

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, 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



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

Nome completo da vítima

02002414351

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. DONATO TIBURCIO		Número	Complemento
Bairro NOVA MARANGUAPE	Cidade MARANGUAPE	Estado CEARA	CEP 61944245
Email			Telefone (DDD) (85) 99959079

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

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

NRO.

0751

D/V

CONTA

NRO.

12247

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(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, 29 de junho de 2018

Local e Data

Daniel de Andrade Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AVIA CORRETORA DE SEC. LTDA
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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0751 CONTA: 12247 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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) ☐ 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 ☐ Não 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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** UF: **CE**
CNH: **04670534438** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA**
FRANCINEUDO DIONISIO DA SILVA
Endereço: **RUA MARLETE LEITE, 214**
Bairro: **ÁREA SECA** CEP:
Município: **MARANGUAPE/CE** Telefone: **(85) 98875-2032**
País: **BRASIL**

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 Anali, 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 Anali, 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.: 130573-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Daniel de Andrade Silva

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Pág. 1 de 2

Imprimido em: 13/06/2018 16:33:59

[Handwritten signature]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 ASL: 200.024.143-51 3 - CPF da vítima: 050.024.143-51 4 - Nome completo da vítima: Daniel 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: Daniel de Andrade Silva 6 - CPF: 050.024.143-51

7 - Profissão: entregador 8 - Endereço: Rua Renato Tibúrcio 9 - Número: 510 10 - Complemento:

11 - Bairro: não maranguape 12 - Cidade: maranguape 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61944-945

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 85 984241586

DADOS CADASTRAIS

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0751 CONTA: 12247 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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) ☐ 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 ☐ Não 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.

NAO ALFABETIZADO

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Maranguape 05/08/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



MARANGUAPE

Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3389.9170
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 80 mmHg T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmHg

Enfermeiro: _____

Data: 04/12/17 Horário: 17:26

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Exame físico no corpo, após exame com a mão esquerda em queda (sic). Nada de anormal.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Pegadas escuras em membro superior esquerdo e

Exames Solicitados:

Exame físico esquerdo

Hipótese Diagnóstica:

após trauma

R. M. E. E

R. M. S. F

DESTINO

☒ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Observação

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:

VEGA ALGUBIAS

Horário

Auxiliar

1) Ceto plasmático OS FA + 300mg SF 0,9% EV

18:00
Axi

A presente xerox confere com a Original
em nossos arquivos HMABH em 03/12/2017

Assinatura do Funcionário Same

Observação:

988752032

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



Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.947.251/0001-70 | CGF 06.105.846-3

Esta é a sua conta de

07/2020

NOME DO CLIENTE	00
8007649	
VENCIMENTO	
20/07/2020	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
75,68	
DATAVENSAO	
13/07/2020	

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumo Anterior	Consumo Atual
44 P	6844,89	6872,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

DE - LUM FEE PREP MANG	Consumo	Mês
	6872,00	07/2020

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Utilizado	Saldo (NON A Explor Atualizado)	Programa Mês
44 P	0,00	0,00	07/2020

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
07/2020	6872,00	75,68
06/2020	6844,89	75,68
05/2020	6817,78	75,68
04/2020	6790,67	75,68
03/2020	6763,56	75,68
02/2020	6736,45	75,68
01/2020	6709,34	75,68
12/2019	6682,23	75,68
11/2019	6655,12	75,68
10/2019	6628,01	75,68
09/2019	6600,90	75,68
08/2019	6573,79	75,68
07/2019	6546,68	75,68

CONSUMO CONSCIENTE

ENESSÕES DE CO ₂ (kg/kWh)	Consumo	Valor (R\$)
0,00	0,00	0,00

ATENÇÃO

Atenção	Valor (R\$)
0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Base Tarif. - 13/07 Informamos que a sua conta de energia com vencimento foi gerada em 01/07/2020, portanto, não há mais a necessidade de pagamento na Residência Anual nº 2.670/20 em 14/04/2020, postergado devido ao COVID-19.

8387000000-1 75680031020-8 01026056307-0 00008007649-1



0,00

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.947.251/0001-70 | CGF 06.105.846-3

Nome NATALY SOUSA DE OLIVEIRA

Endereço RJU NONATO TIBURCIO 00000 00000

Classificação Residência Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 4747022-ELE-626 - MG007U16

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5680-8258-2ACB-8180-7631-7076-40F1-0NC1

CPF / CNPJ 038.171.583-61

DATAS DE LETURA

13/07/2020

Valor Total Letura

13/07/2020

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.947.251/0001-70 | CGF 06.105.846-3

Nome NATALY SOUSA DE OLIVEIRA

Endereço RJU NONATO TIBURCIO 00000 00000

Classificação Residência Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 4747022-ELE-626 - MG007U16

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5680-8258-2ACB-8180-7631-7076-40F1-0NC1

CPF / CNPJ 038.171.583-61

DATAS DE LETURA

13/07/2020

Valor Total Letura

13/07/2020

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.947.251/0001-70 | CGF 06.105.846-3

Nome NATALY SOUSA DE OLIVEIRA

Endereço RJU NONATO TIBURCIO 00000 00000

Classificação Residência Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 4747022-ELE-626 - MG007U16

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5680-8258-2ACB-8180-7631-7076-40F1-0NC1

CPF / CNPJ 038.171.583-61

DATAS DE LETURA

13/07/2020

Valor Total Letura

13/07/2020

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 Irandia Pinheiro,

RG nº 2007664717-4 data de expedição 08/09/17,

Órgão SSP, portador do CPF nº 703.813.643-72, com

domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

Ceará, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Irandia, nº 1017,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado 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: Pao / motocicleta / não - Cuiabá

Modelo: Remota / CG 125 km KS

Ano: 2014 / 2015

Placa: PMK9307

Chassi: 9C2JE4110FR104652

Data do Acidente: 04/12/17

Local e Data: Fortaleza, 01/06/18

Cartório de
Jurema

Maria Irandia Pinheiro

Assinatura do Declarante

Daniel de Andrade Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LIBIA CORRETORES DE SEC. LID
05 JUL 2018



MARANGUAPE

Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3389.9170
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 80 mmHg T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmHg

Enfermeiro: _____

Data: 04/12/17 Horário: 17:26

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Examinado no corpo, após retirar com a mão
multitudo em queda (sic). Nada de mais.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Pequenas escoriações em
membro superior esquerdo e

Exames Solicitados:

diagnóstico inflexão esquerda

Hipótese Diagnóstica:

após trauma

R. M. E. E

R. M. S. F

DESTINO

☒ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Observação

Daniel de Andrade
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:

VEGA ALGUBIAS

Horário

Auxiliar

1) Ceto plasmático OS FA + 300mg SF 0,9% EV

18:00
Axi

A presente xerox confere com a Original
em nossos arquivos HMABH em 03/01/2018

[Assinatura]
Assinatura do Funcionário Same

Observação:

988752032



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 CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DE CLAVICULA NO DIA DE HOJE. PACIENTE DEVERÁ AFASTAR-SE DE QUALQUER ATIVIDADE FÍSICO-LABORAL POR UM PERÍDO DE 90 DIAS ATÉ TOTAL RECUPERAÇÃO.

CID: M84.1

Dr. José Gilvan L. S. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMOC 134417/2017 15132

RP3000N

JOSE GILVAN LEITE SAMPAIO NETO

25/01/2020 10:58

192.85.4.101



LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que DANIEL DE ANDRADE SILVA, está no pós-operatório de tratamento cirurgico 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

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				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
88752032		ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR

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

Avaliação médica

26/01

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133430 SALA CC 03	01	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
23259898	99995866	D38621014	INTERNACAO
23259898	30795033	D38621014	ACROMIOPLASTIA
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

2000

02020438014

FICHA DE AVALIAÇÃO DATA: 7/4/11

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	06:00			[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 ANTISSEPSE + 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 L. 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 863782 [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 CLAVÍCULA	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	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 Cirurgico 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]
Antibióticoprofilaxia 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

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/01/2020 11:31

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 28/02/1987	Atendimento: 65022363	Prontuário: 6292851
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 Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	SIM.		[1]
Amostra Para Anatomia Patologica 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]

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

Dt. Nasc. 28/02/1987
Nº Prescrição: 25492855
Leito: 433484-
25/01/2020 às 08:05

Atendimento: 65022363
Prontuário: 6292851
Peso: 80.00 kg

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3Ch ORAL

CRM-136

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7.00 g/min

Acoso Periférico

CRM-136

SORO FISIOLÓGICO 0.9%

20.83

mEq/L

500 ml

1 FRAP

8/8h

EV

CRM-136

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

Água Destilada a

1g

1 FRAP

8/8h

EV

CRM-136

4. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg

1 FRAP

(FRAP C/ 100MG)

8/8h

EV

CRM-136

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Água Destilada a

1000mg

2ML

(AMP C/ 500MG)

6/6h

EV

CRM-136

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg

2ML

(AMP C/ 100MG)

8/8h

EV

SN

CRM-136

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Água Destilada a

10mg

2ML

(AMP C/ 10MG)

8/8h

EV

CRM-136

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIND

SN

CRM-136

9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOLCHOADA

SN

CRM-136

10. PUNÇÃO C/ JELCO

SN

CRM-136

11. SINAIS VITAIS

SN

CRM-136

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-136

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTO

SN

CRM-136

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

SN

CRM-136

15. COMPRESSÃO COM ETR

SN

CRM-136

JOSE GILVAN LENTE SAMPAIO NET

Dr. Jose Gilvan L. S. Neto
CRM 136 / 17/10/2015
CRM 136 / 17/10/2015

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

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

DT. Nasc.: 28/02/1987
Mº Prescrição: 0025492355
Leito: 1324304 600g.
Atendimento: 65022363
25/01/2020 às 08:05
Pesc: 80.00 kg

Prontuário: 6292651

Emissão: 25/01/2020 17:58

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/ml/Acesso Periférico
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500ml	10.00 ; 15.00
Prescritor: CRM-13841				
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g/100ml)	1g	1 FRAP (FRAP C/ 100g)	8/8h	EV
		10 ml		18.00 ; 26/01-00.00 ; 08.00 ; 26.00
Prescritor: CRM-13841				
4. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV
		100 ml		18.00 ; 26/01-00.00 ; 08.00 ; 26.00
Soro Fisiológico 0,5%				
Prescritor: CRM-13841				
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMP C/ 500MG)	6/6h	EV
		18 ml		18.00 ; 26/01-00.00 ; 26/01-06.00 ;
Agua Destilada				
Prescritor: CRM-13841				
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMP C/ 100MG)	8/8h	EV
		100 ml		SN
Soro Fisiológico 0,5%				
Alta vigilância				
Prescritor: CRM-13841				
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMP C/ 10MG)	8/8h	EV
		18 ml		18.00 ; 26/01-00.00 ;
Agua Destilada				
Prescritor: CRM-13841				
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO			SN	10.00 ;
Prescritor: CRM-13841				
9. CURATIVO MEDIO-SF-GAZE				10.00 ;
Prescritor: CRM-13841				

06:00h
Deixe
250ml

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

Dt. Nasc.: 28/02/1987
 Nº Prescrição: 0025492955
 Leito: 133430/1
 Atendimento: 65022363
 25/01/2020 às 08:05
 Peso: 80.00 kg

Prontuário: 6292651

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

10. PUNCAO C/JELCO Prescritor: CRM-13841	SN	10:00 ;
11. SINAIIS VITAIS Prescritor: CRM-13841		12:00 ;
12. GEL O 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS Prescritor: CRM-13841		10:00 ;
13. RETIRADA DE DRENO DE PROBIGNAC CRM-13841	SN	10:00 ;
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ANDRADE ANDRADE CRM-13841		10:00 ;
15. COMPRESSÃO COM ÉTER Prescritor: CRM-13841	SN	10:00 ;
26. Alta em: 26/01/2020 Alta dada por: JOSE GILVAN LETTE SAMPAIO NETO Prescritor: CRM-13841	ALTA MELHORADO	
Profissionais: CRM-13841	JOSE GILVAN LETTE SAMPAIO NETO	

Reservado para o SHD

ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

Pro. João Filadelfo
 Endereço:
 CORREA - 01.530.055

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Convenio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 28/02/1987

Nº Prescrição: 0025492855

Leito: 133430/1

Atendimento: 65022363

25/01/2020 às 09:05

Peso: 80,00 kg

Prontuário: 6292851

Emissão: 25/01/2020 às 13

GASTOS

PLANEJ	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Qtd.	Descrição	Qtd.
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 2			COLETOR DE URINA SIMPLES ADULTO - 1 U 1						
ALGODAO HIDROFLO - 500 GR 4			LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2			BONDA ASP TIRAGUETA 12 - 1 UD 1						
BIOMOPRIDA 100MGAL SOL INJ AMPL 2ML 2			CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML 50						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 2			GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 10			LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA 1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 4			<u>Relatada De Dreno De Portocav</u>						
CLIPRONA AMP			ESPALMADURO MEFERIN 10CMX4,5M TUBO 130						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 15			MACROPORE 25X10 TUBO 1000 CM 50						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 6			CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 20						
CLIPRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML 3			ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD 1						
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML 3			LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 2						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 3			SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML 5						
ALGODAO HIDROFLO - 500 GR 6			GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 2						
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 3			LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA 1						
<u>DETOPROFENO IV</u>			LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD 1						
GRUPO DE SORO SIMPLES - 1 UD 2			<u>Curativo Medido+Sf+Gaze Acoelhada Medi</u>						
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L2			MACROPORE 25X10 TUBO 1000 CM 50						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 6			SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L1						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2			TRANSORX - 1 UD 1						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML 2			CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 30						
PROFENO 100MG IV FRAP 1 UD 2			LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA 1						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 20			LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1						
ALGODAO HIDROFLO - 500 GR 6			GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 3						
<u>Unicaso Cl Jato</u>			<u>Curativo Com Abertura E Gaze Acoelhada Medi</u>						
ALGODAO HIDROFLO - 500 GR 6			ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD 2						
MACROPORE 25X10 TUBO 1000 CM 15			GAZE ACOELHADA 15X15 PCT 15 CM 2						
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1			<u>CEFALOTRINA SODICA</u>						
XTENSOR 20CM C/2 VAS - 1 UD 1			KEFAZOL FRAP 1 UD 2						
FIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD 1			SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 2						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML 1			ALGODAO HIDROFLO - 500 GR 8						
CATETER INTRO VENOSO 22 (HELCO) - 1 UD 1			AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML 2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 15			LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 6						
AMPA COME LUER - 1 UD 1			AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 2						
<u>ondagem Vesical De Alivio</u>			ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML 20						
ALGODAO GELIA 2% BRN 30 GR 5									

RP1531

FRANCISCO HELDO APALUJO JUNIOR 25/01/2020 15:13

IP: 192.88.1.101

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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 CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1	Enfermeiro(a): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUED	
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: [1] OK
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: [1] OK

3 - RISCO DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA

Relacionado a: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EXTENSO OU PROLONGADO

SINAIS VITAIS	Mantido:
---------------	----------


Sarah Joliana Saunders Guedes
Enfermeira - CRP 521.482 - 098

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: DANIEL DE ANDRADE SILVA	Dt. Nasc.: 26/02/1997	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			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS


Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - 05.521.482 - FNS

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			
Evolution of nursing	13:07 - D.A.S., 32 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA 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 ALGÍCAS NO PERÍODO, COM AVP EM MSD E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO ÍNTEGRO. COM DRENO DE PORTOVAC EM SUCÇÃO. DIURESE ESPONTÂNEA. SSVV: PA: 121 X 66 MMHG, FC: 67 BPM, FR: 15 MRPM, SATO2: 100%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.		[1]
AVALIAÇÃO DE DOR			
Dor (0 A 10)	0		[1]
DISPOSITIVOS			
Acesso Venoso Periférico	Sim		[1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
Sarah Joliana Saunders Guedes
Enferm - CR 521.482 - RJ

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 HELDO ARAUJO JUNIOR, ENFERMEIRO(A). COREN 539450 [1] Nº: 49949001 25/01/2020 às 16:11

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de 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 ALGICAS NO PERÍODO. COM AVP EM MSD E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO ÍNTEGRO. COM DRENO DE PORTOVAC EM SUCÇÃO. DIURESE ESPONTÂNEA. SSVV: PA: 121 X 86 MMHG, FC: 67 BPM, FR: 15 MRPM, SATO2: 100%. MONITORIZADO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.

[1]

AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Por: Helder Araújo Jr.
 Enfermeiro
 COREN-CE 23416

NUTRIÇÃO : ENTEROFIX

PACIENTE

Daniel de Andrade Silva

LEITO

CONVENIO

1015

26/01/2020

PERKONIAN DAVID

PALENTINEN

65022363

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MORAVIA

Simon Victorius

Altca Inupiatulana

COALIGENIO

10

1530

PAK COMPRIINDO

IMMUNOCATALYSTS OF VINYL MONOMERS

COMMITTEE OF FOLIO

101

[illegible]

	0
	-
	-

1. 1000

--	--

1

CONTROLE DOS SIN AIS VITAIS

1000

12

For a complete...

1000

Case number:

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

Leito: 8007/1

Profissional(is): MARCIANA ALMEIDA DA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 436988 [1]

Nº: 49970902

26/01/2020

às 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.

[1]

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR
 AMBIENTE. SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO PERÍODO. COM AVP EM
 MSD E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSD. CURATIVO
 ÍNTEGRO. COM DRENO DE PORTOVAC EM SUÇÃO. DIURESE
 ESPONTÂNEA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE
 ** PACIENTE EVOLUINDO BEM APOS VISITA MEDICA 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



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SISTEMA DE INSCRIÇÃO

1407063250

NOME DANIEL DE ANDRADE SILVA	
CPF 2001024010201 SUP. CE	
CEP 020.020.143-51	DATA NASCIMENTO 26/02/1967
FUNÇÃO STANCIUNDO DIORISTO DA SILVA AND LUCIA DE ANDRADE SILVA	
PROFISSÃO PROFESSOR	SEX M
DATA DE INSCRIÇÃO 15/06/2009	

EXERCER ATIV REMunerada/

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SISTEMA DE INSCRIÇÃO

1407063250

LOCAL PARANGUAPÉ, CE	DATA DE INSCRIÇÃO 16/12/2016
ASSINATURA 16/12/2016	
19030950116 CE154679450	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - CE Nº 013571059904
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CDD RENAVAM RUA C EXERCÍCIO
PPT 01 01036433398 0000000000 2017

SUPERMERCADO ANALI LTDA
MARANGUAPÉ /CE

21094769000194 PMK9307/CE
/CE 9C2JC4110FR104652

PAS/MOTOCICLO/MPB APLIC. GASOLINA
HONDA/CG 125 FAN KS 2014 2015
2P/OCV/124JC PARTIC. VERMELHA

1 COTA ÚNICA
P V A
PARCELAMENTO / COTAS
1º 2º 3º

SEGURO OBRIGATORIO

MARANGUAPÉ 13/09/2017
Igor Pontes
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013571059904 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 13/09/2017

01 21094769000 PMK9307
01036433398 HONDA/CG 125 FAN KS
2014 09 9C2JC4110FR104652

PRÊMIO TARIFÁRIO

81,29 9,03 90,33
4,15 0,7 185,3
CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) VALOR DO SEGURO (R\$)

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CARU 09.348.6680001-01

MOTOR: JC41E1F104652 01157

013571059904
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

01157
PMK9307
01036433398
148677 01313



ASSINATURA

2017 JUL 5 10:57

**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			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 20.905.851/0001-90		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	
MATRIZ		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 213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO R PAULO GOMES DA SILVA		NÚMERO 225	COMPLEMENTO TERREO;
CEP 61.603-070	BARRIO/DISTRITO PARQUE SOLEDADE	MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE
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.

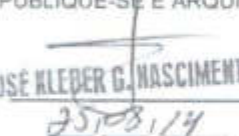

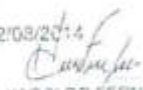
Emitido no dia 26/08/2014 às 11:25:53 (data e hora de Brasília).

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 for referente a filial)	
NOME DO EMPRESÁRIO (completo sem abreviaturas) CELSON 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 (pai) MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO		(mãe) MARIA DO SOCORRO PINHEIRO DE MELO	
NASCIDO EM (data de nascimento) 25/12/1976	IDENTIDADE (número) 2008010112657	Órgão Emissor SSP	UF CE
CPF (número) 791.649.193-15			
EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)			
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO rua, av., etc.) RUA TRES			NÚMERO 184
COMPLEMENTO LOTEAMENTO SANTO EMILIO		BARRIO / DISTRITO CANINDEZINHO	CEP 60731496
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 CELSON GOMES PINHEIRO			
LOGRADOURO (rua, av., etc.) RUA PAULO GOMES DA SILVA			NÚMERO 226
COMPLEMENTO TERREO: TERREO;		BARRIO / DISTRITO PARQUE SOLEDADE	CEP 61803070
MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE	PAÍS BRASIL	CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) denis@contechonline.com.br
VALOR DO CAPITAL - R\$ 10.000,00	VALOR DO CAPITAL (por extenso) DEZ MIL REAIS		
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE Fiscal) Atividade principal 8219999 Atividades secundárias	DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARAÇÃO DE DOCUMENTOS E SERVIÇOS		
<div style="text-align: right;">JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ 05 JUL. 2013</div>			
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES 25/08/2014	NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior	UF
USO DA JUNTA COMERCIAL CERTIFICAR A AUTENTICIDADE DO REGISTRO <input type="checkbox"/> 1 - SIM <input type="checkbox"/> 2 - NÃO			
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assistente/representante) <i>CELSON GOMES PINHEIRO</i>			
DATA DA ASSINATURA 22/08/2014			
ASSINATURA DO EMPRESÁRIO <i>celson gomes pinheiro</i>			
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL			
DEFERIDO PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE		AUTENTICAÇÃO	
 JOSÉ KLEBER G. NASCIMENTO 25/08/14		 JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE CERTIFICADO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB Nº 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014  HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETÁRIO-GERAL	



ATO 315

ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

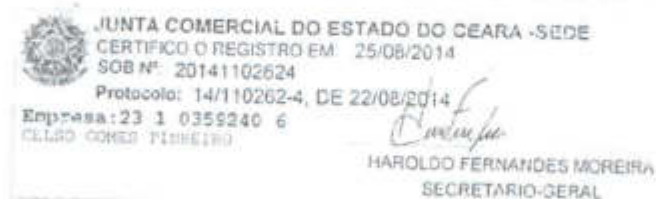
Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

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 PINHEIRO



1004 CORREÇÃO DE SEG. 170
05 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 SSPCE, 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 IRLANDIA 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.



DE MARIA IRLÂNDIA PINHEIRO
EMPRESÁRIA



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 suas 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.

Carlos Siqueira

Dr. José Wilson Ferreira
Administrador

Valdineia

CONTRATO SOCIAL
SUPERMERCADO ANALI LTDA

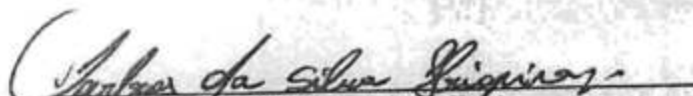
Continuação do Contrato Social.

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


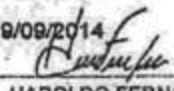
E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento em 04 (quatro) vias.

Maranguape/CE, 17 de Setembro de 2014.


MARIA IRLÂNDIA PINHEIRO


JARBAS DA SILVA IBIAPINA


Dr. Jose Wilson Ferreira Machado
Advogado OAB/CE 3.679

	JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE
	CERTIFICO O REGISTRO EM: 23/09/2014
	SOB Nº: 23201641037
	Protocolo: 14/119599-1, DE 19/09/2014
SUPERMERCADO ANALI LTDA	 HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETARIO-GERAL



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Daniel de Andrade Silva
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casado
Profissão: Engenheiro
Identidade: 2004024010204 CPF: 02002419351
Endereço: Rua Renato Tiburcio 299
Bairro: Novo Maranhão
Cidade: Maranhão CEP: 62944-245

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, Daniel de Andrade Silva

Local e data:

Maranhão, 13 de Junho

Daniel de Andrade Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

CARTÓRIO
HOLANDA

Reconheço a(s) firma(s) Daniel de Andrade Silva

☒ Por autenticidade
☐ Por semelhança
Dout. Antônio de Holanda Carlos
Em Test. da verdade

13 JUN 2018

FERNANDO ANTONIO DE HOLANDA CARLOS
Título do Ofício

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

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL DE ANDRADE SILVA

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

CELSO GOMES PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0228215/20

Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA

CPF: 020.024.143-51

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/12/2017

Titular do CPF: DANIEL DE ANDRADE SILVA

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
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

DANIEL DE ANDRADE SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA