISTURI 24 - 1 UD	1
GRUPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2		Curativo Mútico-Sf+Gaze Autoclavada	
SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML TUBO 100 1,2			MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50
LIMA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6		SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML TUBO 100 1,	
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2		TRANSFOR. - 1 UD	1
HERMINGA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2		CLORENEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 30	
ROFEND 100MG IV-FRAP 1 UD	2		LIMA DESC.ESTERL N-7,5 - 1 PA	1
ICOOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20		LIMA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6		GAZE 10X10 ESTERL PCT C10 PCT 1 UD	3
União C/ Jelco			Curativo Com Atadura E Gaze Autoclavada Med	
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6		ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2
INCRPOM 25K10 TUO 1000 CM	15		GAZE ACOLOHONDA 16X15 PCT 10 CM	2
UNA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1		CEFAZOLINA SODICA	
XTENSOR 20CM 6X12 VIAS - 1 UD	1		KEFADOL FRAP 1 UD	2
4DX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1		SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2
ERNGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1		ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6
AVETER INTRA VENOSA 22 (HELCO) - 1 UD			ÁGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	2
COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15		LIMA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6
AMPA CONE LUER - 1 UD	1		AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
ondade em Vestível De Alívio			ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20
V.C.CAMA GELEIA 2% BISN 30 GR	5			

Dt. Nasc.: 28/02/1987
 Nº Prescrição: 0025492855
 Leito: 133430/1

Atendimento: 65022363
 25/01/2020 às 08:05
 Peso: 80,00 kg

Emissor: 25/01/2020 15:13

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
25/01/2020 13:14
R0001_HR

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 28/02/1987	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292651
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25497034	25/01/2020 às 13:13	
Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA	Mantido: <input checked="" type="checkbox"/> OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: <input checked="" type="checkbox"/> OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXtenso OU PROLONGADO

SINAIS VITais	Mantido:
---------------	----------


Sarah Joliana
Saunders Guedes
25/01/2020 13:13:24



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
25/01/2020 01:15 PM
00000000000000000000000000000000

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Naso.: 28/02/1987	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292651
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 25497036	25/01/2020 às 13:14	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES (COREN 521482)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXÍMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Glántido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



Sarah Joliana Saunders Guedes
25/01/2020 01:15 PM - SP

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 13:13

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 28/02/1987	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292651
Convênio: HAPVIDA		Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1
Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1]	Nº: 49941720	25/01/2020	às 13:07

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 16:12

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 28/02/1987	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292651		
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 6A - HAPFOR	Leito: 6007/1			
Profissional(is): FRANCISCO HELDÓ ARAÚJO JUNIOR, ENFERMEIRO(A), COREN 539450 [1]	Nº: 49949001	25/01/2020	às 16:11		
<hr/>					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM					
Evolução da enfermagem	D.A.S., 32 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO 58 NO POI DE PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA COM DR GILVAN E SOB ANESTESIA GERAL COM DRA SÔNIA. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE, SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO PÉRÍODO. COM AVP EM MSD E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO INTEGRAL. COM DRENO DE PORTOVAC EM SUCCÃO. DIURESE ESPONTÂNEA. SSVV: PA: 121 X 86 MMHG, FC: 87 BPM, FR: 15 MRPM, SATO2: 100%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.				
<hr/>					
AVALIAÇÃO DE DOR					
Dor (0 A 10)	0	[1]			
<hr/>					
DISPOSITIVOS					
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]			


 Francisco Heldó Araújo Jr.
 Enfermeiro
 COREN - CE 539450

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE - PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/01/2020 0

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 28/02/1987	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292651
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 6A - HAPFOR	Lote: 6007/1	
Professional(is): MARCIANA ALMEIDA DA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 436988 [1]	Nº: 49970902	26/01/2020	H: 09:39

Evolução de Enfermagem

Evolução de enfermagem

PLANTAO MT
PACIENTE D.A.S., 32 ANOS,
PACIENTE SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO 5B
HD: 1 PO PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA COM DR GILVAN .

EVOLUÍ CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR
AMBIENTE. SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO PERÍODO. COM AVP EM
MSD E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO
INTEGRAL, COM DRENO DE PORTOVAC EM SUCÇÃO. DIURESE
ESPONTÂNEA. SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE
** PACIENTE EVOLUINDO BEM APÓS VISITA MÉDICA RECEBE ALTA
HOSPITALAR

Avaliação de Dor

Dor (0 a 10)

0

[1]

Dispositivos

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]


Marciana Almeida da Costa
COREN-CE 436988 - ENF

E7



TÍTULO DE PROPRIEDADE

TITULO DE ANDRADE SILVA

CNPJ: 0001924616201 SGP 00

CEP: 020.020.143-93 | DATA ALTA: 02/02/1967

NASCID
FRANCINELDO DIONÍZIO
DA SILVA
ANGÉLICA LUCIA DE ANDRADE
SILVA

EXERCÍCIO:
EXERCÍCIO ATIV FUMIGADORA/

Endereço:
MORANGUAP, CE

Data: 15/12/2018

Assinatura: *[Assinatura]*

19080650116
CR154679450

1407063250

VALOR DA UNIÃO
E ENFERMOS MATERIAIS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013571059904
CNPJ 00.240.688/0001-44

EXERCÍCIO
2017

PPT 01 01036433398 000000000
SUPERMERCADO ANALI LTDA

MARANGUAPÉ

CEP: 65000-000

UF: CE

OFF: CE

PLACA:

PMK9307/CE

CHASSIS:

9C2JC4110FR104652

COMBUSTÍVEL:

GASOLINA

CATEGORIA:

PARTIC

DATA PRINCIPALMENTE:

VERNEI HA

DATA DE VENCIMENTO:

2014

ANO FAB:

2015

ANO MOD:

2014

DATA DE VENCIMENTO:

09

ANO FAB:

2014

DATA DE VENCIMENTO:

09

ANO FAB:</

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Ministério das Cidades

BENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013571059904
CÓD. REVISÃO 0000000000
PPT 01 010364333598 2017

SUPERMERCADO OIATI LTDA
Avenida Presidente Vargas, 1000 - Centro
CEP 51600-000 - Fortaleza - CE
Fone: (85) 3222-1106 / 3222-1666
Site: www.supermercadooiati.com.br

21094769000196

REGISTRO
Nº 010364333598

9623021106166652

REGISTRO
Nº 010364333598

P63/HOTOTECLOG/MAG APLIC. 00001.100

HONDA/CB 125 FAH KS 2014 2015

2014/2015/124953 PARTIC. 00001.100

010364333598 9623021106166652

PRAÉMIO TÁXIÁRIO

81,29 9,03 90,33

4,13 0,7 105,49

0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00

SEGURO DA PRIMEIRA DÉCADA DE VIDA PESSOAS CAUSADAS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE TERRESTRE, MAR, POR SUA CARGA, PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DA VIDA

CE Nº 013571059904 ELENTE DE SEGURO DPVAT
RECISO GE Nº 013571059904

ESTE É O SEU MELHOR DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE GOVERNO
www.seguradapvbat.com.br

DPVAT
013571059904
30/07/2017

PRÉMIO TÁXIÁRIO
013571059904
30/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.000.000/0001-01

NOTOR: JC411E1F104652

013571059904
010364333598
1436770114

Igor Ponte
Assistente Administrativo
Detran-CE

013571059904

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598

010364333598



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA		
NUMERO DE INSCRIÇÃO 20.905.851/0001-90 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 25/08/2014
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO - ME		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-6 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)		
LOGRADOURO R PAULO GOMES DA SILVA	NUMERO 226	COMPLEMENTO TERREO;
CEP 61.803-070	BARRAQUINHO PARQUE SOLEDADE	MUNICÍPIO CAUCAIA
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 25/08/2014	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL *****		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

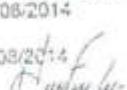
Emitido no dia 26/08/2014 às 11:25:53 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Voltar](#)

REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

1 / 1

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE		NIRE DA FILIAL (preencher somente se aro referente a filial)		
NOME DO EMPRESÁRIO (completo sem abreviação) CELSO GOMES PINHEIRO				
NACIONALIDADE BRASILEIRA		ESTADO CIVIL CASADO		
SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	REGIME DE BENS (se casado) COMUNHÃO PARCIAL			
FILHO DE (sai) MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO		(mão) MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO		
NASCIDO EM (data de nascimento) 25/12/1976	IDENTIDADE (número) 2008010112657	Dspto Emissor SSP	UF CE	CPF (número) 791.649.193-15
EMANCIPADO POR (termo de emancipação somente no caso de menor)				
DOMICÍLIO NA (LOGRADOURO rua, av, etc.) RUA TRES		NÚMERO 184		
COMPLEMENTO LOTEAMENTO SANTO EMILIO		BAIRRO / DISTRITO CANINDEZINHO		
MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE		
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresária, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:				
ATO 080	DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO				
LOGRADOURO (rua, av, etc.) RUA PAULO GOMES DA SILVA		NÚMERO 226		
COMPLEMENTO TERREO: TERREO,		BAIRRO / DISTRITO PARQUE SOLEDADE		
MUNICÍPIO CAUCAIA		UF CE	PAÍS BRASIL	CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) danie@contachonline.com.br
VALOR DO CAPITAL - R\$ 10.000,00	VALOR DO CAPITAL (em extenso) DEZ MIL REAIS			
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE Fiscal) Atividade primária 8219999 Atividades secundárias	DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARAÇÃO DE DOCUMENTOS E SERVIÇOS			
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES 25/08/2014		NUMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior	
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assessor/parente) CELSO GOMES PINHEIRO		USO DA JUNTA COMERCIAL DESPACHANTE DA AUTORIDADE SOBERANA 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		
DATA DA ASSINATURA 22/08/2014	ASSINATURA DO EMPRESÁRIO x celso gomes pinheiro			
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL				
DEFERIDO, PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE JOSÉ KLEBER G. NASCIMENTO 25/08/14	AUTENTICAÇÃO	<p>JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SE03 CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB N° 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014   Haroldo Fernandes Moreira SECRETARIO-GERAL</p>		



ATO 315

ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO,, bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

celso gomes pinheiro

CELSO GOMES PINEHRO



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ -SEDE
CERTIFICO O REGISTRO EM 25/08/2014

SOB Nº 20141102624

Protocolo: 14/110262-4, DE 22/08/2014

Empresa: 23.1.0359240-6
CELSO GOMES PINHEIRO

HAROLDO FERNANDES MOREIRA
SECRETARIO-GERAL

ASSA CORRETORA DE SIG. LTDA
65 JUL. 2018

CONTRATO SOCIAL
SUPERMERCADO ANALI LTDA

JARBAS DA SILVA IBIAPINA, brasileiro, solteiro, maior, nascido em 19/05/1985, empresário, portador da CNH 03232953467 DETRAN/CE, CPF 004.455.003-01, residente e domiciliado na Rua Holanda, 1717 – casa 10 – quadra 02 – lote 38 – Jardim Cearense - Fortaleza/CE, CEP 60.712-165 e MARIA IRLÂNDIA PINHEIRO, brasileira, solteira, maior, nascida em 15/03/1974, natural de Solonópole/CE, empresária, portadora da cédula de identidade 20076647174 SSP/CE, CPF 703.813.643-72, residente e domiciliada na Rua Holanda, 1717 – casa 10 – quadra 02 – lote 38 – Jardim Cearense - Fortaleza/CE, CEP 60.712-165, doravante denominados sócios, constituem uma sociedade limitada, mediante as seguintes cláusulas:

PRIMEIRA - A sociedade girará sob o nome empresarial **SUPERMERCADO ANALI LTDA**, e terá sede e domicílio na Rua Senador Almir Pinto 2510 – Bairro Novo Maranguape I – Maranguape/CE, CEP 61.943-060.

SEGUNDA - O objeto social será o Comércio Varejista de Mercadorias em Geral – Supermercados, comércio varejista de carnes, hortifrutigranjeiros, lanchonetes, casa de chá e sucos, correspondentes de instituições financeiras, gestão de espaço para exposição para uso de terceiros, promoção de vendas e publicidade no local da venda.

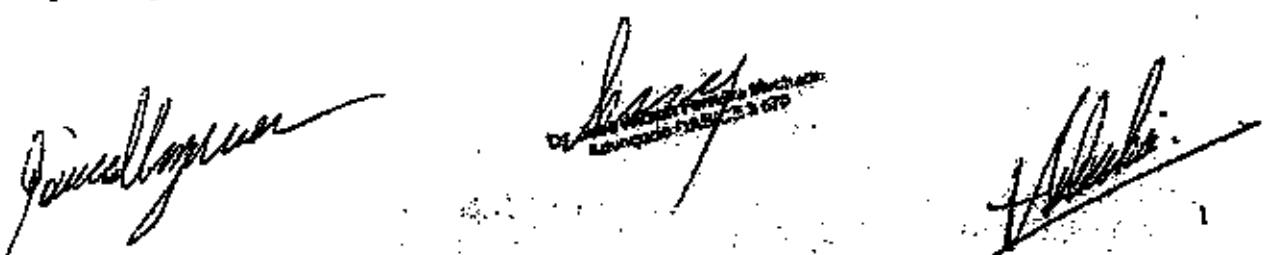
TERCEIRA - O Capital Social será de R\$ 100.000,00 (Cem mil reais), dividido em 100.000 (cem mil) quotas de R\$ 1,00 (Um real) cada uma, subscritas e integralizadas, neste ato, em moeda corrente do país, pelos sócios da seguinte maneira:

<u>Sócios</u>	<u>Nº de Cotas</u>	<u>Total(R\$)</u>
MARIA IRLÂNDIA PINHEIRO	70.000	70.000,00
JARBAS DA SILVA IBIAPINA	30.000	30.000,00
TOTAL	100.000	100.000,00

QUARTA - As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do outro sócio, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, o direito de preferência para sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente.

QUINTA - A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social.

SEXTA - A sociedade iniciará suas atividades em 20/09/2014, e seu prazo de duração é por tempo indeterminado.



CONTRATO SOCIAL
SUPERMERCADO ANALI LTDA

Continuação do Contrato Social.

SÉTIMA - A administração da sociedade será exercida por ambos os sócios, com poderes para praticar todos os atos pertinentes à gestão da sociedade, podendo para esta finalidade transferir seus poderes a terceiros, através de instrumento procuratório, autorizado o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

OITAVA - Os sócios poderão de comum acordo e a qualquer tempo, fixar uma retirada mensal pelo exercício da gerência, a título de "pró-labore", respeitadas as disposições regulamentares pertinentes.

NONA - Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados.

DÉCIMA - Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administrador (es) quando for o caso.

DECIMA PRIMEIRA - A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios.

DECIMA SEGUNDA - Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará sua atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes, ou do(s) sócio(s) remanescente(s), o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os mesmos procedimentos serão adotados em outros casos em que a sociedade se resolva em relação a seu sócio.

DÉCIMA TERCEIRA - Os administradores declaram sob as penas da lei, de que não estão impedidos de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar(em) sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública, ou a propriedade incorrem nas proibições previstas em lei para o exercício da atividade mercantil.

J. Antônio Góis *Dr. José W. Bento* *V. Mandio*

CONTRATO SOCIAL
SUPERMERCADO ANALI LTDA

Continuação do Contrato Social.

DECIMA QUARTA – Fica eleito o foro de Maranguape - CE para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento em 04 (quatro) vias.

Maranguape/CE, 17 de Setembro de 2014.

Maria Irlândia Pinheiro
MARIA IRLÂNDIA PINHEIRO

Jarbas da Silva Ibiapina
JARBAS DA SILVA IBIAPINA

*Dr. José Antônio Fernandes Machado
Avogado DABICE 3.670*

	<p>JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ -SEDE CERTIFICO O REGISTRO EM: 23/09/2014 SOB N°: 23201641037 Protocolo: 14/119599-1, DE 19/09/2014 SUPERMERCADO ANALI LTDA</p>
	<p><i>Custujo</i> HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETARIO-GERAL</p>

Irlândia

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Daniel de Andrade Siqueira
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Enfermeiro
Identidade: 2004024010204 CPF: 02002919351
Endereço: Rua novato tibúrcio 299
Bairro: Noite Maranguape
Cidade: Maranguape CEP: 61941-245.

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, *Manuel de Andrade Silva*

Local e data:

Mariangela, 13 de Junho de 2012

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconheço as/ <u>s</u> firmas(s)	
<u>Audiáclio</u>	
<u>Em Test. _____</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Por autenticidade <input type="checkbox"/> Por semelhança <u>Dou-lé, Mariana Pappa</u> <u>Em Test. _____</u> da verdade	
	
<u>Declino posse</u> <u>FERNANDO ANTONIO DE HOLANDA CARLOS</u> <u>Titular do Ofício</u>	

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242028/18

Número do Sinistro: 3180308499

Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA

CPF: 020.024.143-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/12/2017

Titular do CPF: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2018
Nome: CELSO GOMES PINHEIRO
CNPJ: 20.905.851/0001-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

CELSO GOMES PINHEIRO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0228215/20

Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA

CPF: 020.024.143-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/12/2017

Titular do CPF: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DANIEL DE ANDRADE SILVA : 020.024.143-51

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: 14/08/2020
Nome: DANIEL DE ANDRADE SILVA
CPF: 020.024.143-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

DANIEL DE ANDRADE SILVA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA