

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10333360

A/C: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170023461 ASL-0007907/17
Vitima: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA EDNUSYA DAMASCENO FIGUEIREDO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10347094

A/C: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Sinistro: 3170023461 ASL-0007907/17
Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA EDNUSYA DAMASCENO FIGUEIREDO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10406467

A/C: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Sinistro: 3170023461 ASL-0007907/17
Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA EDNUSYA DAMASCENO FIGUEIREDO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10564806

A/C: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170023461 ASL-0007907/17
Vitima: DANIEL DE ANDRADE SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA EDNUSYA DAMASCENO FIGUEIREDO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SE _____

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

EU, Daniel de Andrade Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2004024010204 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 02.01.2019
 CPF 0900024043-51 / CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO trabalhador
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel de Andrade Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susup nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

CAPEMISA
06 JAN 2017

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0751 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 012-247-0

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

Maranguape/PE

Fevereiro de 2017 de 2017 Daniel de Andrade Silva

LOCAL, E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



CAIXA
06 JAN 2017

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Daniel de Andrade Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Sete de Setembro, 163
Centro Maranguape CE CEP: 61940-100
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [DETRAN / CE] 04670534438
Data local do exame: [26/01/2017] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO, ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO OMBRO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO, ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO

Data da alta: DEZ/2016

OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO, ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO

Complicações: SEM

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO PELA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro superior - Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Cláudio Pereira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 5040 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 01/12/2016 14:51:37
Data / Hora da Ocorrência: 01/08/2016 22:25:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA SENADOR ALMIR PINTO
Complemento:
Bairro: NOVO MARANGUAPE Município: MARANGUAPE/CE
Ponto de Referência: MORE MOTOS



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 7 DE SETEMBRO, 163
Bairro: CENTRO CEP: .
Município: MARANGUAPE/CE
País: BRASIL Telefone: (85) 98875-2032

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PM13552 Uf: CE Município: MARANGUAPE Chassi:
9C6KGD0570G0004588 Renavam: 1082444275 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/XTZ250 TENERE Ano
Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2016 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: BRANCA Proprietário: DANIEL DE ANDRADE SILVA Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISÃO

Histórico

Afirma a vítima que possui Carteira Nacional de Habilitação cadastrada sob o número: 04670534438; Que na data, hora e local acima citado foi vítima de acidente de trânsito; Que pilotava sentido Fortaleza/Maranguape-CE a MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ250 TENERE, de PLACA-PM13552, de sua propriedade, quando em dado momento acabou colidindo em um animal (cachorro) que entrou na via repentinamente, ocasião em que perdeu o controle da motocicleta vindo cair ao solo; Que em decorrência desta queda, sofreu fratura de clavícula; Que foi socorrido por uma ambulância do SAMU para o HOSPITAL DR. ARGEU GURGEL BRAGA HERBSTER de Maranguape-CE, onde foi atendido, medicado, e em seguida foi transferido para o HOSPITAL IJF de Fortaleza-CE, onde realizou exames, e liberado; Que no dia 03/08/16 retornou ao HOSPITAL DR. ARGEU GURGEL BRAGA HERBSTER, onde foi internado, sendo submetido à intervenção cirúrgica, E, nada mais disse, /

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Daniel de Andrade Silva

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 01/12/2016 16:25:27

CAPEMISA
06 JAN 2017



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 5040 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

Amil de Andrade Silva



Benício

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Daniel de Andrade Silva, portador da carteira de identidade nº 2004294010204 e inscrito no CPF/MF sob o nº 020.024.143-51 residente e domiciliado na Rua 07 de Setembro 163 - Maranguape Cidade Fortaleza Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Daniel de Andrade Silva

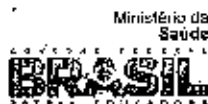
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maranguape - Ce - Fortaleza

Local e data

CAPEMISA
06 JAN 2017

Ato declaratório



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **DANIEL DE ANDRADE SILVA**, portador do RG Nº 2004024010204 e inscrito no CPF sob o Nº 020.024.143-51, no dia 01/08/2016, às 22h42min, no município de MARANGUAPE – CE, na CE 065 no KM 14. Paciente vítima de queda de moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Municipal Dr. Argueu Gurgel Braga Hersbster**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva *Ana Cristine Medeiros Silva*, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 10 de outubro de 2016

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

CAPEMISA
05 JAN 2017

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax: 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel de Andrade Silva

RG nº 2004024010904 data de expedição 02/01/2016 órgão SSP/CE

CPF nº 030.024.143.51, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>07 de Setembro</u>
Número	<u>163</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>(centro)</u>
Cidade	<u>Fortaleza / Maranguape</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>00000000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 985091735 (85) 988763390</u>
E-mail	<u>ednuiapd7@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maranguape - CE
Fortaleza, 02 de Janeiro 2016

Assinatura do Declarante: Daniel de Andrade Silva

CAPEMISA
06 JAN 2017

Nº DO CLIENTE 637887-0
 Para a fatura ou abastecimento, utilize o nº da conta
 para que seja emitido em nome do cliente.

101 criada pela Lei nº 11.000
 de 25 de abril de 2002
 Companhia Paranaense de Energia
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 81360-040 | Fone: (41) 333-0000
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 06.035.8483

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 455984230

Rota 20 26020 03 043500 - 0 Data de Emissão 29/11/2016

Nome FRANCISCO DE ASSIS LOPES DOS SANTOS

End. Postal RUA 7 DE SETEMBRO 00163
 CENTRO - MARANGUAPÉ -

Medidor 2737206 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 000000167499 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Letura
Nov/2016	29/11/2016	29/12/2016

ÍCMs

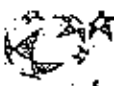
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
266,51	27,00%	71,95

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

REF. ANEX. 0012, 0013, 0014, 0015, 0016, 0017, 0018, 0019, 0020, 0021, 0022, 0023, 0024, 0025, 0026, 0027, 0028, 0029, 0030, 0031, 0032, 0033, 0034, 0035, 0036, 0037, 0038, 0039, 0040, 0041, 0042, 0043, 0044, 0045, 0046, 0047, 0048, 0049, 0050, 0051, 0052, 0053, 0054, 0055, 0056, 0057, 0058, 0059, 0060, 0061, 0062, 0063, 0064, 0065, 0066, 0067, 0068, 0069, 0070, 0071, 0072, 0073, 0074, 0075, 0076, 0077, 0078, 0079, 0080, 0081, 0082, 0083, 0084, 0085, 0086, 0087, 0088, 0089, 0090, 0091, 0092, 0093, 0094, 0095, 0096, 0097, 0098, 0099, 0100, 0101, 0102, 0103, 0104, 0105, 0106, 0107, 0108, 0109, 0110, 0111, 0112, 0113, 0114, 0115, 0116, 0117, 0118, 0119, 0120, 0121, 0122, 0123, 0124, 0125, 0126, 0127, 0128, 0129, 0130, 0131, 0132, 0133, 0134, 0135, 0136, 0137, 0138, 0139, 0140, 0141, 0142, 0143, 0144, 0145, 0146, 0147, 0148, 0149, 0150, 0151, 0152, 0153, 0154, 0155, 0156, 0157, 0158, 0159, 0160, 0161, 0162, 0163, 0164, 0165, 0166, 0167, 0168, 0169, 0170, 0171, 0172, 0173, 0174, 0175, 0176, 0177, 0178, 0179, 0180, 0181, 0182, 0183, 0184, 0185, 0186, 0187, 0188, 0189, 0190, 0191, 0192, 0193, 0194, 0195, 0196, 0197, 0198, 0199, 0200, 0201, 0202, 0203, 0204, 0205, 0206, 0207, 0208, 0209, 0210, 0211, 0212, 0213, 0214, 0215, 0216, 0217, 0218, 0219, 0220, 0221, 0222, 0223, 0224, 0225, 0226, 0227, 0228, 0229, 0230, 0231, 0232, 0233, 0234, 0235, 0236, 0237, 0238, 0239, 0240, 0241, 0242, 0243, 0244, 0245, 0246, 0247, 0248, 0249, 0250, 0251, 0252, 0253, 0254, 0255, 0256, 0257, 0258, 0259, 0260, 0261, 0262, 0263, 0264, 0265, 0266, 0267, 0268, 0269, 0270, 0271, 0272, 0273, 0274, 0275, 0276, 0277, 0278, 0279, 0280, 0281, 0282, 0283, 0284, 0285, 0286, 0287, 0288, 0289, 0290, 0291, 0292, 0293, 0294, 0295, 0296, 0297, 0298, 0299, 0300, 0301, 0302, 0303, 0304, 0305, 0306, 0307, 0308, 0309, 0310, 0311, 0312, 0313, 0314, 0315, 0316, 0317, 0318, 0319, 0320, 0321, 0322, 0323, 0324, 0325, 0326, 0327, 0328, 0329, 0330, 0331, 0332, 0333, 0334, 0335, 0336, 0337, 0338, 0339, 0340, 0341, 0342, 0343, 0344, 0345, 0346, 0347, 0348, 0349, 0350, 0351, 0352, 0353, 0354, 0355, 0356, 0357, 0358, 0359, 0360, 0361, 0362, 0363, 0364, 0365, 0366, 0367, 0368, 0369, 0370, 0371, 0372, 0373, 0374, 0375, 0376, 0377, 0378, 0379, 0380, 0381, 0382, 0383, 0384, 0385, 0386, 0387, 0388, 0389, 0390, 0391, 0392, 0393, 0394, 0395, 0396, 0397, 0398, 0399, 0400, 0401, 0402, 0403, 0404, 0405, 0406, 0407, 0408, 0409, 0410, 0411, 0412, 0413, 0414, 0415, 0416, 0417, 0418, 0419, 0420, 0421, 0422, 0423, 0424, 0425, 0426, 0427, 0428, 0429, 0430, 0431, 0432, 0433, 0434, 0435, 0436, 0437, 0438, 0439, 0440, 0441, 0442, 0443, 0444, 0445, 0446, 0447, 0448, 0449, 0450, 0451, 0452, 0453, 0454, 0455, 0456, 0457, 0458, 0459, 0460, 0461, 0462, 0463, 0464, 0465, 0466, 0467, 0468, 0469, 0470, 0471, 0472, 0473, 0474, 0475, 0476, 0477, 0478, 0479, 0480, 0481, 0482, 0483, 0484, 0485, 0486, 0487, 0488, 0489, 0490, 0491, 0492, 0493, 0494, 0495, 0496, 0497, 0498, 0499, 0500, 0501, 0502, 0503, 0504, 0505, 0506, 0507, 0508, 0509, 0510, 0511, 0512, 0513, 0514, 0515, 0516, 0517, 0518, 0519, 0520, 0521, 0522, 0523, 0524, 0525, 0526, 0527, 0528, 0529, 0530, 0531, 0532, 0533, 0534, 0535, 0536, 0537, 0538, 0539, 0540, 0541, 0542, 0543, 0544, 0545, 0546, 0547, 0548, 0549, 0550, 0551, 0552, 0553, 0554, 0555, 0556, 0557, 0558, 0559, 0560, 0561, 0562, 0563, 0564, 0565, 0566, 0567, 0568, 0569, 0570, 0571, 0572, 0573, 0574, 0575, 0576, 0577, 0578, 0579, 0580, 0581, 0582, 0583, 0584, 0585, 0586, 0587, 0588, 0589, 0590, 0591, 0592, 0593, 0594, 0595, 0596, 0597, 0598, 0599, 0600, 0601, 0602, 0603, 0604, 0605, 0606, 0607, 0608, 0609, 0610, 0611, 0612, 0613, 0614, 0615, 0616, 0617, 0618, 0619, 0620, 0621, 0622, 0623, 0624, 0625, 0626, 0627, 0628, 0629, 0630, 0631, 0632, 0633, 0634, 0635, 0636, 0637, 0638, 0639, 0640, 0641, 0642, 0643, 0644, 0645, 0646, 0647, 0648, 0649, 0650, 0651, 0652, 0653, 0654, 0655, 0656, 0657, 0658, 0659, 0660, 0661, 0662, 0663, 0664, 0665, 0666, 0667, 0668, 0669, 0670, 0671, 0672, 0673, 0674, 0675, 0676, 0677, 0678, 0679, 0680, 0681, 0682, 0683, 0684, 0685, 0686, 0687, 0688, 0689, 0690, 0691, 0692, 0693, 0694, 0695, 0696, 0697, 0698, 0699, 0700, 0701, 0702, 0703, 0704, 0705, 0706, 0707, 0708, 0709, 0710, 0711, 0712, 0713, 0714, 0715, 0716, 0717, 0718, 0719, 0720, 0721, 0722, 0723, 0724, 0725, 0726, 0727, 0728, 0729, 0730, 0731, 0732, 0733, 0734, 0735, 0736, 0737, 0738, 0739, 0740, 0741, 0742, 0743, 0744, 0745, 0746, 0747, 0748, 0749, 0750, 0751, 0752, 0753, 0754, 0755, 0756, 0757, 0758, 0759, 0760, 0761, 0762, 0763, 0764, 0765, 0766, 0767, 0768, 0769, 0770, 0771, 0772, 0773, 0774, 0775, 0776, 0777, 0778, 0779, 0780, 0781, 0782, 0783, 0784, 0785, 0786, 0787, 0788, 0789, 0790, 0791, 0792, 0793, 0794, 0795, 0796, 0797, 0798, 0799, 0800, 0801, 0802, 0803, 0804, 0805, 0806, 0807, 0808, 0809, 0810, 0811, 0812, 0813, 0814, 0815, 0816, 0817, 0818, 0819, 0820, 0821, 0822, 0823, 0824, 0825, 0826, 0827, 0828, 0829, 0830, 0831, 0832, 0833, 0834, 0835, 0836, 0837, 0838, 0839, 0840, 0841, 0842, 0843, 0844, 0845, 0846, 0847, 0848, 0849, 0850, 0851, 0852, 0853, 0854, 0855, 0856, 0857, 0858, 0859, 0860, 0861, 0862, 0863, 0864, 0865, 0866, 0867, 0868, 0869, 0870, 0871, 0872, 0873, 0874, 0875, 0876, 0877, 0878, 0879, 0880, 0881, 0882, 0883, 0884, 0885, 0886, 0887, 0888, 0889, 0890, 0891, 0892, 0893, 0894, 0895, 0896, 0897, 0898, 0899, 0900, 0901, 0902, 0903, 0904, 0905, 0906, 0907, 0908, 0909, 0910, 0911, 0912, 0913, 0914, 0915, 0916, 0917, 0918, 0919, 0920, 0921, 0922, 0923, 0924, 0925, 0926, 0927, 0928, 0929, 0930, 0931, 0932, 0933, 0934, 0935, 0936, 0937, 0938, 0939, 0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945, 0946, 0947, 0948, 0949, 0950, 0951, 0952, 0953, 0954, 0955, 0956, 0957, 0958, 0959, 0960, 0961, 0962, 0963, 0964, 0965, 0966, 0967, 0968, 0969, 0970, 0971, 0972, 0973, 0974, 0975, 0976, 0977, 0978, 0979, 0980, 0981, 0982, 0983, 0984, 0985, 0986, 0987, 0988, 0989, 0990, 0991, 0992, 0993, 0994, 0995, 0996, 0997, 0998, 0999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1



841010 4324 BALILUB 'CF0027988'


fametro



FRANCISCA EDN:SYA DAMASCENO FI
DOMINGOS OLÍMPIO, 1951
BENFICA
60040-081 FORTALEZA CE



7211094230542630000017470130280616
DATA DE VENCIMENTO: 12/07/2015 DATA DE POSTAGEM: 28/06/2016

CAPEMISA
06 JAN 2017

Para uso dos Correios

☐ 1. Melhorar o serviço postal	☐ 7. Melhorar o serviço postal
☐ 2. Melhorar o serviço postal	☐ 8. Melhorar o serviço postal
☐ 3. Melhorar o serviço postal	☐ 9. Melhorar o serviço postal
☐ 4. Melhorar o serviço postal	☐ 10. Melhorar o serviço postal
☐ 5. Melhorar o serviço postal	☐ 11. Melhorar o serviço postal
☐ 6. Melhorar o serviço postal	☐ 12. Melhorar o serviço postal

Para uso dos Correios

60010-260 Fortaleza CE

Nº DO SINISTRO 3170023461 < CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Daniel de Andrade Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 2004024010204 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 16/09/2009
CPF 020024143-51 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Neurocirurgião
E RENDA MENSAL DE R\$ Neurocirurgião (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel de Andrade Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0751 N° da CONTA (com dígito, se existir) 12247-0

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

Fátima 09 de março de 2017 LOCAL E DATA
Daniel de Andrade Silva ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771704

CAIXA

POUPANÇA



6277 8016 1575 7758

6277

VALIDO ATE

10/21

DANIEL DE ANDRADE SILVA
0751 013 00012247-0

elo

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Botelho Damasceno Figueiredo portador(a) do

RG nº 200519076683, expedido por SSP/CE, em

22/09/2016 CPF/CNPJ nº 026.714.533-02,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Daniel de Andrade Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Daniel de Andrade Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: neenou se Renda Mensal: R\$ neenou se

Documentos comprobatórios: neenou se

Francisca Botelho Damasceno Figueiredo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE
HMAH

Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster
Fone: (85) 3389.9170 - Maranguape - Ce.



RECEITUÁRIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins
que o Sr. Daniel de Andrade
Silva foi vítima de acidente
motorciclístico em 01/08/2016,
sofrendo fratura de clavícula
à esquerda, sendo operado
em 05/08/2016, devendo
ficar afastado de suas atividades
laborais por 02 (dois) meses.

CRTM: S42.0

Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEOP 13.427

19/08/16



HMAHB Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbater

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado

Daniel Antônio Silva

portador da Carteira Profissional

Série

necessita de

60 (sessenta)

(Período)

dias de afastamento de trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Ass. do Médico

27/01/67

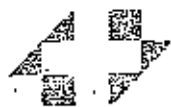
Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Ass. do Médico - C. R. M. N°

NOTA - Este atestado é válido para, as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto N° 60501, 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

CAPEMISA
06 JAN 2017



HMABH Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado Daniel Antônio Silva

portador da Carteira Profissional _____

Série _____ necessita de 60 dias (Por estenografia)

dias de afastamento de trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

João da Silva

27/12/66

Hospital ou Ambulatório _____

Localidade e Data

Dr. Manoel Cláudio
Tribunal de Contas

Ass. do Médico - C. R. M. Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto Nº 60501, 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

CAPEMISA
06 JAN 2017

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo	Dr. Aristides Saboia de Andrade
CRM	Traumatologia - Ortopedia Médico - CREMEC 13.427
Endereço Completo e Telefone	
Cidade	UF

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Daniel de Andrade Silva
Rua 7 de Setembro, N° 163

Uso Oral

Ciprofloxacino 500mg - 60cps
Oleq de 12/12h

19/05/16

Identificação do Comprador	
Nome Completo	
Ident	Org. Emissor
Endereço Completo e Telefone	
Cidade	UF

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico	Data

CAPEMISA
06 JAN 2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE
HMABH

Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster
Fone: (85) 3369.9170 - Maranguape - Ce.

RECEITUÁRIO MÉDICO

David Andrade Silva

Soluto

*Tipos de Velpesi por
membro superior esquerdo*

Dr. Aristides Saboga de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

05/08/16

CAPEMISA
06 JAN 2017

Receituário

Nome:

Daniel de Andrade

1 - Tandrila _____ 01 Cx./15 Comprimidos
Tomar 01 comp. via oral de 8/8hs. Durante 05 dias.

Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

DATA:

19, 08, 16

Médico (a) - CRM

NÃO AUTORIZO A TROCA
DESSE MEDICAMENTO

CAPEMISA
06 JAN 2017

Receituario

Nome: Daniel de Andrade

1 - Tandrila _____ 01 Cx./15 Comprimidos
Tomar 01 comp. via oral de 8/8hs. Durante 05 dias.

D^r. Aristides Sábua de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

DATA: 19, 08, 16

Médico (a) - CRM

NÃO AUTORIZO A TROCA
DESSE MEDICAMENTO



HOSPITAL MUNICIPAL
DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

Sistema Ministério
Único da da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEL GURGEL BRAGA HERBESTER

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DR ARGEL GURGEL BRAGA HERBESTER

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DANIEL DE ANDRADE SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA

12 - ENDEREÇO
RUA 7 DE SETEMBRO Nº163

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MARANGUAPE

8 - DATA DE NASCIMENTO
28/02/1987

9 - SEXO
MASCULINO

11 - TELEFONE DE CONTATO
(85) 8854-5333

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
130770

15 - UF
CE

16 - CEP
61.940-50

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofria queda de autoconsciência há
2 dias c/ trauma no crânio. Análise
apresenta na região clivária
e de dor e mobilidade funcional.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tr. crânio

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Avanço + cr. físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fração de clivária (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

S400

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tr. crânio de fratura de clivária

26 - CLÍNICA

Foram...

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Tr. crânio

28 - TIPO DOC.

Atcns () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

380016216

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Max Wendell B. Lopes
Otorrinolaringologista

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/08/16

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente

CRÉDITO DA PREVIDÊNCIA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() INAPTO PARA O TRABALHO

() INAPTO PARA O TRABALHO

() INAPTO PARA O TRABALHO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA SOLICITAÇÃO

/ /

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador

ENRIQUE CRUZ JARDIM
CRM-1853 CPF-0779587448
CNS-210.158.211.800.00

AUDITOR - 4110172011

06 JAN 2017

Assinatura do Funcionário



HOSPITAL MUNICIPAL
DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE

SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA SUMÁRIA DE INTERNAMENTO

Nome	Clinica	Bloco/Leito	Categoria		
DANIEL DE ANDRADE SILVA	CIRÚRGICA	06 - 95			
Naturalidade	Sexo	Nascimento	Idade	Cor	Religião
MARANGUAPE-CE	MASCULINO	28/02/1987	29		
Estado Civil	Profissão	Grau de Instrução	Procedência		
CASADO	MOTOQUEIRO				
Residência	Bairro	Fone			
RUA 7 DE SETEMBRO Nº163	CENTRO	(85) 8859-5333			
Nome do Pai	Nome da Mãe	Nome do Cônjuge			
FRANCISNEUDO DIONISIO DA SILVA	ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA				
Pessoa a notificar em caso de urgência	Parentesco	Bairro	Fone		
Residência	Parentesco	Bairro	Fone		
	ESPOSA				
Responsável	Parentesco	Bairro	Fone		
ALDENICE MACIEL DOS SANTOS					
Residência	Bairro	Fone			
O MESMO					
Documento apresentado para internação					
RG 2004024010204					
Data da internação	Data da Saída	Dias de Hospitalização	Destino dado ao paciente		
03/08/2016 08:16	06/08/16	03 dias			
Status					
INTERNADO					
Condições	Tipo				
☐ 1 - Curado	☐ 6 - Administrativa (Chefe Médica ou Supervisão Hospitalar)				
☒ 2 - Melhorado	☐ 7 - Por Indisciplina				
☐ 3 - Inalterado	☐ 8 - Evasão				
☐ 4 - Apellido	☐ 9 - Para complementação do tratamento em regime ambulatorial				
☐ 5 - Internado p/ Diagnóstico					
Código:	Diagnóstico definitivo:				
Código:	Diagnóstico definitivo:				
Código:	Diagnóstico secundário:				
Código:	Diagnóstico secundário:				
Código:	Operação:				
ÓBITO: ☐ Antes de 24hs. ☐ Depois de 24hs.	AUTÓPSIA: ☐ Sim ☐ Não				

(G) ÓBITO

- ☐ 0 - Inexistência de dados
- ☐ 1 - Óbito operatório (ocorrido durante o ato cirúrgico)
- ☐ 2 - Óbito pós-operatório ocorrido nas primeiras 24h
- ☐ 3 - Óbito pós-operatório ocorrido com mais de 24h até 72h
- ☐ 4 - Óbito pós-operatório ocorrido com mais de 72h na primeira semana após o ato operatório
- ☐ 5 - Óbito ocorrido depois da primeira semana após o ato cirúrgico
- ☒ 6 - Óbito por anestesia

Same - Funcionário

CAPEMISA
06 JAN 2017

Médico Assistente - CRM



HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado

Pessoa responsável pelo doente

dá plena autorização aos médicos do Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster que o assistirem para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, 03 de

Assinatura do Doente ou pessoa responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado

Pessoa responsável pelo doente

Reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, de

Assinatura do Doente ou pessoa responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado

Pessoa responsável pelo doente

Certifico que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, de

Assinatura do Doente ou pessoa responsável

Testemunhas:



HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

FOLHA DE ANAMNESE

PACIENTE:

DANIEL DE ANDRADE SILVA

Nº PRONTUÁRIO:

18406

IDADE:

29

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

CASADO

NATURALIDADE:

MARANGUAPE-CE

PROFISSÃO:

MOTOQUEIRO

PROCEDÊNCIA:

Diagnóstico Provisório:

Fratura de clavícula (E)

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

DATA: 03, 08, 16

I - História

II - Exame Físico

III - Sumário - Impressões Diagnósticas - Sugestões

Paciente homem, acidente de motocicleta há 2 dias.

El macho no ombro (E) há 2 dias. Re emergência.

Fratura fechada com 1/3 média da clavícula.

Exame físico e exame de imagem negativos.

CS: 1. Entorno do TO. normal.

2. Sinais pré-operatórios.

CAPEMISA
06 JAN 2017

PACIENTE: **DANIEL DE ANDRADE SILVA** ENFERMARIA: *ob* LEITO: *25* Nº PRONTUÁRIO: **18406**

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA - ASSINATURA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		RÚBICA ENF.
		HORARIO - APLICAÇÃO - MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES	
03/09/16	1. DIETA COMUM 2. CATETERISMO URETRAL + SPO2 92% O2 12L/2L 3. LSVV	<i>8h</i>	<i>8:30 pte admitti- do p/ fto tra- matológico em placenta E mega- lesia medior- mentosa + HAS + DM + uso de medi- cação contínua deglutir em jejum PA 90 x 70 mmHg T. 36°C</i>	<i>ob</i>
04/09/16	<i>Dieta leve</i>		<i>noite paciente consciente quando admitido verbaliza dores lombares</i>	
05/09/16	<i>Dieta leve</i>		<i>PA 78 x 80 T 37°C</i>	
06/09/16	<i>Dieta leve</i>			
07/09/16	<i>Dieta leve</i>			
08/09/16	<i>Dieta leve</i>			
09/09/16	<i>Dieta leve</i>			
10/09/16	<i>Dieta leve</i>			
11/09/16	<i>Dieta leve</i>			
12/09/16	<i>Dieta leve</i>			
13/09/16	<i>Dieta leve</i>			
14/09/16	<i>Dieta leve</i>			
15/09/16	<i>Dieta leve</i>			
16/09/16	<i>Dieta leve</i>			
17/09/16	<i>Dieta leve</i>			
18/09/16	<i>Dieta leve</i>			
19/09/16	<i>Dieta leve</i>			
20/09/16	<i>Dieta leve</i>			
21/09/16	<i>Dieta leve</i>			
22/09/16	<i>Dieta leve</i>			
23/09/16	<i>Dieta leve</i>			
24/09/16	<i>Dieta leve</i>			
25/09/16	<i>Dieta leve</i>			
26/09/16	<i>Dieta leve</i>			
27/09/16	<i>Dieta leve</i>			
28/09/16	<i>Dieta leve</i>			
29/09/16	<i>Dieta leve</i>			
30/09/16	<i>Dieta leve</i>			
01/10/16	<i>Dieta leve</i>			
02/10/16	<i>Dieta leve</i>			
03/10/16	<i>Dieta leve</i>			
04/10/16	<i>Dieta leve</i>			
05/10/16	<i>Dieta leve</i>			
06/10/16	<i>Dieta leve</i>			
07/10/16	<i>Dieta leve</i>			
08/10/16	<i>Dieta leve</i>			
09/10/16	<i>Dieta leve</i>			
10/10/16	<i>Dieta leve</i>			
11/10/16	<i>Dieta leve</i>			
12/10/16	<i>Dieta leve</i>			
13/10/16	<i>Dieta leve</i>			
14/10/16	<i>Dieta leve</i>			
15/10/16	<i>Dieta leve</i>			
16/10/16	<i>Dieta leve</i>			
17/10/16	<i>Dieta leve</i>			
18/10/16	<i>Dieta leve</i>			
19/10/16	<i>Dieta leve</i>			
20/10/16	<i>Dieta leve</i>			
21/10/16	<i>Dieta leve</i>			
22/10/16	<i>Dieta leve</i>			
23/10/16	<i>Dieta leve</i>			
24/10/16	<i>Dieta leve</i>			
25/10/16	<i>Dieta leve</i>			
26/10/16	<i>Dieta leve</i>			
27/10/16	<i>Dieta leve</i>			
28/10/16	<i>Dieta leve</i>			
29/10/16	<i>Dieta leve</i>			
30/10/16	<i>Dieta leve</i>			
31/10/16	<i>Dieta leve</i>			
01/11/16	<i>Dieta leve</i>			
02/11/16	<i>Dieta leve</i>			
03/11/16	<i>Dieta leve</i>			
04/11/16	<i>Dieta leve</i>			
05/11/16	<i>Dieta leve</i>			
06/11/16	<i>Dieta leve</i>			
07/11/16	<i>Dieta leve</i>			
08/11/16	<i>Dieta leve</i>			
09/11/16	<i>Dieta leve</i>			
10/11/16	<i>Dieta leve</i>			
11/11/16	<i>Dieta leve</i>			
12/11/16	<i>Dieta leve</i>			
13/11/16	<i>Dieta leve</i>			
14/11/16	<i>Dieta leve</i>			
15/11/16	<i>Dieta leve</i>			
16/11/16	<i>Dieta leve</i>			
17/11/16	<i>Dieta leve</i>			
18/11/16	<i>Dieta leve</i>			
19/11/16	<i>Dieta leve</i>			
20/11/16	<i>Dieta leve</i>			
21/11/16	<i>Dieta leve</i>			
22/11/16	<i>Dieta leve</i>			
23/11/16	<i>Dieta leve</i>			
24/11/16	<i>Dieta leve</i>			
25/11/16	<i>Dieta leve</i>			
26/11/16	<i>Dieta leve</i>			
27/11/16	<i>Dieta leve</i>			
28/11/16	<i>Dieta leve</i>			
29/11/16	<i>Dieta leve</i>			
30/11/16	<i>Dieta leve</i>			
01/12/16	<i>Dieta leve</i>			
02/12/16	<i>Dieta leve</i>			
03/12/16	<i>Dieta leve</i>			
04/12/16	<i>Dieta leve</i>			
05/12/16	<i>Dieta leve</i>			
06/12/16	<i>Dieta leve</i>			
07/12/16	<i>Dieta leve</i>			
08/12/16	<i>Dieta leve</i>			
09/12/16	<i>Dieta leve</i>			
10/12/16	<i>Dieta leve</i>			
11/12/16	<i>Dieta leve</i>			
12/12/16	<i>Dieta leve</i>			
13/12/16	<i>Dieta leve</i>			
14/12/16	<i>Dieta leve</i>			
15/12/16	<i>Dieta leve</i>			
16/12/16	<i>Dieta leve</i>			
17/12/16	<i>Dieta leve</i>			
18/12/16	<i>Dieta leve</i>			
19/12/16	<i>Dieta leve</i>			
20/12/16	<i>Dieta leve</i>			
21/12/16	<i>Dieta leve</i>			
22/12/16	<i>Dieta leve</i>			
23/12/16	<i>Dieta leve</i>			
24/12/16	<i>Dieta leve</i>			
25/12/16	<i>Dieta leve</i>			
26/12/16	<i>Dieta leve</i>			
27/12/16	<i>Dieta leve</i>			
28/12/16	<i>Dieta leve</i>			
29/12/16	<i>Dieta leve</i>			
30/12/16	<i>Dieta leve</i>			
31/12/16	<i>Dieta leve</i>			



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE
SMS – Secretaria Municipal da Saúde
HMABH – Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster

14.08.16

DADOS PESSOAIS

NOME:

Daniel e Andreia Silva

IDADE:

CIRURGIA:

PRONTUÁRIO:

ENF/LEITO:

MOTIVO DO CANCELAMENTO

RELACIONADAS AO PACIENTE

☐ CONDIÇÃO CLÍNICA DESFAVORÁVEL

☐ FALTA DE JEJUM

RELACIONADAS À ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

☐ FALTA DE VAGA CIRURGIA

☐ FALTA DE EXAMES

RELACIONADAS AOS RECURSOS HUMANOS

☐ MUDANÇA DE CONDUTA MÉDICA

☒ TEMPO CIRURGICO EXCEDIDO

☐ FALTA DE ANESTESIOLOGISTA

☐ FALTA DE PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

RELACIONADAS A MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

☐ FALTA DE MATERIAL ESPECÍFICO:

☐ FALTA DE EQUIPAMENTO:

☐ OUTROS:

Dr. Ismael Pontes Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC 1405 TEO 15261

CAPEMISA

06 JAN 2017

LACEMA - Laboratório Central de Maranguape
Rua Gotran Nascimento s/n Outra Banda Maranguape CE
CEP.: 61940-000 CNPJ.: 05.825.637/0001-30
Fone.: (85)3669-9173 / (85)3341-1276

Paciente..... 235-01 - DANIEL DE ANDRADE SILVA.
Convênio.... SUS
Médico..... MAX WENDELL
Imp.: 03/08/2016 15:24:01

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
Coleta.: 03/08/2016 12:10:00
Método.: Automatizado - Advia 120

ERITROGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Hemácias....	4,94	milhões/mm ³	4,6	a	6,2	milhões/mm ³
Hemoglobina:	13,1	g/dL	14,0	a	17,0	g/dL
Hematócrito:	38,6	%	40,0	a	54,0	%
VCM.....	78,1	fL	82,0	a	98,0	fL
HCM.....	26,5	pg	27,0	a	32,0	pg
CHCM.....	33,9	g/dL	32,0	a	37,0	g/dL
RDW.....	15,3	%	11,0	a	15,0	%

LEUCOGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos	10.780	/mm ³	5000 a 10000/mm ³
Mieloblastos	0	% 0 /mm ³	
Promielócitos.....	0	% 0 /mm ³	
Mielócitos.....	0	% 0 /mm ³	
Metamielócitos.....	0	% 0 /mm ³	
Bastões	0	% 0 /mm ³	
Segmentados	72,5	% 7453 /mm ³	2700 a 6200/mm ³
Eosinófilos	0,4	% 41 /mm ³	50 a 500/mm ³
Basófilos	0,3	% 30 /mm ³	0 a 100/mm ³
Linfócitos Atípicos	0	% 0 /mm ³	
Linfócitos	20,7	% 2129 /mm ³	1100 a 3500/mm ³
Monócitos	4,1	% 627 /mm ³	150 a 400/mm ³
Blastos	0	% 0 /mm ³	

CONTAGEM DE PLACQUETAS: 200.000 /mm³ 140.000 a 400.000/mm³

OBS: Hemácias anisocíticas

Hemácias microcíticas

Plaquetas morfológicamente normais

NOTA: Exame automatizado, com confirmação das contagens e análise morfológica realizadas a partir de microscopia, quando aplicável.

Dr(a). por gentileza, o setor de Epidemiologia da Secretaria de Saúde de Maranguape pede que, em caso de suspeita de Dengue, Chikungunya ou Zika, não se esqueça de solicitar a minha sorologia.

CADEMISA
06 JAN 2017

LACEMA - Laboratório Central de Maranguape
Rua Gotran Nascimento s/n Outra Banda Maranguape CE
CEP.: 61940-000 CNPJ.: 05.825.637/0001-30
Fone.: (85)3669-9173 / (85)3341-1276

Paciente.....: 235-01 - DANIEL DE ANDRADE SILVA
Convênio.....: SUS
Médico.....: MAX WENDELL
Imp.: 03/08/2016 15:24:01

TEMPO DE ATIVACAO DA PROTROMBEINA

TAP.....: 11,0 Valor de Referência: 10 a 14s
INR.....: 0,97 Valor de Referência: 1 a 1,4
ATIVIDADE: 100 Valor de Referência: maior ou igual a 70%

Material: PLASMA CITRATADO

Método: Semi automatico

Liberado por: FRANCISCO MILTON PINTO VENTURA
14:49:53

TEMPO DE TROMBOPLASTINA: 30,0 Valor de Referência:

CONTROLE: 31,0
RELAÇÃO: 1,0

Material: PLASMA CITRATADO

Método: Semi automatico

Liberado por: FRANCISCO MILTON PINTO VENTURA
14:49:53

GLICEMIA DE JEJUM: 101 mg/dl Valor de Referência: 70 a 99 mg/dl

Material: SORO

Liberado por: FRANCISCO MILTON PINTO VENTURA
14:49:53

Dr(a). por gentileza, o setor de Epidemiologia da Secretaria de Saúde de Maranguape pede que, em caso de suspeita de Dengue, Chikungunya ou Zika, não se esqueça de solicitar a minha sorologia.

06 JAN 2017
CAPENISA

Atendimento: 647-01

Posto: INTERIORS

Dt Atendimento: 03/08/2016

Data coleta: 03/08/2016 12:10

Data de liberação: 03/08/2016

Data coleta: 03/08/2016 12:10

Data de liberação: 03/08/2016

Data coleta: 03/08/2016 12:10

Data de liberação: 03/08/2016

Dr. Francisco Milton Pinto Ventura

LACEMA - Laboratório Central de Maranguape
Rua Gotran Nascimento s/n Outra Banda Maranguape CE
CEP.: 61940-000 CNPJ.: 05.825.637/0001-30
Fone.: (85)3669-9173 / (85)3341-1276

Paciente.....: **235-01 - DANIEL DE ANDRADE SILVA,**
Convênio.....: SUS
Médico.....: MAX WENDELL
Imp.: 03/08/2016 15:24:01

CREATININA: 1,0 mg/dl Valor de Referência: 0,4 a 1,3 mg/dl

Material: SORO

Liberado por: FRANCISCO MILTON PINTO VENTURA
14:49:53

Atendimento: 647-01
Posto: INTERNOS

Dt Atendimento: 03/08/2016

Data coleta: 03/08/2016 15:24:01

Data de liberação: 03/08/2016

Dr(a), por gentileza, o setor de Epidemiologia da Secretaria de Saúde de Maranguape pede que, em caso de suspeita de Dengue, Chikungunya ou Zika, não se esqueça de solicitar a minha sorologia.

CAPEMISA
06 JAN 2017

Dr. Francisco Milton Pinto Ventura

Farmacêutico / Bioquímico

CR: 240



HOSPITAL MUNICIPAL
DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

FOLHA DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente
DANIEL DE ANDRADE SILVA

Data da Operação
05/08/16

Enf.
06

Operador
Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

1º Auxiliar

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista
Dr. Edilson

Tipo de anestesia
Boguro de peso 2

Diagnóstico pré-operatório
Fratura de clavícula 2 (E)

Tipo de operação
Osteossíntese de fratura de clavícula

Diagnóstico pós-operatório
O habito

Relatório imediato da patologista

Exame radiológico no ato

Relatório imediato da patologista

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - tática e etc. ligaduras drenagem sutura

Material empregado - aspectoviscemas

- 1) Paciente em decúbito dorsal 90°
- 2) Assupção + antiseptia + campos estéril
- 3) Incisão horizontal pl acesso
- 4) Uso de placa de redução 3,5mm + corticais
- 5) Controle radioscópico
- 6) Sutura por planos + curativo
- 7) A SR

06 JAN 2017
CAPEMISA

Dr. Aristides Saboia de Andrade
Traumatologia - Ortopedia
Médico - CREMEC 13.427

UNIDADE

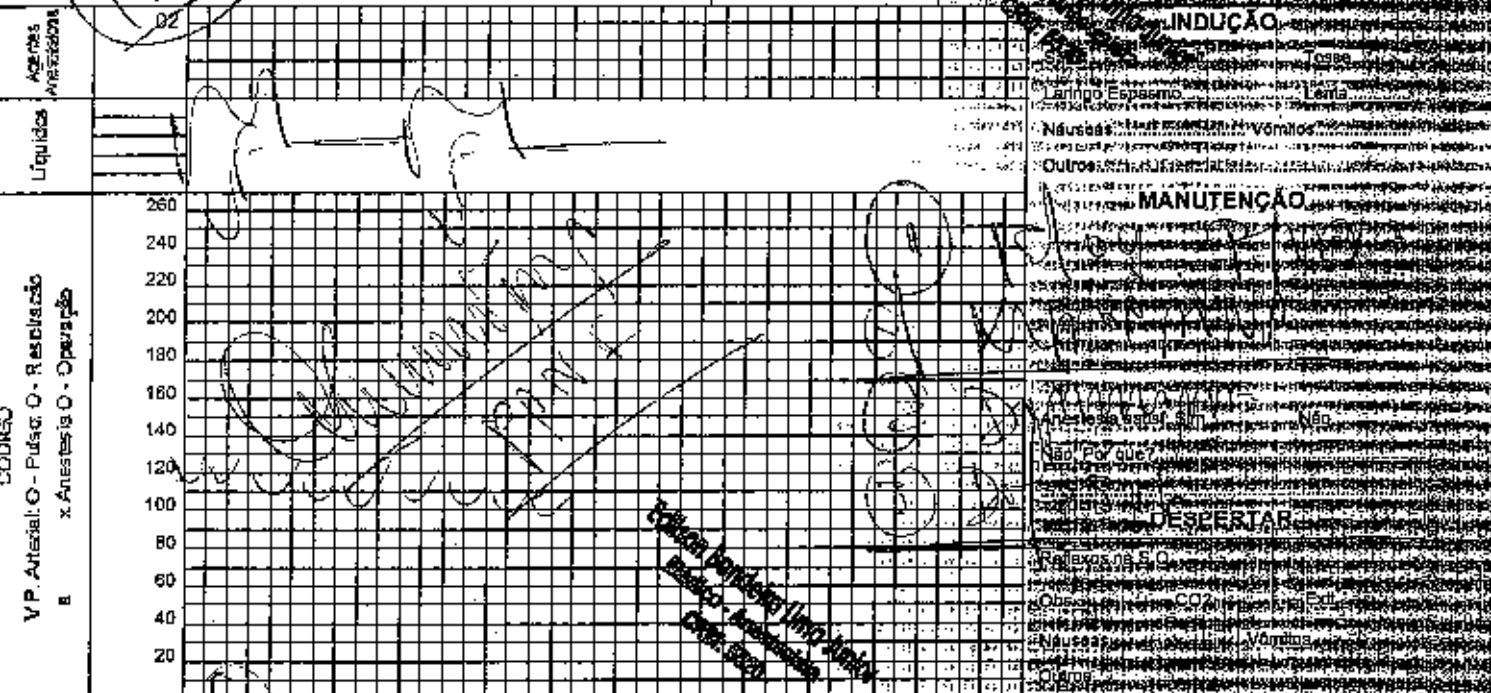
Nome do Paciente

DANIEL DE ANDRADE SILVA

Enfermeira

06

Data	Pres. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Outros
Ap. Respiratório					Asma	Brônquites
Ap. Circulatório					Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo					Ap. Urinário	
Estado Mental					Alergia	Medicamentos
Diagnóstico pré-operatório					Estado Eléctrico	Risco
Anestésias anteriores						
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeitos



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES:

TÉCNICA:

OPERAÇÃO:

CIRURGIÕES:

ANESTESISTAS:

OBSERVAÇÕES:

ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

Nome do Paciente
DANIEL DE ANDRADE SILVA

Tipo da Cirurgia
TTO. Amputação da Cartilagem (C)

Auxiliar da enfermagem
Mayra

Nº	MEDICAMENTOS	QDE.	Nº	MATERIAL	QDE.	Nº	MATERIAL	QDE.
1	ADRENALINA		1	ABOCATH Nº 18		47	FIO VICRIL 3-0	
2	ALFAST		2	ABOCATH Nº 20		48	FIO VICRIL 4-0	
3	AMINOFILINA		3	ABOCATH Nº 22		49	FORMOL	
4	ATROPINA		4	ÁGUA DESTILADA		50	LÂMINA Nº 15	
5	BICARB. DE SÓDIO		5	AGULHA P/ RAQUIANESTESIA		51	LÂMINA Nº 21	
6	BUSCOPAN COMP.		6	AGULHAS 13X4,5		52	LUVAS ESTERIL Nº 7	
7	CEDILANID		7	AGULHAS 25X08	01	53	LUVAS ESTERIL Nº 5	
8	CEFALOTINA		8	AGULHAS 40X12	01	54	LUVAS ESTERIL Nº 3	
9	DIAZEPAN 10 MG		9	ALGODÃO ORTOPÉDICO		55	NIBIUM	
10	DIPIRONA		10	ALGODÃO SIMPLES		56	POLVIDIME DEGERMANTE	
11	DOLOSAL		11	ATADURA DE CREPON 10 CM	02	57	POLVIDIME TÓPICO	
12	DOPAMINA		12	ATADURA DE CREPON 15 CM		58	PROPÓFOL	
13	DORMONID 10 MG		13	ATADURA DE CREPON 30 CM		59	SCALP Nº 18	
14	EFORTIL		14	ATADURA GESADA		60	SCALP Nº 21	
15	FENERGAN		15	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS		61	SCALP Nº 23	
16	FENTANIL		16	COLETOR DE URINA FEM.		62	SCALP Nº 25	
17	GLICOSE 25%		17	COLETOR DE URINA MASC.		63	SERINGA 1 ML	
18	GLICOSE 50%		18	COLETOR DE URINA SISTEMA F		64	SERINGA 10 ML	
19	GLUCONATO DE Ca		19	EQUIPO HEMOTRANSFUSÃO		65	SERINGA 3 ML	
20	HALOTANO		20	EQUIPO MACROGOTAS	01	66	SERINGA 5 ML	
21	KETAMIL		21	ESPARADRAPO	51 ML	67	SERINGA 20 ML	
22	LASIX		22	ÉTER		68	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 10	
23	NARCAN		23	FIO ALGODÃO 2-0		69	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 12	
24	NEOCAINA C/ EPIN		24	FIO ALGODÃO 4-0		70	SONDA FOLEY Nº 14	
25	NEOCAINA PESADA		25	FIO ALGODÃO NÃO AGULHADO		71	SONDA FOLEY Nº 16	
26	PLASIL		26	FIO CATGUT CROMADO 2-0		72	SONDA NASOGAST Nº 12	
27	PROSTIGMINE		27	FIO CATGUT CROMADO 3-0		73	SONDA NASOGAST Nº 14	
28	SOLUCORTEF 500 MG		28	FIO CATGUT CROMADO 4-0		74	SONDA NASOGAST Nº 16	
29	SUCCINIL COLLIN		29	FIO CATGUT CROMADO 5-0		75	SONDA NASOGAST Nº 18	
30	THIPENTAX		30	FIO CATGUT CROMADO 6-0		76	SONDA TRAQUEAL Nº 2,5	
31	VOLTAREM 75 MG		31	FIO CATGUT CROMADO 0		77	SONDA TRAQUEAL Nº 3,0	
32	XILOCAINA C/ EPIN	01	32	FIO CATGUT SIMPLES 0		78	SONDA TRAQUEAL Nº 3,5	
33	XILOCAINA S/ EPIN		33	FIO CATGUT SIMPLES 2-0		79	SONDA TRAQUEAL Nº 4,0	
34	GAZES	05	34	FIO CATGUT SIMPLES 3-0		80	SONDA TRAQUEAL Nº 4,5	
35	COMPRESSA	03	35	FIO MONONYLON 0		81	SONDA TRAQUEAL Nº 5,0	
36			36	FIO MONONYLON 2-0		82	SONDA TRAQUEAL Nº 5,5	
37			37	FIO MONONYLON 3-0		83	SONDA TRAQUEAL Nº 6,0	
38			38	FIO MONONYLON 4-0		84	SORO FISIOLÓGICO 250 ML	
39			39	FIO MONONYLON 5-0		85	SORO FISIOLÓGICO 500 ML	
40			40	FIO MONONYLON 6-0		86	SORO GLICO-FISIOL 250 ML	
41			41	FIO PROLENE 0		87	SORO GLICO-FISIOL 500 ML	
42			42	FIO PROLENE 2-0		88	SORO GLICOSADO 250 ML	
43			43	FIO PROLENE 3-0		89	SORO GLICOSADO 500 ML	
44			44	FIO PROLENE 4-0		90	SORO RINGER LACT 500 ML	
45			45	FIO VICRIL 0		91		
46			46	FIO VICRIL 2-0		92		

06 JAN 2017
CAPEMISA



HOSPITAL MUNICIPAL
DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

FOLHA DE EVOLUÇÃO

PACIENTE:

DANIEL DE ANDRADE SILVA

Nº PRONTUÁRIO:

18406

03.08.16 - P.A.S. 290, 8, admitido na unidade esquerda, com fratura de fêmur, mobilizando, realizando fisioterapia, controle glicêmico, eliminação de urina, controle de sinais vitais e cuidados de enfermagem.

04/08/16 # Paciente com fratura de fêmur, aguardando cirurgia. A CR. VPM

Dr. Ismael B...
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11495 TRO

04.08.16 - P.A.S. 290, 8, cancelado. 17:05 tempo cancelado, dispensado assistente

THAYLA FERNANDES DE ALMEIDA
ENFERMEIRA
COREM-CE. 326424

Evolução Médica

08/08 Paciente em O2 Po de 2L, sem intercorrências. # O2 Caudal alto no pós-operatório. 4 Retorno em 2 semanas para avaliação.



HOSPITAL MUNICIPAL
DR. ARGEL BRAGA HERBSTER

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARANGUAPE
SECRETARIA DE SAÚDE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente
DANIEL DE ANDRADE SILVA

03/08/2016 08:15

Idade
29

Sexo
MASCULINO

Peso

Religião

Bloco/Leito

06 - 93

Nº do Prontuário

18406

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia proposta: TTV simples de Amígdala (L.E.)

Tiragem sanguínea () Tipo de sangue e fator Rh:

Patologias: Hipertensão () Diabete () Cardiopatia () Renal () Outra ()

Medicações em uso: N

Hábitos: Tabagismo () Etílico ()

Alergia ()

Prótese/Implante () Tipo:

Checkar: Jejum () Tricotomia () Preparo intestinal ()

Retirada de: Adornos () Esmalte () Peças íntimas () Prótese ()

Exames: Hemograma () Coagulograma () ECG () RX tórax ()

Termo de Responsabilidade () Termo de autorização ()

Admissão:

Ass:

DADOS TRANS-OPERATÓRIO

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião:
Dr. Amadeu S.

Auxiliar:

Enfermeira:
Márcia

Instrumentador:
Thomaz

Cirurgia realizada:
TTV simples de Amígdala (L.E.)

Tipo de anestesia:
Plexo + Sedação

Posição do Paciente: Dorsal () Ventral () Lateral () Ginecológica () Outra ()

ANTISSEPSE

PVPI degermante ()

PVPI tópico ()

PVPI alcoólico ()

Clorexidine degermante ()

Clorexidine alcoólico ()

Executada por:

Lee + Dr. Amadeu S.

CAPEMISA
06 JAN 2017

LOCALIZAÇÃO

● Eletrodos

▬ Placa de bisturi

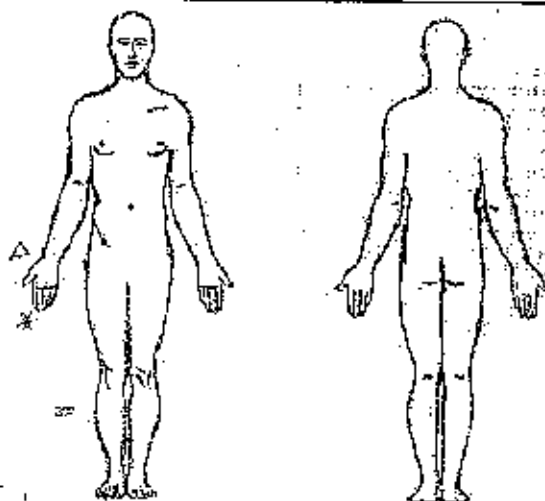
— Incisão cirúrgica

△ Punção venosa

■ Coxins

□ Dreno

* Oxímetro



OBSERVAÇÕES

ATENÇÃO: CONFERIR O NÚMERO DE COMPRESSAS ANTES DO USO.

Compressas oferecidas: 10 + 5

Recolhidas: 10 + 5

Conteúdos Por: /

Medicações utilizadas durante o trans-operatório: XILU C / EPIN

EXAMES

Pela cirúrgica: Sim () Não (x)

Raios X: (x) Sim () Não () Outro: Msc - A P e PER

SONDAS / DRENOS

Dreno: Sim () Não (x) Tipo:

Sonda vesical: () Sim (x) Não

Executado por:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente consciente, orientado, por cirurgia planejada.
Entrada em sala de cirurgia. Inicialmente a 10:00.
P 90 bpm, SpO₂ 99%.

Assinatura

/

Identificação das bolsas de sangue

Indicador químico

ANEXE AQUI

ANEXE AQUI

CAPENISA
06 JAN 2017



520050640

NOME DANIEL DE ANDRADE SILVA	
DOC IDENTIFIC - OUTROS IDENTIFIC	
9094024310204	ESP CE
CPF 020.024.143-51	DATA NASCIMENTO 28/02/1987
FILIAÇÃO FRANCINEUDO DIONISIO DA SILVA ANA LUCIA DE ANDRADE SILVA	
RECEBIDA	ACC
CAIXA	
DATA EMISSÃO 15/06/2009	

EXERCE ATIV REMUNERADA:

520050640

Daniel de Andrade Silva

LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 02/01/2012
97429365402 CR120336455	

COMPANHIA
S.A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRANCISCA EDUOYA DAMASCENO FIGUEIREDO

DOC. IDENTIFIC. / OUT. HABILITAÇÃO
2005019076683 SSP

CPF
026.714.533-02 DATA NASCIMENTO
07/03/1987

Relação
FRANCISCO EDNO QUEIROZ
FIGUEIREDO
MARIA LUCIENE
DAMASCENO FIGUEIREDO

Habilitação
PERMISSÃO REC. CANAL
A

Nº Registro
06467271029

Validade
21/09/2016

Renovação
22/03/2015

SEM OBSERVAÇÃO:

Francisca Eduoia Damasceno Figueiredo

Identificação pessoal

IDM
PORTALIZA, CE

OUT. HABILITAÇÃO
23/09/2015

26404784800
CE144650010

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODAS
AS TERRITÓRIAS NACIONAIS
1158444330

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
1158444330

CADEMISA
06 JAN 2017

CAPEMISA
06 JAN 2017



DETRAN

CONTRON

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012410180410
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

KELI 01 1082444275 0000000000 2016

DANIEL DE ANDRADE SILVA

MARANGUAPE/CE

02002414351

FMI3552

*****/CE

9C6KG0570G0004588

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

YAMAHA/XTZ250 TENERE

2015 2016

2F/DCV/249CC

PARTIC

BRANCA

I	***** **	**/**/**	*****
P			
V			
A	***	***** **	***

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000

AL.FID. CONBRAV ADMIN DE CONS LTDA;

MARANGUAPE



01/04/2016

SIGILO INDICADOR DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE / 100 POR 100 CARGA APLICADAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012410180410 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 01/04/2016

01 02002414351

FMI3552

1082444275

YAMAHA/XTZ250 TENERE

2015

09

9C6KG0570G0004588

PREMIO TARIFARIO

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

PROPRIETARIO
LOTE/D SEGURO LIDER DPVAT

MOTOR: G3C4E-004588

www.segurodoled.com.br

012-10N

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170023461 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA **Data do acidente:** 01/08/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / OMBRO ESQUERDO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170023461

Cidade: Maranguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL DE ANDRADE SILVA

Data do acidente: 01/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO, ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO.

Resultados terapêuticos: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/01/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante: Daniel de Andrade Silva brasileiro(a), estado civil solteiro profissão recluso, residente e domiciliado à Rua centro, nº 263, bairro centro, Município de Marianópolis, Estado de(o) Ceará, Cep: 60040-004, portador(a) do Rg nº 2005019076683, SSP/CE e CPF nº 020.024.143-51

Outorgado: Francisca Ednaysa Damasceno Figueiredo brasileiro(a), estado civil solteira profissão ilustradora, residente e domiciliado(a) à Rua Al. Domingos Olímpio nº 1951, bairro Benfica, Município de Fortaleza, Estado de(o) Ceará, Cep: 60040-004, portador(a) do RG nº 2005019076683 - SSP/CE e CPF nº 026.724.533-02

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Daniel de Andrade Silva, ocorrido em Fortaleza, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

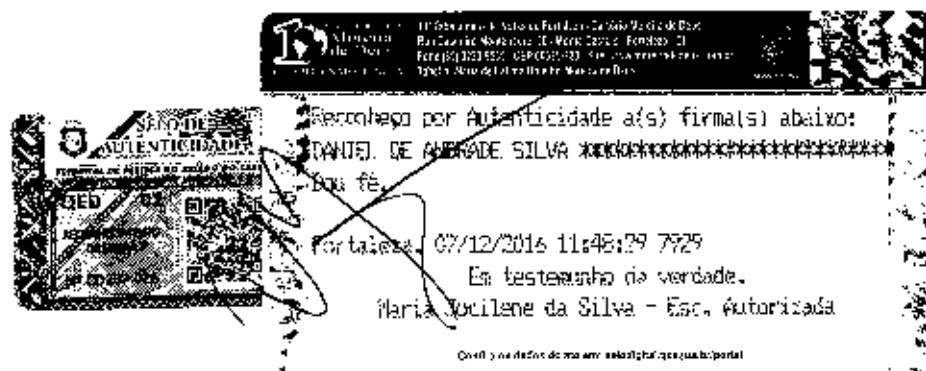
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Fortaleza, 16 de 07, de Dezembro de 2016.



Daniel de Andrade Silva
Outorgante
CPF Nº 020.024.143-51

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CAPEMISA
06 JAN 2017

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: 27/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL DE ANDRADE SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000012247-0

Nr. da Autenticação 94069C4684920C79