



**Prefeitura de
Fortaleza**

HOSPITAL DIST

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE A ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

CADSUS

NOME MÃE
MARIA MIRIAN ARAUJO DOS SANTOS

ENDEREÇO
RUA SETEMBRINA 90 PARQUE E SANTA ROSA

CONTATO

LOCAL DA OCORRÊNCIA (TRANSPORTE/LOCAL DO

QUENTE

QUEIXA
**PACIENTE TRAZIDO PELO POLÍCIA
EM OMBRO ESQUERDO E LATERAL
EM REGIÃO OCCIPITAL**

SINTOMAS

NI

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

CLASSIFICAÇÃO

VERDE

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

APRIMORSE

ENDIMENTO MÉDICO

*paciente trazido pelo pai - vítima de acidente de trânsito
Sedado com morfina e Sufenta no local.
Do ombro E. sup.
Luxação alveolar da articulação.*

DIAGNÓSTICO

RAIO X SOLICITADO

() HC () SU () US

DOMIN/

() TC CRÂNIO

() RAIO-X

COO. PROCEDIMENTO

CIB

() OUTROS

MÉDICAMENTO

ESCRITAÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

se é cirurgia

do ombro D. sup. e do glenóide.

Automação de emergência

ALTA/BAIXA

() DECISÃO MÉDICA () A
DESTINO DO CORPO: () FA

EDIDO () EVASÃO () TRANSPORTE
LIA () IM () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

PO DE ALTA/BAIXA

ENCIA () INTERNAÇÃO

Jose Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4394

() ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

Jose Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4394

Impresso por daianne pinto macedo
Declaro serem verdadeiras as inform
Penal

6/01/2019 às 05:33:16

Assinatura aqui em todas, sobre as quais assumo

todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código

Assinatura aqui em todas

Dr. Victor Pinheiro Coutinho
Médico Geral
CRM: 13390 / RQE 84339

joao bosco araujo dos santos

HOSPITAL DISTRITAL TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

[Assinatura]

Mônica Saba

Mat.15984



Prefeitura de
Maranguape
Secretaria de Saúde

Secretaria da Saúde de Maranguape

RECEITUÁRIO MÉDICO

Atestado

Atesto que para Base Moço
doente foi submetido a
Tratamento cirúrgico de luxação
crônica do úmero, resultados em
subluxação por glenoides
li parietal, pelo qual 60% de
abdução do ombro e 90% de
capacidade rotatória, status de
alto desempenho.

POLICLÍNICA MUNICIPAL DE MARANGUAPE
Rua Getúlio Nascimento, s/n - Outra Bandeira
Maranguapé - Ceará
FONE: 3369.9229

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4663

05
11
2019

Av. Senador Almir Pinto S/N - Centro, Maranguape - CE, 61.940.145
Telefone: 3369.9134



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

218.829.403-34

Nome

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

Nascimento

07/05/1961

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

98D0.488C.5E17.2083

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:59:14 do dia 17/06/2014 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347555/19

Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

CPF: 218.829.403-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/01/2019

Titular do CPF: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS : 218.829.403-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS
CPF: 218.829.403-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347555/19

Número do Sinistro: 3190571119

Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

CPF: 218.829.403-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS : 218.829.403-34

Autorização de pagamento

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: 15/10/2019
Nome: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS
CPF: 218.829.403-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347555/19

Número do Sinistro: 3190571119

Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

CPF: 218.829.403-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/01/2019

Titular do CPF: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS : 218.829.403-34

Autorização de pagamento

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: 28/10/2019
Nome: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS
CPF: 218.829.403-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347555/19

Número do Sinistro: 3190571119

Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

CPF: 218.829.403-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/01/2019

Titular do CPF: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 06/11/2019
Nome: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS
CPF: 218.829.403-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571119 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS **Data do acidente:** 16/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM BATENTE EM ACRÔMIO, HIPOTROFIA MODERADA DE DELTOIDE, BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO, DE ABDUÇÃO E DE ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E REPARAÇÃO DE LUXAÇÃO, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/11/2019

Conduta mantida:

Observações: APRESENTOU EXAME DE RAIOS X.

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571119

Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

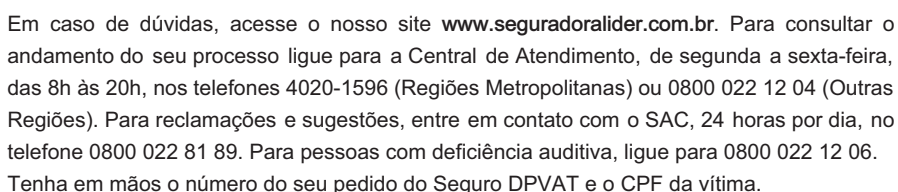
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

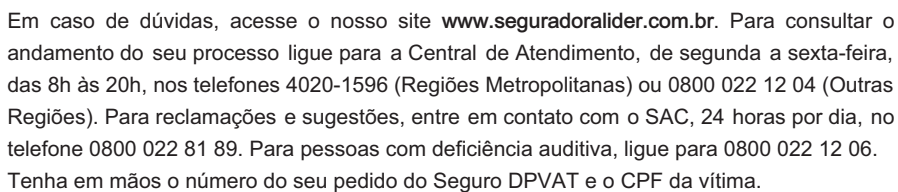
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

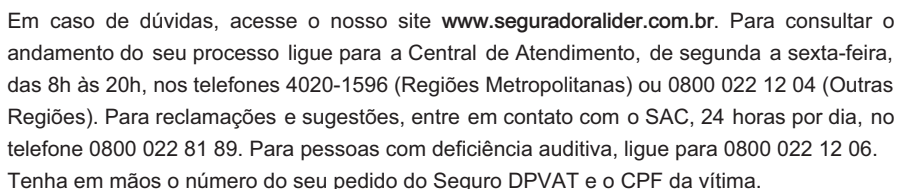
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190571119 Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571119

Vítima: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

Data do Acidente: 16/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 004

Agência: 000000189

Conta: 0000031580-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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:

☐

DAN S (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

218829403-34

4 - Nome completo da vítima:

JDAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

JDAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

7 - Profissão:

PEREIRO

8 - Endereço:

RUA

6 - CPF:

218829403-34

11 - Bairro:

CANINIZINHO

12 - Cidade:

FOZ DE IGUAZU

9 - Número:

6040.000

10 - Complemento:

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

6040.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

055996137525

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DA: OS 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)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0189

CONTA:

31580

6

(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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

24 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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,

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



EXTRATO DE CONTA CORRENTE

Informações da Conta

Titular: JOAO BOSCO ARAUJO
SANTOS CPF: 218.829.403-34

Agência: 0189-FORTALEZA MONTESE
Conta Corrente: 31580-6

Saldo Anterior: R\$ 0,00
Período: 01/08/2019 à 13/09/2019

Detalhamento do Extrato

SAC BANCO DO NORDESTE - 0800 728 3030 - OUVIDORIA - 0800 033 3033 -
www.bancodonordeste.gov.br

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAM S (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

218829403-34

4 - Nome completo da vítima:

JDAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

JDAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

7 - Profissão:

PERMEIRO

8 - Endereço:

RUA

6 - CPF:

218829403-34

9 - Número:

01

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CANDEIQUINHO

12 - Cidade:

FEARATIMA

15 - E-mail:

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60110-000

16 - Tel.(DDD):

055996137525

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DA OS 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: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0189

CONTA:

31580

6

(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 (valorar)?

☐ 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:

Fortaleza, 15/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAN'S (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

218829403-34

4 - Nome completo da vítima:

JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

7 - Profissão:

TRABALHO

8 - Endereço:

TR SAO LUIS DO SIQUEIRA

6 - CPF:

218829403-34

11 - Bairro:

CANIDEZINHO

12 - Cidade:

FORTALEZA

9 - Número:

01

10 - Complemento:

CSA

15 - E-mail:

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60140-000

16 - Tel. (DDD):

055946137525

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DA: OS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

22 - DA: OS BANCÁRIOS: (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: CARLO DO NORDESTE

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0180

CONTA:

31580

00

Autorizo a Seguradora LIDER 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 LIDER 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Víuvo

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 (se houver)?



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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 293 do Código Penal.

34

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:

Fortaleza, 28/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 3190571119
Nome do(a) Examinado(a): Joao Bosco Araujo Santos
Endereço do(a) Examinado(a): T Sao Luis Siqueira, 00001 Cs
Centro Fortaleza CE CEP: 60110-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 93002221292
Data local do acidente: [16/01/2019]
Data local do exame: [22/11/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA-LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

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

Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM FIO METÁLICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: 15/11/2019

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM BATENTE EM ACRÔMIO, HIPOTROFIA MODERADA DE DELTOIDE, BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO, DE ABDUÇÃO E DE ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.

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 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 (Seqüela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 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.

APRESENTOU EXAME DE RAIOS X.

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019207751

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1016 / 2019

**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **29/03/2019 16:40:42**Data / Hora da Ocorrência: **16/01/2019 05:30:00**Endereço da Ocorrência: **RUA MARIA GOMES DE SA**

Complemento:

Bairro: **CONJUNTO ESPERANCA** Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOÃO BOSCO ARAUJO SANTOS**Nascimento: **07/05/1961** CPF: **218.829.403-34**RG: **93002221292**

Orgão Emissor:

UF: **CE**Filiação: **MARIA MIRIAN ARAUJO SANTOS****GERADO MAGELA DOS SANTOS**Endereço: **RUA SETEMBRINA, 900**Bairro: **PARQUE SANTA ROSA**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

Que no dia 16/01/2019, por volta das 05:00 hs se dirigia para o seu trabalho em sua bicicleta, quando uma motocicleta de placas OIG-8096, colidiu com sua bicicleta, vindo a vítima cair ao solo, sofrendo lesões na clavícula e na cabeça, sendo socorrido pelo SAMU para o Frotinha de Parangaba, passando por procedimento cirurgico. Que o condutor da moto também ficou lesionado e foi socorrido para o mesmo hospital.

OBS: A falsa comunicação é prevista no Art 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

////////////////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****João Bosco Araujo Santos****VISTO DO DELEGADO(A) :****MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

218829403-34

4 - Nome completo da vítima:

JDAO BRUNO ARAUJO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

JDAO BRUNO ARAUJO DOS SANTOS

7 - Profissão:

PEREIRO

8 - Endereço:

RUA

6 - CPF:

218829403-34

11 - Bairro:

CANINIZINHO

12 - Cidade:

FOZ DE IGUAZU

9 - Número:

6040.000

10 - Complemento:

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

6040.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

055996137525

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DA: OS 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)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0189

CONTA:

31580

6

(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 elevação 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

24 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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,

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



EXTRATO DE CONTA CORRENTE

Informações da Conta

Titular: JOAO BOSCO ARAUJO
SANTOS CPF: 218.829.403-34

Agência: 0189-FORTALEZA MONTESE
Conta Corrente: 31580-6

Saldo Anterior: R\$ 0,00
Período: 01/08/2019 à 13/09/2019

Detalhamento do Extrato

SAC BANCO DO NORDESTE - 0800 728 3030 - OUVIDORIA - 0800 033 3033 -
www.bancodonordeste.gov.br



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **João Bosco Araújo Santos** - C.P.F. **218.829.403-34**, no dia **16/01/2019**, às **05hs**, na **Rua Maria Gomes de Sá**, no **Bairro Conjunto Esperança**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P572081/2019**.

Fortaleza, 27 de fevereiro de 2019.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTRI

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

CADASTRO

NOME DA ENFERMEIRA
MARIA MIRIAN ARAUJO DOS SANTOS

RUA SETEMBRINA 90 PARQUE E SANTA ROSA

CENTRO

LOCAL DA OCORRÊNCIA (CAMPUS, PORTO, CASAS)

CENTRO

OCORRÊNCIA

Nº DO PRONTUÁRIO
365154Nº DO BE
256354NASCIMENTO
07/05/1961 (57 ANOS)SEXO
MRACIA DO PACIENTE
PARDONOME RESPONSÁVEL
NIMUNICÍPIO
FORTALEZAUF
CEDEP
60.763-105

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CICLITA. RELATA TRAUMA

NOME DO RESPONSÁVEL
DAIANNE PINTO MACEDO

PACIENTE TRAZIDO PELO () EM OMBRO ESQUERDO E L

MU USB 1404. COLISAO MOTO X I
ERACAO EM REGIAO OCCIPITALSINTOMAS
NIPESO
NI KGTEMPERATURA
NI °CCLASSIFICAÇÃO
VERDECLASSIFICAÇÃO
VERDEQUAL É A ESPECIALIDADE
TRAUMATOLOGIA

NOME DO ATENDIMENTO

HISTÓRICO DO ATENDIMENTO

Suspeito de fratura de costela - trauma causado por queda
de altura com o paciente a 5 metros de altura.
Do ombro B. SP.
No exame físico não há lesões.

DIAGNÓSTICO

EXATOS SINTOMAS

() HC () SU () US () DOMINAR () TC CRANIO () RAIO-X

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CÓDIGO

() OUTROS

MEDICAMENTO

ESCRITAÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

no diagnóstico

Paciente D. SP. 10/05/2019

Autuado por Dr. José Neto

DECISÃO

() DECISÃO MÉDICA () A

DESTINO DO CORPO: () FA

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo NetoNOME DO ATENDENTE
José Facundo Neto

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

NOME DO ATENDENTE

JOAO BOSCO ARAUJO DOS SANTOS

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

[Assinatura]
Mônica Saba
Mat. 15984

[Assinatura]
Dr. José Facundo Neto
CRM: 4384

Impresso por daianne pinto macedo
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo toda a responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

[Assinatura]
Declaro no campo de observações
que estas

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: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BOSCO ARAUJO SANTOS

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00189

CONTA: 000000031580-6

Nr. da Autenticação F7186895011B7365

2866087

Companhia Energética da Ceará
Rua Pedro Valdeiros, 180
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que enviar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 019648818

Rota F0J18U13 - 289000

Referência 09/2019

Nome FRANCISCO DE ASSIS VIEIRA DE BARROS

Endereço TR SAO LUIS DO SIQUEIRA, 00001 - CS A,
CANINDEZINHO, 60110-000, FORTALEZA

Classificação Resid. Baixa Renda

Emissão 25/09/2019

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Medidor 3044986 - NAN-270

Ligação Monofásica

ÁREA RESERVADA AO FISCO

9,35E+38009404,0 2001000300079079

DATAS DE LEITURA

P.F. 29 0185

Anterior 25/08/2019

Atual 25/09/2019

Próxima prevista 25/10/2019

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Mês (kWh)	Consumo Mês (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	18.466	18.347	1,00	119	00	119	0,30856	36,70

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PLIB PREF MUNIC	-	12,18
PIS COMPL BX RENDA	-	0,24
COFINS COMPL BX RENDA	-	1,07
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18433	5,53
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,31671	22,17
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,47526	9,03
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-28,25
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	28,25
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,09667	2,90

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	67,88	0,81	0,55
COFINS	67,88	3,69	2,51

VENCIMENTO

10/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

53,12

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 749.992.303-72

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

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (tCO₂e)

46,45

0,00

0,00%

100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 23/08 - 25/09

O vencimento de sua conta foi regularizado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO VALOR(R\$)

07/2018 239,95

07/2019 92,22

08/2019 54,22

Total: R\$ 386,43

Nº do Cliente: 2866087
Data de Emissão: 25/09/2019
Nº da Nota Fiscal: 019648818

Referência: 09/2019

Total a Pagar (R\$): 53,12

Nº de Controle: 30001978311

V: [1.0.0.5]

0703142583

3-80013499

-36.41930232

83860000000 0 53120031030 7 00197831107 6 00002866087 0



83860000000 0 53120031030 7 00197831107 6 00002866087 0