
Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301314

Vítima: ANTONIO MENEZES BRANDAO

Data do Acidente: 27/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MENEZES BRANDAO

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, contados 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, 20 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200301314

Vítima: ANTONIO MENEZES BRANDAO

Data do Acidente: 27/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MENEZES BRANDAO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ANTONIO MENEZES BRANDAO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000004605-1**

Conta: **000010018689-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Nº DO CLIENTE**2666596**

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.106.848-3**enel****CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº****580366492**

Rota 17 35120 08 005100 - 7

Data de Emissão 24/06/2019

Nome RITA MARIA DE MENEZES BRANDAO

End. Postal PR MON SABINO 00010

CENTRO - J. DE JERICOACOARA - 62598000

Medidor 11407036

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 730291903-82

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2019	24/06/2019	26/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja e legenda no verso desta conta.

Conjunto: CRUZ
Mês: Abr/2019 EUSD 38,30

DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
103,43	27,00%	27,92

Padrão Individual Apuração Individual

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	10,30	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D78F.20C9.F5F5.5EE4.24BB.84CA.B777.D709

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. FeL	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 27384	27249	1,00	135	135	8,76621	103,43
24/06/19	24/05/19		31 DIAS	135		103,43

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	103,43
MULTA MORATORIA REF 05/2019	2,35
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,54
JUROS DO MES	1,34
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,74



Impresso nº 201915259

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 578 - 101 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/01/2019 15:04:25**
Data / Hora da Ocorrência: **27/12/2018 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MANOEL MARQUES**
Complemento: **ACOSTAMENTO**
Bairro: **CENTRO** Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓX. A ARENINHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MENEZES BRANDAO**
Nascimento: **08/06/1974** CPF: **635.001.083-34** UF: **CE**
RG: **96010048876** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **RITA MARIA MENEZES BRANDAO**
MANOEL DA PAZ BRANDAO
Endereço: **RUA MONSENHOR SABINO**
Bairro: **CENTRO**
Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE** CEP: **62.598-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUX4503** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:
9C2HA050TTR001225 Renavam: **662239440** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/C100 DREAM** Ano Fabricação:
1996 Ano Modelo: **1996** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **ROBERTO OLIVEIRA ARAGAO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O declarante qualificado compareceu nesta Delegacia e informou que dia 27/12/2018, por volta das 23h00min, estava parado no acostamento da Avenida Manoel Marques, próximo a Areninha, centro, Jijoca de Jericoacoara-CE, em sua motocicleta (HONDA/C100 DREAM, ano 1996/1996, placa HUX4503, cor VERMELHA, documentado no nome de ROBERTO OLIVEIRA ARAGAO é CPF nº 115.602.743-87), sentido centro, quando sofreu uma colisão ocasionada por um automóvel branco, do qual não se recorda o modelo; Que viu quando o referido veículo surgiu de forma inesperada detrás de um ônibus da empresa FRET CAR, quando realizava a ultrapassagem no mesmo, impossibilitando qualquer reação por parte sua; Que o declarante foi atingido na perna esquerda e caiu no chão; Que foi socorrido ao Hospital de Jijoca de Jericoacoara, de onde foi transferido para Sobral-CE, retornando na data de hoje, dia 7/1/2018; Que deseja registrar o ocorrido; E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação, ficando este cientificado.

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: **635.001.083-34** 4 - Nome completo da vítima: **ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO**

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

5 - Nome completo: **ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO** 6 - CPF: **635.001.083-34**
7 - Profissão: **DESEMPREGADO** 8 - Endereço: **PR. MON SABINO** 9 - Número: **10** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **JIOCA DE JERICOACOARA** 13 - Estado: **C** 14 - CEP: **62589-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **(88) 99950-3444**

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **4605** **1** CONTA: **18.689** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 risco (vairisco)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, **11 DE FEVEREIRO DE 2020, FORTALEZA-CE**

Antônio Menezes Brandão
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO CEARÁ
 PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA
 CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA

Corregedor Geral - Desembargador Carlos Facundo
 Programa - "REGISTRO CIVIL, QUESTÃO DE CIDADANIA"
 Portaria nº 06/93-CGJ - Provimento nº 01/96-CGJ

Certidão de Nascimento

COMARCA DE Cruz
 TERMO JUDICIÁRIO DE Cruz
 DISTRITO DE Cruz
 OFICIAL(A) DO REGISTRO CIVIL:
 Sr(a): Manoel Bernardo de Sousa

Certifico que na fl. 542, do Livro A-Especial, sob nº 1.084, do Programa "REGISTRO CIVIL, QUESTÃO DE CIDADANIA", encontra-se o Registro de Nascimento de:

NOME: Alcione Pereira da Silva

SEXO: femenino, cor morena

NASCIDO(A): ÀS 10:00 HORAS, DO DIA 02 DE maio DE 19 83.

LUGAR DO NASCIMENTO Cedro-Cruz-Cuarú

FILHO(A) DE: Expedito Pereira da Silva e

Terezinha Pereira da Silva

AVÓS PATERNOS: _____ e

_____ e

AVÓS MATERNOS: Joaquim Prexede da Silva e

Luiza Sitor da Silva

DECLARANTE: a mãe

REGISTRO LAVRADO NO DIA: 29-03-96

OBS.: _____

O referido é verdade. Dou fé.

Cruz - CE, 29 de Março de 19 96

Manoel Bernardo de Sousa
 Oficial(a) do Registro Civil

MANOEL BERNARDO DE SOUSA

00114

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

14/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320030131401

VALOR TOTAL:

4.725,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MENEZES BRANDAO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04605

CONTA: 000010018689

Número da Autenticação

CAF155E2250DB7D9

Nº DO CLIENTE

2666596

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.106.848-3

enel

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

580366492

Rota 17 35120 08 005100 - 7

Data de Emissão 24/06/2019

Nome RITA MARIA DE MENEZES BRANDAO

End. Postal PR MON SABINO 00010

CENTRO - J. DE JERICOACOARA - 62598000

Medidor 11407036

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 730291903-82

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2019	24/06/2019	26/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja e legenda no verso desta conta.

Conjunto: CRUZ
Mês: Abr/2019 EUSD 38,30

DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
103,43	27,00%	27,92

Padrão Individual Apuração Individual

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	10,30	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D78F.28C9.F5F5.5EE4.24BB.84CA.B777.D709

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. FeL	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 27384	27249	1,00	135	135	8,76621	103,43
24/06/19	24/05/19		31 DIAS	135		103,43

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	103,43
MULTA MORATORIA REF 05/2019	2,35
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,54
JUROS DO MES	1,34
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,74



1. Preencha esta ficha em 3 vias
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: UBS Sede 02 Município: Jijoca
 Distrito Sanitário: _____ Prontuário N° _____

Nome: Antonio Menezes Brandão Ocupação: _____
 Sexo: M F Data de Nascimento: 08/06/74 Bairro: _____ Fone: _____

Endereço: Rua Projeção Pai: _____ Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: Encaminhamento ao Ortopedista para retorno progra-
mado.

Resultado de Exames: _____

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Dr. Carlos Cunha
 20122000E

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____ Função _____ Data 27/03/19 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

Unidade de referência: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____ Prontuário N° _____ Alta ____/____/____

Município: _____

Resumo: Clínico / Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referencia coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data ____/____/____

(*) Utilizar também como resumo de alta

CONTIUS WEB
RESUMO DO ATENDIMENTO
Clique em voltar para retornar

Paciente
PACIENTE
DATA DE NASCIMENTO-IDADE
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
NOME DA MÃE
Internação
NÚMERO
DATA-HORA
MUNICÍPIO
ESTABELECIMENTO
PROFISSIONAL SOLICITANTE
DIAGNÓSTICO
PROCEDIMENTO
CLÍNICA
TIPO DE LEITO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANTONIO MENEZES BRANDAO
08/06/1974 - 45 anos
JUJOCA DE JERICOACOARA
RITA MARIA MENEZES BRANDAO

13440106200

SOBRAL

3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

01130608305 - JOSE MAURO RIOS NETO

5822 - Fratura da diáfise da tíbia

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MASCULINO

3 - URGEMÊNCIA A91 EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

5 - INTERNAÇÃO LOCAL

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO,ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO,ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO,ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Voltar







...VA CRISTALIZA
USO PROFESSION





1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: UBS Sede Município: Jijoca
 Distrito Sanitário: _____ Prontuário N° _____
 Nome: Antonio Menezes Brandas
 Sexo: M F Data de Nascimento: 08/06/74 Ocupação: _____
 Endereço: R. Proptada 01 - SN Bairro: _____ Fone: _____
 Pai: _____
 Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: Encaminhamento para retorno programado

Resultado de Exames: Just. Fratura em MIE

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante: [Signature] N° Registro _____ Função _____ Data 07/01/19 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de referência: _____ Data: / / Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____ Prontuário N° _____ Alta / /
 Município: _____

Resumo: Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referencia coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data / /

(*) Utilizar também como resumo de alta



Ministério do Desenvolvimento Agrário
Secretaria de Agricultura Familiar
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

Declaração de Aptidão ao Pronaf

Extrato de DAP

Chave do extrato: 5867367210486974

Emitido em: 26/02/2019 às 11:13:59

Informações Gerais

DAP: CE01600121190220010701278	Versão DAP: 1.8.2	Enquadramento: B
Emissão: 06/03/2013	Validade: 06/03/2019	Município/UF: Cruz/CE
Última Versão: Sim	DAP Válida: Sim	DAP Expirada: Não

Titular(es)

Nome: ANTONIO MENEZES BRANDAO	Nome: ALCIONE PEREIRA DA SILVA
CPF: 635.001.083-34	CPF: 016.028.383-30

Categoria

Demais agricultores familiares	Condição e posse de uso da terra
	Proprietário/a

Emissor da DAP

Emissor: EMP DE ASSIST TEC E EXT RURAL DO EST DO CE EMATERCE	CNPJ: 05.371.711/0001-96
Nome do Responsável: JOSÉ MARQUES CORDEIRO	CPF: 090.430.803-06

A autenticidade e veracidade deste documento poderá ser comprovada por meio do endereço:

<http://dap.mda.gov.br>

José Marques Cordeiro
TEC. AGRÍCOLA-CREA 26.587
01/05/2000



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: UBS Sade 02 Município: Juoco
 Distrito Sanitário: _____ Prontuário Nº _____
 Nome: Antonio Mendes Brandao
 Sexo: M F Data de Nascimento: 08/06/74 Ocupação: _____
 Endereço: Rua Paqueta Bairro: _____ Fone: _____
 Pai: _____
 Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: Encaminhado ao Ortopedista para retorno progra-
modo

Resultado de Exames: _____

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____ Data 27/03/19 Hora _____



AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____
 Município: _____

Resumo: Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referencia coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data ____/____/____

(*) Utilizar também como resumo de alta



PREFEITURA MUNICIPAL DE
JIJOCA DE JERICOACOARA

Adm: AMAMOS E CUIDAMOS

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital Municipal

Distrito Sanitário: 12 = CRES / Jijoca Município: Jijoca de Jericoacoara

Nome: Antônio Benedito Brandão Prontuário N° _____

Sexo: M F Data de Nascimento: 08/06/69 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: # Quete, 44a, O, vítima de acidente há 03 meses

Sueto cirúrgico ortopédico (cuidados de Higienar em

Resultado de Exames: rama (E)

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____ Função médica Data 28/05/19 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de referência: _____ Data: / / Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____ Prontuário N° _____ Alta / /

Município: _____

Resumo: Clínico / Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referencia coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data / /

(*) Utilizar também como resumo de alta

RESUMO DO ATENDIMENTO

Clique em Voltar para retornar.

Paciente	ANTONIO MENEZES BRANDAO
PACIENTE	08/06/1974 - 45 anos
DATA DE NASCIMENTO-IDADE	JUOCA DE JERICÓ DO CARÁ
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	RITA MARIA MENEZES BRANDAO
NOME DA MÃE	
Internação	
NÚMERO	13440106690
DATA-HORA	
MUNICÍPIO	SOBRAL
ESTABELECIMENTO	3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
PROFISSIONAL SOLICITANTE	21857562320 - ANTONIO AGOSTINHO MOURA
DIAGNÓSTICO	L97 - Úlcera dos membros inferiores não classificada em outra parte
PROCEDIMENTO	0415040035 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
CLÍNICA	15 - CIRURGICO - PLASTICA
TIPO DE LEITO	MASCULINO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	5 - INTERNAÇÃO LOCAL
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

[Voltar](#)

MASCULINO - DEBRIDAMENTO DE ULCERA

15 - CIRURGICO - PLASTICA

MASCULINO

MASCULINO - DEBRIDAMENTO DE ULCERA

ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA

EXTENSA NA PERNA.NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE+EXAME FÍSICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

ANEXOS WEB
RESUMO DO ATENDIMENTO
Clique em voltar para retornar.

Paciente
PACIENTE
DATA DE NASCIMENTO-IDADE
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
NOME DA MÃE
Internação
NÚMERO
DATA-HORA
MUNICÍPIO
ESTABELECIMENTO
PROFISSIONAL SOLICITANTE
DIAGNÓSTICO
PROCEDIMENTO
CLÍNICA
TIPO DE LEITO
CARÁTER DA INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS
PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANTONIO MENEZES BRANDAO
08/06/1974 - 45 anos
JUJUCA DE JERICOACOARA
RITA MARIA MENEZES BRANDAO

13440106209

SOBRAL

3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

01135068305 - JOSE MAURO RIOS NETO

5822 - Fratura da diáfise da tibia

0488050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MASCULINO

5 - URG/EMERGÊNCIA A/H EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

5 - INTERNAÇÃO LOCAL

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

01135068305 - JOSE MAURO RIOS NETO

5822 - Fratura da diáfise da tibia

0488050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

01135068305 - JOSE MAURO RIOS NETO
5822 - Fratura da diáfise da tibia
0488050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

MASCULINO
5 - URG/EMERGÊNCIA A/H EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
5 - INTERNAÇÃO LOCAL
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO ALCOOLIZADO APRESENTA FRATURA EXPOSTA COM GRAVE DEFORMIDADE EM PERNA ESQUERDA RISCO DE COMPLICAÇÕES ANAMNESE + EXAME FÍSICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR





HOSPITAL MUNICIPAL GABRIEL BRANDÃO DE SOUSA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direitos ou a quem possa interessar que **ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO** deu entrada nessa unidade de saúde no dia 27 de novembro de 2018, sendo vítima de acidente moto/ciclístico, apresentando fratura exposta em membro inferior esquerdo (MIE), realizado os procedimentos de emergência, e em seguida encaminhado para **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**, a das informações contidas nesta declaração antecipa votos de estima e consideração.

Jijoca de Jericoacoara, 20 de agosto de 2019.

Atenciosamente

Maria Ineuda da Silva Rodrigues

Maria Ineuda da Silva Rodrigues
Diretora administrativa

M^{re}. Ineuda da Silva Rodrigues
Diretora Administrativa do
Hospital de Jijoca de Jericoacoara



...VA CRISTALIZA
USO PROFESSION







Ministério do Desenvolvimento Agrário
Secretaria de Agricultura Familiar
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

Declaração de Aptidão ao Pronaf

Extrato de DAP

Chave do extrato: 5867367210486974
Emitido em: 26/02/2019 às 11:13:59

Informações Gerais

DAP: CE01600121190220010701278	Versão DAP: 1.8.2	Enquadramento: B
Emissão: 06/03/2013	Validade: 06/03/2019	Município/UF: Cruz/CE
Última Versão: Sim	DAP Válida: Sim	DAP Expirada: Não

Titular(es)

Nome: ANTONIO MENEZES BRANDAO	Nome: ALCIONE PEREIRA DA SILVA
CPF: 635.001.083-34	CPF: 016.028.383-30

Categoria

Demais agricultores familiares	Condição e posse de uso da terra
	Proprietário/a

Emissor da DAP

Emissor: EMP DE ASSIST TEC E EXT RURAL DO EST DO CE EMATER/CE	CNPJ: 05.371.711/0001-96
Nome do Responsável: JOSÉ MARQUES CORDEIRO	CPF: 090.430.803-06

A autenticidade e veracidade deste documento poderá ser comprovada por meio do endereço:
<http://dap.mda.gov.br>

José Marques Cordeiro
TEC. AGRÍCOLA-CREA 76.587



PREFEITURA MUNICIPAL DE
JIJOCA DE JERICOACOARA

HOSPITAL MUNICIPAL GABRIEL BRANDÃO DE SOUSA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direitos ou a quem possa interessar que **ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO** deu entrada nessa unidade de saúde no dia 27 de novembro de 2018, sendo vítima de acidente moto ciclístico, apresentando fratura exposta em membro inferior esquerdo (MIE), realizado os procedimentos de emergência, e em seguida encaminhado para **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**, a partir das informações contidas nesta declaração antecipa votos de estima e consideração.

Jijoca de Jericoacoara, 20 de agosto de 2019.

Atenciosamente

Maria Ineuda da Silva Rodrigues

Maria Ineuda da Silva Rodrigues
Diretora administrativa

M^{te} Ineuda da Silva Rodrigues
Diretora Administrativa do
Hospital de Jijoca de Jericoacoara



PREFEITURA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA
Adm: AMAMOS E CUIAMMOS

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: UBS Sede Município: Jijoca
 Distrito Sanitário: _____

Nome: Antonio Menezes Brandas Prontuário N° _____
 Sexo: M F Data de Nascimento: 08/06/74 Ocupação: _____
 Endereço: R. Projeteada 01 - SAU Bairro: _____ Fone: _____
 Pai: _____
 Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: Encaminhamento para retorno programado

Resultado de Exames: Just: Fratura em MIE

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante: [Signature] N° Registro: _____ Função: _____ Data: 07/01/19 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de referência: _____ Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____ Prontuário N° _____ Alta: _____ / _____ / _____
 Município: _____

Resumo: Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referencia coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data _____

(*) Utilizar também como resumo de alta



PREFEITURA MUNICIPAL DE
JIOCA DE JERICOACOARA

Adm: AMAMOS E CUIDAMOS

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital Municipal

Distrito Sanitário: 12 - CRES / Acauã Município: Jijoca de Jericoacoara

Nome: Antônio Genapo Brandão Prontuário N° _____

Sexo: M F Data de Nascimento: 08/06/69 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Motivo do Encaminhamento: # Cliente, 41a, O, vítima de acidente há 03 meses

Solicitado cirurgia ortopédica (dirigidos de Iligavos em

Resultado de Exames: para (E).

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____ Função psíquica Data 28/05/19 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de referência: _____ Data: / / Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____ Prontuário N° _____ Alta / /

Município: _____

Resumo: Clínico / Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referencia coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data / /

(*) Utilizar também como resumo de alta

UNISUS WEB

RESUMO DO ATENDIMENTO

Clique em Visitar para retornar.

Paciente

PACIENTE

ANTONIO MENEZES BRANDAO

DATA DE NASCIMENTO-IDADE

08/06/1974 - 43 anos

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUJOCA DE JERICOACARA

NOME DA MÃE

RITA MARIA MENEZES BRANDAO

Informação

NÚMERO

13440108900

DATA-HORA

-

MUNICÍPIO

SOBRAL

ESTABELECIMENTO

3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE

2188790320 - ANTONIO AGOSTINHO MOURA

DIAGNÓSTICO

197 - Úlcera dos membros inferiores não classificada em outra parte

PROCEDIMENTO

0418040036 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

CLÍNICA

19 - CIRURGICO - PLASTICA

TIPO DE LEITO

MASCULINO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URGEMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

3 - INTERNAÇÃO LOCAL

PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA,NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE-EXAME FISICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA,NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE-EXAME FISICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM LESÃO EXTENSA NA PERNA,NECESSITA DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO AS ACIMA ANAMNESE-EXAME FISICO APRESENTA LESÃO EXTENSA NA PERNA ESQUERDA DEBRIDAMENTO CIRURGICO

Visitar

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 96010048876

DATA DE
EXPEDIÇÃO 18/06/2019

NOME
ANTÔNIO MENEZES BRANDÃO

FILIAÇÃO
MANOEL DA PAZ BRANDÃO

RITA MARIA MENEZES BRANDÃO

NATURALIDADE
CRUZ - CE

DATA DE NASCIMENTO
08/06/1974

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:0027263 FOLHA:
00000269 LIVRO:A00023 ACARAÚ - CE
CPF 635.001.083-34

2 VIA

Franklin Roberto Fagundes de Azeite

P.: 142

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



POLEGAR DIREITO



PROIBIDO PLASTIFICAR

ANTONIO MENEZES BRANDÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200301314

Cidade: Jijoca de Jericoacoara

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO MENEZES BRANDAO

Data do acidente: 27/12/2018

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: OBS: PAG. 3/7/13/15/16/17.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200301314

Cidade: Jijoca de Jericoacoara

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO MENEZES BRANDAO

Data do acidente: 27/12/2018

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: OBS: PAG. 3/7/13/15/16/17.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236322/20

Vítima: ANTONIO MENEZES BRANDAO

CPF: 635.001.083-34

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 27/12/2018

Titular do CPF: ANTONIO MENEZES BRANDAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO MENEZES BRANDAO : 635.001.083-34

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: 21/08/2020
Nome: ANTONIO MENEZES BRANDAO
CPF: 635.001.083-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2020
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANTONIO MENEZES BRANDAO

ANDERSSON COSTA SILVA