
Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567630

Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002732-4**

Conta: **000010029663-7**

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



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: 101.411.563-92 4 - Nome completo da vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

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

5 - Nome completo: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA 6 - CPF: 101.411.563-92
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA JOSE DE ANCHIETA 9 - Número: 00514 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: NOVO HORIZONTE 12 - Cidade: ITAPIPOCA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62500-000
15 - E-mail: MACIELER2016@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 88 9-96282320

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: MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO
18 - CPF do Representante Legal: 762.235.663-87 19 - Profissão do Representante Legal: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA 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: 2732 4 CONTA: 29663 5
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

40 - Local e Data, ITAPIPOCA - CE 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria Sandra Paiva Damasceno
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190567630
Nome do(a) Examinado(a): Ana Karoline Paiva de Mesquita
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose de Anchieta, 514
Novo Horizonte Itapipoca CE CEP: 62502-556
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20191475798
Data local do acidente: [02/05/2019]
Data local do exame: [19/10/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRANIANO
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 03/09/2019**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS DETECTÁVEIS. LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 100º, FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO GRAU IV E LEVE ALTERAÇÃO DA MARCHA.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim () Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim () Não

VI. Descrever objetiva as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS E DA MARCHA.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. 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

() "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam susceptíveis 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 (Seqüela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual **(X) 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



PA-0344795/19
 7190567630



549145

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 3949 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **21/08/2019 11:19:09**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/05/2019 14:00:00**
 Endereço da Ocorrência:
 Complemento:
 Bairro: Município: **ITAIPUOCA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA**
 Nascimento: **01/07/2007** CPF: **101.411.563-92**
 RG : Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO**
DANILO PEREIRA DE MESQUITA
 Endereço: **RUA JOSE DE ANCHIETA , 514**
 Bairro: **NOVO HORIZONTE**
 Município: **ITAIPUOCA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA**
 Nascimento: **14/03/1966** CPF: **871.591.713-49**
 RG: **2495478** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIANA PEREIRA DE SOUSA**
PEDRO PAULINO DO NASCIMENTO
 Endereço: **RUA JOSE DE ANCHIETA , 514**
 Bairro: **NOVO HORIZONTE** CEP:
 Município: **ITAIPUOCA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99273-4855**

Histórico

Narra que na data, hora e local citados acima, sua neta ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA(12 anos), caminhava em direção à sua residência, quando fora atropelada por uma motocicleta HONDA/BIZ 125 ES, PLACA: HYD7486, FAB/MOD:2008, COR:PRETA, CHASSI:9C2JA04208R128492, registrada em nome de Maria da Anunciação do Nascimento; Que a referida motocicleta era conduzida pela pessoa de quem sabe informar o nome Emerson Gabriel Sales Sousa; Que em decorrência do atropelamento, sua neta quebrou fêmur e foi socorrida pelo SAMU ao Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, conforme prontuário de atendimento de nº255859 e atendimento de nº0001, em anexo. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.
 Obs.: A noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B.(Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

Terezinha Pereira de Mesquita.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIOCA
Impresso nº 2019578183



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 3949 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

[Handwritten Signature]
HELIA MARIA DE LIMA FREITAS - MAT.: 300488-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

[Handwritten Signature]

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

FRANCISCO JOSÉ PORTELA NETO - MAT.: 30124375

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: 101.411.563-92 4 - Nome completo da vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

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

5 - Nome completo: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA 6 - CPF: 101.411.563-92
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA JOSE DE ANCHIETA 9 - Número: 00514 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: NOVO HORIZONTE 12 - Cidade: ITAPIPOCA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62500-000
15 - E-mail: MACIELER2016@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 88 9-96282320

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: MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO
18 - CPF do Representante Legal: 762.235.663-87 19 - Profissão do Representante Legal: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA 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: 2732 4 CONTA: 29663 5
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, ITAPIPOCA - CE 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria Sandra Paiva Damasceno
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ISENTO DE ENCLAVAMENTOS
Conf. Lei 6015/73 e 7115/83



Válido somente com
Selo de Autenticidade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DO Ceará
MUNICÍPIO DE Itapipoca
DISTRITO DE Itapipoca

CARTÃO DE OFÍCIO

Nome: Amélia de Sousa Frota

Função: Oficial do Registro Civil

CE

Selo de Autenticidade

08

Registro Civil

Nascimento e Óbito

AB 245512

(NASCIMENTO Nº 86.199)

AMÉLIA DE SOUSA FROTA Oficial a do Registro Civil,
Por Nomeação Legal, etc...

CERTIFICO, que às fls. 489 do livro n.º A - 72 do Registro
de Nascimento foi Lavrado o assento de ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA.

X.X.X.X.X. X.X.X.X.X.X.X. X.X.X.X.X.

nascido aos Primeiro (1º) de Julho de 2007
às 08 horas e 40 minutos em: Itapipoca(CE) do sexo
Feminino, filho de DANILO PEREIRA DE MESQUITA
e MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

Sendo avós paternos Gerson de Mesquita
e Terezinha Pereira de Mesquita
e maternos Manuel Julião Damasceno
e Raimunda Alves de Paiva

Foi declarante Os Pais.

e serviram de testemunhas Antônia Lucilea da Silva e
Francisca Raimundo da Silva

Observações: Registro feito hoje.

O referido é verdade e dou fé.

Itapipoca(CE), 26 de Julho de 2007

O Oficial do Registro Civil



Esta é a sua conta de 07/2019

Nº DO CLIENTE	BY
860878	
VENCIMENTO	
19/07/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
51,13	
DATA EMISSÃO	
12/07/2019	

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Unica-1 | Nº 002475149
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdeir, 150, Fortaleza, CE | CEP 60135 040
 CNPJ 07.947.251/0001-70 | CGF 06.105.948-8
 para Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE
 Nome TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA
 Endereço RU JOSE DE ANCHIETA 00514
 62502-556 ITAPOCA NOVO HORIZONTE
 Classificação Resid. Baixa Renda
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.
 Ligação MONOFÁSICO
 Medidor 380845-SCH-001 - IC00EU01
 CPF / CNPJ 871.591.713-49

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 17C4-3430.D7A6.12EF.4X78.9A8A.D827.18CA

DATAS DE LEITURA	
Anterior	12/07/2018
Atual	01/08/2019
Prev. Próx. Leitura	01/08/2019

Descrição da Conta	Consumo Mês (kWh)	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo Mês (kWh)	Consumo Anterior	Consumo Próximo Mês (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Credito em Energia (kWh)	
									Ponto Tarifário	Utilizado
Consumo em Subtempo	5,74			5,74				5,74		
Demora Bacia Perdi	14,80			14,80				14,80		
Consumo de kWh até 030 kWh	5,47	30	0,18233	5,47	0,00	0,00	0,38559	5,47	0,00	0,00
Consumo de kWh até 100 kWh	6,35	21	0,31190	6,35	0,00	0,00	0,38559	6,35	0,00	0,00
Adicional Bacia, Aterro	0,11			0,11				0,11		
Outras Tarifas	20,47			20,47				20,47		
Consumo de kWh até 100 kWh	0,00			0,00				0,00		
Consumo de kWh até 100 kWh	0,00			0,00				0,00		
Consumo de kWh até 100 kWh	0,35			0,35				0,35		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)

Mês	Consumo (kWh)
07/2019	51,10
06/2019	51,10
05/2019	51,10
04/2019	51,10
03/2019	51,10
02/2019	51,10
01/2019	51,10
12/2018	51,10
11/2018	51,10
10/2018	51,10
09/2018	51,10
08/2018	51,10
07/2018	51,10

CONSUMO CONSCIENTE
 EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica da Companhia Energética do Ceará. Compensação em kg (CO₂) / Compensado em % (CO₂)

Base (R\$)	Valor (R\$)
PRFASEP	28,94
COFINS	21,94
ICMS	0,00

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
07/2019	0,00
06/2019	0,00
05/2019	0,00
04/2019	0,00
03/2019	0,00
02/2019	0,00
01/2019	0,00
12/2018	0,00
11/2018	0,00
10/2018	0,00
09/2018	0,00
08/2018	0,00
07/2018	0,00
06/2018	0,00
05/2018	0,00
04/2018	0,00
03/2018	0,00
02/2018	0,00
01/2018	0,00
12/2017	0,00
11/2017	0,00
10/2017	0,00
09/2017	0,00
08/2017	0,00
07/2017	0,00
06/2017	0,00
05/2017	0,00
04/2017	0,00
03/2017	0,00
02/2017	0,00
01/2017	0,00
12/2016	0,00
11/2016	0,00
10/2016	0,00
09/2016	0,00
08/2016	0,00
07/2016	0,00
06/2016	0,00
05/2016	0,00
04/2016	0,00
03/2016	0,00
02/2016	0,00
01/2016	0,00
12/2015	0,00
11/2015	0,00
10/2015	0,00
09/2015	0,00
08/2015	0,00
07/2015	0,00
06/2015	0,00
05/2015	0,00
04/2015	0,00
03/2015	0,00
02/2015	0,00
01/2015	0,00
12/2014	0,00
11/2014	0,00
10/2014	0,00
09/2014	0,00
08/2014	0,00
07/2014	0,00
06/2014	0,00
05/2014	0,00
04/2014	0,00
03/2014	0,00
02/2014	0,00
01/2014	0,00
12/2013	0,00
11/2013	0,00
10/2013	0,00
09/2013	0,00
08/2013	0,00
07/2013	0,00
06/2013	0,00
05/2013	0,00
04/2013	0,00
03/2013	0,00
02/2013	0,00
01/2013	0,00
12/2012	0,00
11/2012	0,00
10/2012	0,00
09/2012	0,00
08/2012	0,00
07/2012	0,00
06/2012	0,00
05/2012	0,00
04/2012	0,00
03/2012	0,00
02/2012	0,00
01/2012	0,00
12/2011	0,00
11/2011	0,00
10/2011	0,00
09/2011	0,00
08/2011	0,00
07/2011	0,00
06/2011	0,00
05/2011	0,00
04/2011	0,00
03/2011	0,00
02/2011	0,00
01/2011	0,00
12/2010	0,00
11/2010	0,00
10/2010	0,00
09/2010	0,00
08/2010	0,00
07/2010	0,00
06/2010	0,00
05/2010	0,00
04/2010	0,00
03/2010	0,00
02/2010	0,00
01/2010	0,00
12/2009	0,00
11/2009	0,00
10/2009	0,00
09/2009	0,00
08/2009	0,00
07/2009	0,00
06/2009	0,00
05/2009	0,00
04/2009	0,00
03/2009	0,00
02/2009	0,00
01/2009	0,00
12/2008	0,00
11/2008	0,00
10/2008	0,00
09/2008	0,00
08/2008	0,00
07/2008	0,00
06/2008	0,00
05/2008	0,00
04/2008	0,00
03/2008	0,00
02/2008	0,00
01/2008	0,00
12/2007	0,00
11/2007	0,00
10/2007	0,00
09/2007	0,00
08/2007	0,00
07/2007	0,00
06/2007	0,00
05/2007	0,00
04/2007	0,00
03/2007	0,00
02/2007	0,00
01/2007	0,00
12/2006	0,00
11/2006	0,00
10/2006	0,00
09/2006	0,00
08/2006	0,00
07/2006	0,00
06/2006	0,00
05/2006	0,00
04/2006	0,00
03/2006	0,00
02/2006	0,00
01/2006	0,00
12/2005	0,00
11/2005	0,00
10/2005	0,00
09/2005	0,00
08/2005	0,00
07/2005	0,00
06/2005	0,00
05/2005	0,00
04/2005	0,00
03/2005	0,00
02/2005	0,00
01/2005	0,00
12/2004	0,00
11/2004	0,00
10/2004	0,00
09/2004	0,00
08/2004	0,00
07/2004	0,00
06/2004	0,00
05/2004	0,00
04/2004	0,00
03/2004	0,00
02/2004	0,00
01/2004	0,00
12/2003	0,00
11/2003	0,00
10/2003	0,00
09/2003	0,00
08/2003	0,00
07/2003	0,00
06/2003	0,00
05/2003	0,00
04/2003	0,00
03/2003	0,00
02/2003	0,00
01/2003	0,00
12/2002	0,00
11/2002	0,00
10/2002	0,00
09/2002	0,00
08/2002	0,00
07/2002	0,00
06/2002	0,00
05/2002	0,00
04/2002	0,00
03/2002	0,00
02/2002	0,00
01/2002	0,00
12/2001	0,00
11/2001	0,00
10/2001	0,00
09/2001	0,00
08/2001	0,00
07/2001	0,00
06/2001	0,00
05/2001	0,00
04/2001	0,00
03/2001	0,00
02/2001	0,00
01/2001	0,00
12/2000	0,00
11/2000	0,00
10/2000	0,00
09/2000	0,00
08/2000	0,00
07/2000	0,00
06/2000	0,00
05/2000	0,00
04/2000	0,00
03/2000	0,00
02/2000	0,00
01/2000	0,00
12/1999	0,00
11/1999	0,00
10/1999	0,00
09/1999	0,00
08/1999	0,00
07/1999	0,00
06/1999	0,00
05/1999	0,00
04/1999	0,00
03/1999	0,00
02/1999	0,00
01/1999	0,00
12/1998	0,00
11/1998	0,00
10/1998	0,00
09/1998	0,00
08/1998	0,00
07/1998	0,00
06/1998	0,00
05/1998	0,00
04/1998	0,00
03/1998	0,00
02/1998	0,00
01/1998	0,00
12/1997	0,00
11/1997	0,00
10/1997	0,00
09/1997	0,00
08/1997	0,00
07/1997	0,00
06/1997	0,00
05/1997	0,00
04/1997	0,00
03/1997	0,00
02/1997	0,00
01/1997	0,00
12/1996	0,00
11/1996	0,00
10/1996	0,00
09/1996	0,00
08/1996	0,00
07/1996	0,00
06/1996	0,00
05/1996	0,00
04/1996	0,00
03/1996	0,00
02/1996	0,00
01/1996	0,00
12/1995	0,00
11/1995	0,00
10/1995	0,00
09/1995	0,00
08/1995	0,00
07/1995	0,00
06/1995	0,00
05/1995	0,00
04/1995	0,00
03/1995	0,00
02/1995	0,00
01/1995	0,00
12/1994	0,00
11/1994	0,00
10/1994	0,00
09/1994	0,00
08/1994	0,00
07/1994	0,00
06/1994	0,00
05/1994	0,00
04/1994	0,00
03/1994	0,00
02/1994	0,00
01/1994	0,00
12/1993	0,00
11/1993	0,00
10/1993	0,00
09/1993	0,00
08/1993	0,00
07/1993	0,00
06/1993	0,00
05/1993	0,00
04/1993	0,00
03/1993	0,00
02/1993	0,00
01/1993	0,00
12/1992	0,00
11/1992	0,00
10/1992	0,00
09/1992	0,00
08/1992	0,00
07/1992	0,00
06/1992	0,00
05/1992	0,00
04/1992	0,00
03/1992	0,00
02/1992	0,00
01/1992	0,00
12/1991	0,00
11/1991	0,00
10/1991	0,00
09/1991	0,00
08/1991	0,00
07/1991	0,00
06/1991	0,00
05/1991	0,00
04/1991	0,00
03/1991	0,00
02/1991	0,00
01/1991	0,00
12/1990	0,00
11/1990	0,00
10/1990	0,00
09/1990	0,00
08/1990	0,00
07/1990	0,00
06/1990	0,00
05/1990	0,00
04/1990	0,00
03/1990	0,00
02/1990	0,00
01/1990	0,00
12/1989	0,00
11/1989	0,00
10/1989	0,00
09/1989	0,00
08/1989	0,00
07/1989	0,00
06/1989	0,00
05/1989	0,00
04/1989	0,00
03/1989	0,00
02/1989	0,00
01/1989	0,00
12/1988	0,00
11/1988	0,00
10/1988	0,00
09/1988	0,00
08/1988	0,00
07/1988</	

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
RU CAP ANTONIO MANDEL ALVES, 77, FAZENDINHA
ITAPIPOCA 02602-204

Table with columns for service type (AGUA), meter number (R10F126527), and various numerical codes (342, 345, 3, 2).

Table with columns for dates (07/08/2019, 07/09/2019) and numerical values (059, 059, 012, 059, 059).

Constatamos debito de R\$ 39,24. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

Table showing a list of months from JAN to JUL with corresponding numerical values (e.g., 23.50, 14.96, 2.30).

Table with columns for tax types (PIS, COFINS) and their respective values (0.11, 2.08) and total service values (79.06, 35.52, 43.54).

08/2019 03/09/2019 43,54

I: 352914067154779 L: 5448 H: 09: 33: 40 R: 099 P: 001



Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 3838, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site ou na

096673222 08/2019
000 00 0052 00 0210 0000
ITAPIPOCA 03/09/2019 43,54
8264000000 4 43540009000 5 09667322201 2 03002422015 1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mario Márcio Rodrigues Rogério
inscrito (a) no CPF/CNPJ 033.999.363 / 12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.235.663.87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.433.563 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA Cap. Antonio Manoel ALVES</u>	Número: <u>77</u>	Complemento:
Bairro: <u>FAZEDINHA</u>	Cidade: <u>ITAPIRACA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: <u>marielen2016@gmail.com</u>	CEP: <u>62500 000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 996 28 23 26</u>

Local e Data: ITAPIRACA - 28 agosto 2019

Mario Márcio Rodrigues Rogério
Assinatura do Declarante

Unidade de atendimento - EMERGENCIA - PA

DADOS DO PACIENTE

Profissional 255859	Atendimento 0001	Nome do Paciente ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA	CNS 708406281280764	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 101.411.563-92	Local ITAPIPOCA/CE	Mãe MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 01/07/2007	Bairro NOVO HORIZONTE	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	Idade 11 Ano(s)
Pai DANILO PEREIRA DE MESQUITA	Endereço RUA JOSE DE ANCHIETA, 2390	UF CE	Telefone 88992734855	
Profissão ESTUDANTE	CPF do Responsável	Endereço RUA JOSE DE ANCHIETA, 2390	Município ITAPIPOCA	UF CE
Responsável TEREZINHA PEREIRA DE MESQUITA				

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/05/2019	Hora 15:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento EMERSON CHAVES CORREIA	CRM/UF 6336/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário MARIA GLAUCELINA BRANDÃO PINTO			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 35,6	P (bpm) 115	R (mpm)
				PA (mmHg)
				Oximetria (%): 97
				Glicemia (mg/dL) 207

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 02/05/2019 15:18
Responsável pela Classificação: ROSA MARA NASCIMENT

Relatório:
CRIANÇA, 11 ANOS, ACOMPANHADA DA AVÓ, TRAZIDA PELO SAMU, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ATROPELAMENTO NO TRÂNSITO (MOTO), À MESMA EM TEMPO APRESENTA ESCORIAÇÕES FRONTAL, DEFORMIDADE EM REGIÃO DO MIE, DESORIENTAÇÃO, GLASGOW 11, ACOMPANHANTE NÃO SABE INFORMAR ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

ÀS 14:24 -

Reservado atropelamento a nível frontal
avaliando com comprometimento neurolo-
gico, Glasgow 11. + Fratura fêmur E

TCE + Fratura do fêmur E

Ao IJF CENTRO PT
TC e Neurocirurgia

Profissional responsável pelo atendimento
(Sistema Unificado de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

DR. EMERSON C. CORREIA
CREMEC: 6336

EMERSON CHAVES CORREIA - CRM: 6336

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: TEREZINHA PEREIRA DE M



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

16150059193

Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha - Itapipoca - CE - CEP.: 62.500-000
PABX: (88) 3631-5100 - Site Oficial: www.saocamiloitapipoca.org.br

FICHA DE REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS. 2- AO ELIMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGUE 2ª VIA AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNO COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

Unidade de Origem

Distrito Sanitário: _____ Município: Itapipoca
Nome: Ana Carolina Paiva de Mesquita (Ite) Prontuário N° _____
Sexo: M () F (X) Data de Nascimento: 07/07/2007 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Requerido encaminhamento por motivo às 14:20 com lesões crânicas frontal à esquerda e escorregação na face esquerda de fêmur esquerdo. Evolui no momento c/ desorientação, tônus débil, posturas inadequadas, reflexo cutâneo normal.

Resultados de Exames: no plantar normal. Pupilas n/ foram por não visualizar por agitação. Glasgow 11. ACP normal. Abd=normal.

Consulta já realizada: _____
Impressão Diagnóstica: TCE Frontal e Fratura Fêmur E.

CheckBox DR. EMERSON C. CORREIA
CREMEC: 6338

Assinatura do(a) encaminhado(a) N° registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: () Ambulatorial (X) Hospitalar () Auxílio Diagnóstico
Procedimento: TC de crânio Profissional: Neurocirurgião
Unidade de referência: IJF CENTRO Data: ___/___/___ Nota: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta: _____
Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultados de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Proposta de consulta para seguimento: _____

Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: ANA KAROLINA PAIVA DE MESQUITA

LEITO: 2410

DATA DE 02/05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 24/05/2019

BE/PRONT: 5614897

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 11

DIAGNOSTICOS: Fratura subtrocantérica (OPERADA)

CONDUTA RETORNO AO AMBULATORIO ORTOPEDIA PEDIATRICA EM 7 DIAS -
DECIDIDA RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - MANTER IMOBILIZACAO -
PARA CADA NAO PISAR ATE RETORNO.

LESAO: .

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDORESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDOAss: Retornar dia: ___/___/___ Hora: ___ para
Dr. _____Data: 23/05/19Dispensa do trabalho por: 10 dias p/ escola
90 dias p/ atv. física

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

32555056



Sistema de Protocolo Único

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Nº Processo : P708911/2019

Dt. Abertura : 04/06/2019 - 11:59

Local Abertura : IJF/PROTOCOLO - Serviço de Protocolo

Local Atual : IJF/NUAME - Núcleo de Arquivos Médicos e Estatística

Tipo : - Processos Decisórios Gerenciais Administrativos

Assunto : - Administrativo Financeiro -- Solicitação De Laudo -
declaração

Envolvido : Ana Karoline Paiva De Mesquita

Observação : SOLICITAÇÃO DO LAUDO MÉDICO

Folhas : 1

Anexos : 0

Para consultar o processo acesse:

<http://spuevolucao.fortaleza.ce.gov.br/totem>

Fortaleza - 04/06/2019 - 11:59

Recebido por:

_____ em
_ / _ / _

Resumo de alta

NOME: ANA KAROLINA PAIVA DE MESQUITA

LEITO: 2410

DATA DE INTERNACAO: 02/ 05/2019

DATA DA ALTA: 24/05/2019

BE/PRONT: 5614897

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

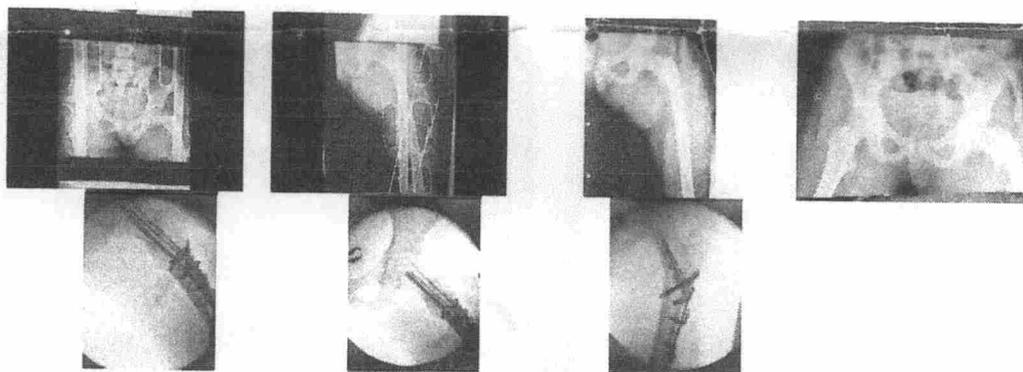
IDADE: 11

DIAGNOSTICOS: Fratura subtrocantérica (OPERADA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: RETORNO AO AMBULATORIO ORTOPEDIA PEDIATRICA EM 7 DIAS - RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS - MANTER IMOBILIZACAO - NAO PISAR ATE RETORNO.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
MAPA DO DIA 21/05/2019 - Terça-Feira									
21		1	13:00	2410	PAULO COLARES		FIO DE CERCLAGEM , FIO DE K 2 E 1.5 MM PLACA ANGULADA ADOLESCENTE CX DE GRANDES FRAGMENTOS BLOQUEADOSCX GRANDES FRAG	BE:5614897	REALIZADA

Dias

Int. # Hora Leito Staff Residentes Material Observação Status da marcação

FRATURA SUBTROCANTÉRICA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)
04.08.05.0489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO)
DO FEMUR (SINTESE)

Marcado
por:
DIEGO
FREITAS
F em:
23-05-
2019
19:16:56

Ass.: W Retomar dia: / / Hora: para
Dr. Paulo Roberto F. de

Data: 23/05/19

Reberto
04188/996261703

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
101.411.563-92

Nome
ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

Nascimento
01/07/2007

CÓDIGO DE CONTROLE
7213.C193.ECDA.9C5B



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:34:29 do dia 30/11/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
762.235.663-87

Nome
MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO

Nascimento
05/07/1975

CÓDIGO DE CONTROLE
2CA7.AD09.E328.675A



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:30:15 do dia 30/09/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



NOME
MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO
FILIAÇÃO
MANUEL JULIÃO DAMASCENO
RAIMUNDA ALVES DE PAIVA

DATA NASCIMENTO NATURALIDADE
05/07/1975 FORTALEZA - CE
ORGÃO EXPEDIDOR TIPO/FATOR RH
SSPDS-CE XXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

Maria Sandra Paiva Damasceno
ASSINATURA DO TITULAR

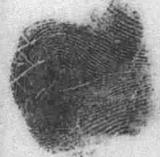
CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 762.235.863-87 DNI XXXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EXPEDIÇÃO OUTRO RG
2008040622-4 P.: 15 16/07/2019 231967892 2º VIA
REGISTRO CIVIL
CERT. CASAM. C/ AVERB. DIV. CARTÓRIO:SEDE TERMO:0041646 FOLHA:
00000243 LIVRO:B00075 FORTALEZA - CE

NOME SOCIAL
XXXXXXXXXXXXXXXXXX
T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX XX
RG/SP/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX
CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX
CNI CNE
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

POLEGAR DIREITO



João Manoel Fagundes de Azeite
ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE
FEDELA NACIONAL DE HABITABILIDADE



NOME
MARIA MACIELLE RODRIGUES ROGERIO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003010021235 SSP CE

CNPJ
013.979.363-12 DATA NASCIMENTO
12/08/1985

FILIAÇÃO
MANOEL RAIMUNDO
ROGERIO
MARIA DA PAZ FERREIRA
DE SOUSA ROGERIO

PERMISSÃO ACC CATEG
VALIDADE 26/04/2013

Nº IDENTIFICADORA 65787497207

REMARKS
SEM OBSERVAÇÃO;

Maria Macielle Rodrigues Rogério
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL ITAPIPOCA, CE DATA EMISSÃO 11/08/2017

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

88896861566
CE160696500

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1496696347

PROIBIDO PLASTIFICAR
1496696347

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344795/19

Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

CPF: 101.411.563-92

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/05/2019

Titular do CPF: ANA KAROLINE PAIVA DE
MESQUITA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO : 762.235.663-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 04/10/2019
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
CPF: 013.979.363-12

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: ELVERSON ALVES DA SILVA
CPF: 067.686.643-36

ELVERSON ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567630 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS DETECTÁVEIS. LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 100°, FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO GRAU IV E LEVE ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/10/2019

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567630 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GLASGOW 11).
FRATURA SUBTROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER + PLACA E PARAFUSOS NO FÊMUR)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P2 P5 P6)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA MENOR (12 ANOS) - TCE

(X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de profissão e renda, 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Márcia Rodrigues Rogério

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 033.999.363 / 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.235.663.87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.433.563 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA Cap. Antonio Manoel ALVES</u>	Número: <u>77</u>	Complemento:
Bairro: <u>FAZEDINHA</u>	Cidade: <u>ITAPIRACA</u>	Estado: <u>CEARA</u>
E-mail: <u>marciaden2016@gmail.com</u>	CEP: <u>62500 000</u>	Tel. (DDD): <u>81 996 28 23 26</u>

Local e Data: ITAPIRACA - 28 agosto 2019

Maria Márcia Rodrigues Rogério
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Maria SANDRA PAIVA DAMASCENO
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: DIUORCIADA
Profissão: SERVICOS GERAIS
Identidade: 2008040622-4 CPF: 762.235.663-87
Endereço: RUA JOSE DE ANCHIETA 514 Bairro: NOVO HORIZONTE
Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Maria Maciele RODRIGUES ROQUEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTONOMA
Identidade: 2003010021235 CPF: 013.979.363-12
Endereço: RUA Cap. Antonio Manoel ALVES Bairro: FAZENDINHA
Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro 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 relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o 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.

Local e data:

ITAPIPOCA-CE, 27 de AGOSTO de 2019.

Maria Sandra Paiva Damasceno

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

RECONHEÇO por autenticidade, verdadeira(s) firma(s) Maria Sandra Paiva Damasceno - OUT Lançada em minha presença. Em teste 17 AGO 2019 Itapipoca/CE

AMÉLIA DE SOUSA FROTA - 1ª Tabeliã
CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS E INSTRUMENTOS PÚBLICOS DE ITAPIPOCA - CE

03
COMPROVAÇÃO DE AUTENTICIDADE DO TÍPICO NA PORTARIA Nº 1.892/2019
Emissão em 09/07/2019 às 19:19:19
ITAPIPOCA-CE

IDENTIFICAÇÃO
Nº IC: 640038



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344795/19

Vítima: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

CPF: 101.411.563-92

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/05/2019

Titular do CPF: ANA KAROLINE PAIVA DE MESQUITA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA SANDRA PAIVA DAMASCENO : 762.235.663-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 04/10/2019
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
CPF: 013.979.363-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: ELVERSON ALVES DA SILVA
CPF: 067.686.643-36

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

ELVERSON ALVES DA SILVA