

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11548328

A/C: GENILSON SILVA DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170456121 ASL-0323665/17

Vitima: GENILSON SILVA DA COSTA

Data Acidente: 11/07/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS SIDON DE SOUSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2017

Carta nº: 11755875

A/C: GENILSON SILVA DA COSTA

**Sinistro:** 3170456121 ASL-0323665/17  
**Vítima:** GENILSON SILVA DA COSTA  
**Data Acidente:** 11/07/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARCUS SIDON DE SOUSA

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2017

Carta nº: 11844306

A/C: GENILSON SILVA DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170456121 ASL-0323665/17

Vitima: GENILSON SILVA DA COSTA

Data Acidente: 11/07/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS SIDON DE SOUSA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 21 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **GENILSON SILVA DA COSTA**

Nº Sinistro: **3170456121**  
Vitima: **GENILSON SILVA DA COSTA**  
Data do Acidente: **11/07/2015**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARCUS SIDON DE SOUSA**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170456121**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12692294



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** GENILSON SILVA DA COSTA  
**Nº Sinistro:** 3180219542  
**Vítima:** GENILSON SILVA DA COSTA  
**Data do Acidente:** 11/07/2015  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180219542**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** GENILSON SILVA DA COSTA

**Nº Sinistro:** 3180219542

**Vitima:** GENILSON SILVA DA COSTA

**Data do Acidente:** 11/07/2015

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180219542**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12912391



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: GENILSON SILVA DA COSTA  
Nº Sinistro: 3180219542  
Vitima: GENILSON SILVA DA COSTA  
Data do Acidente: 11/07/2015  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180219542**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

**Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180219542**

**Vítima: GENILSON SILVA DA COSTA**

**Data do Acidente: 11/07/2015**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), GENILSON SILVA DA COSTA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Seguradora Líder - DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO 000813

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, GENILSON SILVA DA COSTA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2006031023843 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 24/03/2006  
CPF 033817503-21 (CNPJ) 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GENILSON SILVA DA COSTA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO BRABESCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0458 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0490653-2

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

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

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

DPVAT - CTBA

Sobral e 23 de JULHO de 2012

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Genilson Silva da Costa

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

21 AGO. 2017

### ATENÇÃO

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

DPVAT - CTBA

AG: 0458 CONTA: 0490551-2



**Bradesco**

**Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA FACIL TERM: 06A204

GENTILSON SILVA DA COSTA 19:00 HRS  
AGENCIA: 0458 CONTA: 0490551-2 29/MAR/2017

DISPONIVEL  
= TOTAL DISPONIVEL 1,04  
= CONTA FACIL (C/C + POU) 1,04  
TOTAL DE RECURSOS 1,04  
SALDO DISP. P/INVEST 1,04  
LIMITES DE CREDITO  
CREDITO PESSOAL 2.280,00  
LIMITE UTILIZADO 0,00  
LIMITE A UTILIZAR 2.280,00

Demonstrativo para simples conferencia.  
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
SAC Ato Bradesco - 0800 7040383.  
Deficiente Auditiva/Fala 0800 722 0000.  
Atendimento: 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF  
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

**CENTAURO VIDA E  
PREVIDENCIA S/A.**

08 AGO, 2017

DPVAT - CTBA



**Bradesco**

**Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA FACIL TERM: 06A204

GENTILSON SILVA DA COSTA 19:00 HRS  
AGENCIA: 0458 CONTA: 0490551-2 29/MAR/2017

DISPONIVEL  
= TOTAL DISPONIVEL 1,04  
= CONTA FACIL (C/C + POU) 1,04  
TOTAL DE RECURSOS 1,04  
SALDO DISP. P/INVEST 1,04  
LIMITES DE CREDITO  
CREDITO PESSOAL 2.280,00  
LIMITE UTILIZADO 0,00  
LIMITE A UTILIZAR 2.280,00  
MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POU)  
ABRIL/2017

DIA HISTORICO VALOR  
SALDO ANTERIOR 1,04

MAIO/2017  
03 TRANS SAL P/C/C 0300458 530,00  
BOC: 237 AOE: 00458 CTA: 0490869-4  
SALDO C/C BDN 12444216 530,00  
Agência Bradesco 12444500021503051910  
SALDO 0,00  
19 TRANS SAL P/C/C 1900458 390,00  
BOC: 237 AOE: 00458 CTA: 0490869-4  
SALDO C/C BDN 12444903 390,00  
Agência Bradesco 12444500021503051855  
SALDO TOTAL 1,04

Demonstrativo para simples conferencia.  
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
SAC Ato Bradesco - 0800 7040383.  
Deficiente Auditiva/Fala 0800 722 0000.  
Atendimento: 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF  
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

**CENTAURO VIDA E  
PREVIDENCIA S/A.**

21 AGO, 2017

DPVAT - CTBA



Seguradora Líder - DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



*vinh*

3

Nº DO SINISTRO 00013

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, GENILSON SILVA DA COSTA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2006031023843 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 24/03/2006  
CPF 033817503-21 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT-DA VÍTIMA GENILSON SILVA DA COSTA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO BRABESCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0458 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0490551-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_  
**CENTAURO VIDA É PREVIDÊNCIA S/A.**

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

DPVAT - CTBA

SOBRAL 23 de JUNHO de 2012  
LOCAL E DATA

Genilson Silva da Costa  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**CENTAURO VIDA É PREVIDÊNCIA S/A.**

21 AGO. 2017

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

AG: 0458 CONTA: 0490551-2

**Bradesco Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
 EXTRATO CONTA FACIL - TERM: 000004

GENILSON SILVA DA COSTA 19:06 - HRS  
 AGENCIA: 0458 CONTA: 0490551-2 29/MAR/2017

DISPONIVEL  
 = TOTAL DISPONIVEL 1.04  
 + CONTA FACIL (C/C + POUF) 1.04

TOTAL DE RECURSOS 1.04

SALDO DISP. P/INVEST. 1.04

LIMITES DE CREDITO  
 CREDITO PESSOAL 2.280,00  
 LIMITE UTILIZADO 0,00  
 LIMITE A UTILIZAR 2.280,00

Demonstrativo para simples conferencia.  
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
 Fone Facil - 4002 0022 / 0600 - 570 0022.  
 SAC Ato Bradesco - 0800 7048383.  
 Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0399.  
 Atendimento: 24 horas, 7 dias por semana.  
 Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
 A declaracao de Obitacao Anual de Tarifas PF  
 esta disponivel no atendimento e Internet.

**Bradesco Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
 EXTRATO CONTA FACIL - TERM: 000304

GENILSON SILVA DA COSTA 19:06 - HRS  
 AGENCIA: 0458 CONTA: 0490551-2 29/MAR/2017

DISPONIVEL  
 = TOTAL DISPONIVEL 1.04  
 + CONTA FACIL (C/C + POUF) 1.04

TOTAL DE RECURSOS 1.04

SALDO DISP. P/INVEST. 1.04

LIMITES DE CREDITO  
 CREDITO PESSOAL 2.280,00  
 LIMITE UTILIZADO 0,00  
 LIMITE A UTILIZAR 2.280,00

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUF)  
 ABRIL/2017

DIA	HISTORICO	VALOR
	SALDO ANTERIOR	1.04
	MAIO/2017	
03	TRANS. SAL. P/C/C 0300458 BOC: 237 ACP: 00458 CTA: 0490869-4 SAQUE C/C BDN: 22444216 A900158ma01244sc0021003051910 S.A. L.D.O.	530,00 530,00
10	TRANS. SAL. P/C/C 1500458 BOC: 237 ACP: 00458 CTA: 0490869-4 SAQUE C/C BDN: 22444803 A900158ma01244sc00390319051855	590,00 990,00
	SALDO TOTAL	1.04

Demonstrativo para simples conferencia.  
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
 Fone Facil - 4002 0022 / 0600 - 570 0022.  
 SAC Ato Bradesco - 0800 7048383.  
 Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0399.  
 Atendimento: 24 horas, 7 dias por semana.  
 Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
 A declaracao de Obitacao Anual de Tarifas PF  
 esta disponivel no Atendimento e Internet.

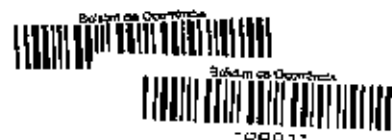
CENTAURO VIDA E PREVIDENCIA S/A.  
 08 AGO. 2017  
 DPVAT - CTBA

14 MAIO 2018  
 DPVAT/CTBA

CENTAURO VIDA E PREVIDENCIA S/A.  
 21 AGO. 2017  
 DPVAT - CTBA



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 513 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **19/04/2016 09:21:36**  
 Data / Hora da Ocorrência : **11/07/2015 19:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **ROD 440**

**ZONA RUAL MERUOCA /CE**

Ponto de Referência: **AÇUDE DO JENIPAPO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **GENILSON SILVA DA COSTA**  
 Nascimento : **02/02/1989**  
 RG: **2006031023843** Órgão Emissor: **SSP UF: - CPF: 03381750321**  
 Filiação: **PAULO BERNARDO DA COSTA**  
**EXPEDITA SILVA DA COSTA**  
 Endereço: **SIT SÃO FRANCISCO**  
**SÃO FRANCISTO**  
**MERUOCA CE BRASIL** Telefone: **88998273838**

**CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.**

**08 AGO. 2017**

**DPVAT - CTBA**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/NXR150 BROS ES**  
**PLACA: OIO3263 MUNICÍPIO / UF: MERUOCA / CE**  
**MODELO/FABRICAÇÃO: 2012/2012 COR: PRETA**  
**RENAVAM: 461896958 CHASSI: 9C2KD0550CR551028.**  
**SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETARIO: F B CARNEIRO XAVIER ME**  
**ENVOLVIMENTO: COLISAO**

**Histórico**

QUE na data, hora e local supramencionados pilotava a motocicleta supra quando sofreu um acidente de trânsito vindo a cair; QUE o acidente decorreu da colisão com outra motocicleta que trafegava no mesmo sentido; QUE não sabe declinar a placa da outra motocicleta envolvida no acidente; QUE também desconhece quem era o piloto da outra motocicleta, porém sabe dizer que o outro motociclista não ficou lesionado; QUE inicialmente foi socorrido para o Hospital de Meruoca, sendo liberado; QUE sofreu uma queimadura pema direita; QUE a lesão agravou-se e dois depois procurou o Hospital Santa Casa em Sobral onde recebeu tratamento, tendo inclusive sido necessário o procedimento médico de amputação; QUE não possui habilitação para pilotar motocicleta.

**CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.**

**21 AGO. 2017**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**LUCIANO CAMPELO ALVES - MAT.: 300062-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Genilson Silva da Costa**

**DPVAT - CTBA**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MARCILIANO DE OLIVEIRA RIBEIRO - MAT.: 198753-1-8**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 513 / 2016

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 19/04/2016 09:21:36  
Data / Hora da Ocorrência : 11/07/2015 19:00:00  
Endereço da Ocorrência: ROD 440

ZONA RUAL MERUOCA / CE  
Ponto de Referência: AÇUDE DO JENIPAPO

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: GENILSON SILVA DA COSTA  
Nascimento : 02/02/1989  
RG: 2006031023843 Órgão Emissor: SSP UF: - CPF: 03381750321  
Filiação: PAULO BERNARDO DA COSTA  
EXPEDITA SILVA DA COSTA  
Endereço: SIT 'SÃO FRANCISCO  
SÃO FRANCISTO  
MERUOCA CE BRASIL Telefone: 88998273838

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.

08 AGO. 2017

DPVAT - CTBA

**Dados do(s) Veículo(s)**

TIPO: MOTOCICLETA MARCA: HONDA/NXR150 BROS ES  
PLACA: OIO3263 MUNICÍPIO / UF: MERUOCA / CE  
MODELO/FABRICAÇÃO: 2012/2012 COR: PRETA  
RENAVAM: 461896958 CHASSI: 9C2KD0550CR551028  
SITUAÇÃO: NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: F B CARNEIRO XAVIER ME  
ENVOLVIMENTO: COLISAO

**Histórico**

QUE na data, hora e local supramencionados pilotava a motocicleta supra quando sofreu um acidente de trânsito vindo a cair; QUE o acidente decorreu da colisão com outra motocicleta que trafegava no mesmo sentido; QUE não sabe declinar a placa da outra motocicleta envolvida no acidente; QUE também desconhece quem era o piloto da outra motocicleta, porém sabe dizer que o outro motociclista não ficou lesionado; QUE inicialmente foi socorrido para o Hospital de Meruoca, sendo liberado; QUE sofreu uma queimadura perna direita; QUE a lesão agravou-se e dois dias depois foi encaminhado para a Santa Casa em Sobral onde recebeu tratamento, tendo inclusive sido necessário o procedimento médico de amputação da perna direita; QUE não possui habilitação para pilotar motocicleta.

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.

21 AGO. 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : LUCIANO CAMPELO ALVES - MAT.: 300062-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Genilson Silva da Costa DPVAT - CTBA

VISTO DO DELEGADO(A) : MARCILIANO DE OLIVEIRA RIBEIRO - MAT.: 198753-1-8

DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE

Impresso em: 19/04/2016

CENTAURO - ON

14 MAIO 2018

DPVAT/CTBA



# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Rua: ...  
 Av. ...  
 End: ...  
 Distrito: ...

*Alberado*

ATENDIMENTO: ADULTO  PEDIÁTRICO  CIRÚRGICO

## ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: verde HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 7:00

## PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF: SIM

### CAUSAS:

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO  CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO
- TEM PLANO DE SAÚDE
- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULÂNCIAS
- MOTO, BICICLETA...

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS

Santa Casa de M. de Sobra.  
 SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Andréa R. Montenegro  
 COORDENADORA

## HDA DO ACOLHIMENTO:

*pac 26 anos; relato colisão moto/moto; em 2 dias, refere alg. dor no braço; apresenta história com queda de substâncias no 11/5/18*

PA: 1 PULSO: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

## TIPO DE ACIDENTE:

- Acidente c/ objetos corto-contusos
- Choque elétrico
- Ingestão acidental:  Corpo estranho
- Queimaduras:  1º Grau  2º Grau  3º Grau Por:  Água  Óleo
- Atropelamento:  Carro  Moto
- Carro  com cinto  sem cinto
- Mordedura de animais:  Doméstico  Selvagem
- OUTROS
- Acidente por arma de fogo
- Afogamento
- Queda. De onde? \_\_\_\_\_
- Produto químicos farmacêuticos
- Bicicleta
- Moto:  com capacete  sem capacete
- Ofício

LOCAL DO ACIDENTE: Probleto Viana

CONTÁGIO - ON  
 sem capacete  
 14 MAIO 2018  
 DPVAT/CTBA

Temporária de ab d



TIPO DE TRAUMA

- TCE     ABDOMINAL     TORÁCICO     ORTOPÉDICO     POLITRAUMA
- ESPANCAMENTO     VIOLÊNCIA SEXUAL
- PAI     MÃE     OUTROS     PAI     PADASTRO     DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: 13:50

HDA DO MÉDICO: Paciente vítima de acidente automobilístico com lesão por queimadura

CONDUTA: medicação

DIAGNÓSTICO: Queimadura em MID

Dr. F. M. A. ...  
Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- CLÍNICO     CARDIOLÓGICO     NEUROLÓGICO     OFTALMOLÓGICO
- CIRÚRGICO     TRAUMAT. ORTOPÉDICO     OTORRINO     ODONTOLÓGICO
- TENTATIVA DE SUICÍDIO     OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO:  CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO
- SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE
- INTERNAÇÃO

- CLÍNICO     CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO:     CLÍNICO     CIRÚRGICO
- ALTA
- TRANSFERÊNCIA     HOSPITAL DE ORIGEM     OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: 13.7.25

Hora: 14:23



ANEXO ORIGINAL  
André Luiz Montenegro

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, GENILSON SILVA DA COSTA, portador da carteira de identidade nº 2006031023843 e inscrito no CPF/MF sob o nº 033.817.503-21, residente e domiciliado na SITIO SÃO FRANCISCO, 432, SÃO FRANCISCO, Cidade MERUOCA, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Sobral - CE, 06 de maio de 2016

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

X Genilson Silva da Costa

Local e data

GENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.

21 ABR. 2017

DPVAT - CTBA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, GENILSON SILVA DA COSTA, portador da carteira de identidade nº 2006031023843 e inscrito no CPF/MF sob o nº 033.817.503-21 residente e domiciliado na SITIO SÃO FRANCISCO, N.12, SÃO FRANCISCO Cidade MERUOCA, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

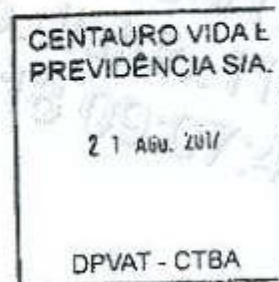
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sobral - CE, 06 de maio de 2016

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

X Genilson Silva da Costa

Local e data



Temporário de abd



TIPO DE TRAUMA

- TCE  ABDOMINAL  TORÁCICO  ORTOPÉDICO  POLITRAUMA
- ESPANCAMENTO  VIOLÊNCIA SEXUAL
- PAI  MAE  OUTROS  PAI  PADASTRO  DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: 13:50

HDA DO MÉDICO: Paciente vítima de acidente automobilístico com lesão por queda madura

CONDUTA: medicação

DIAGNÓSTICO: Queda madura em MID

Dr. Patrícia Aguiar de Lencastre  
Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- CLÍNICO  CARDIOLÓGICO  NEUROLÓGICO  OFTALMOLOGICO
- CIRÚRGICO  TRAUMAT. ORTOPÉDICO  OTORRINO  ODONTOLÓGICO
- TENTATIVA DE SUICÍDIO  OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO:  CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO
- SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE
- INTERNAÇÃO

- CLÍNICO  CIRÚRGICO

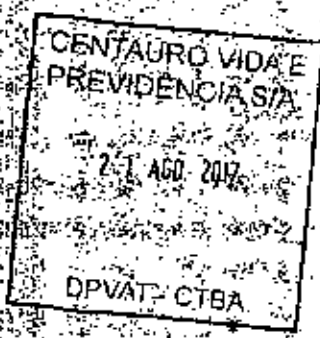
OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO:  CLÍNICO  CIRÚRGICO
- ALTA
- TRANSFERÊNCIA:  HOSPITAL DE ORIGEM  OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: 13/7/15

Hora: 24:23









PREFEITURA MUNICIPAL DE MERUOCA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMPLEXO AMBULATORIAL E HOSPITALAR  
IRINEU COUTINHO AGUIAR



# FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencher esta ficha em 4 vias  
2 - Levar para a unidade de atendimento - para ser avaliada e encaminhada para registro com o N.º de registro em vigor.

Nome: Complexo Ambulatorial e Hospitalar Irineu Coutinho Aguiar  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: MERUOCA

Nome: Gemilson Silva Costa Prontuário N.º: \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nasc.: 02/02/89 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: Setor São Francisco Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Pete, 26a, apresentando dor + edema + tumores  
essenciados em MID, com perda de grande quantidade de  
Resultado de Exames: pele e tecido subcutâneo e exposição de tendões após  
nao e diminuição de pulsos perifericos  
HD: Sol. Compartimental em MID

Consulta, é realizada \_\_\_\_\_  
Impressão Diagnóstica: Solicito avaliação e Cirurgia Qual.  
Assinatura do Encaminhamento - N.º registro: \_\_\_\_\_ Data: 13.07.15 Setor Municipal: \_\_\_\_\_

## AGENDAMENTO

Encaminhamento de Atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N.º: \_\_\_\_\_

Resumo Clínico Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
  
 Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_  
Proposta de Conduta / seguimento: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do encaminhamento - N.º Registro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Assinatura (Contrarref): \_\_\_\_\_





# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Nome: GIBILSON SILVA DA SILVA  
 End.: SAO FRANCISCO  
 DISTRITO: PERUAZ - CE: CEP: 62200-000

*Ciberado*

ATENDIMENTO: ADULTO

PEDIÁTRICO

CIRÚRGICO

## ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: verde

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 17:00

### PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF: SIM

### CAUSAS:

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO

### CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO
- TEM PLANO DE SAÚDE
- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULÂNCIAS
- MOTO, BICICLETA...

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS:

*Menúoca*  
 Santa Casa de M. de Sobral  
 SAME  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
*PP*  
 Andréa R. Montenegro  
 COORDENADORA

### HDA DO ACOLHIMENTO:

Por 26 anos; relato de lesão med/moto; em + 2 dias, repic. alg.  
dominância; aparenta não com poder de mobilização no USIC

PA: 1 PULSO: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

### TIPO DE ACIDENTE:

- Acidente c/ objetos corte-contusos
- Acidente por arma de fogo
- Afogamento
- Choque elétrico
- Queda. De onde? \_\_\_\_\_
- Ingestão acidental:  Corpo estranho  Produto químicos farmacêuticos
- Queimaduras:  1º Grau  2º Grau  3º Grau Por:  Água  Óleo  Alcool  Elétrico
- Atropelamento:  Carro  Moto  Bicicleta  Outros
- Carro  com cinto  sem cinto  Moto:  com capacete  sem capacete
- Mordedura de animais:  Doméstico  Selvagem  Ofídico
- OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE: Roberto Viana Jayaram





# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Nome: GUILHERME SILVA  
 End.: RUA FRANCISCO  
 DISTRITO: MEXILIBRE - CEP: 63000-000

*Alberado*

ATENDIMENTO: ADULTO

PEDIÁTRICO

CIRÚRGICO

## ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: verde

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 17:00

### PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF: SIM

CAUSAS:

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO  CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO
- TEM PLANO DE SAÚDE
- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULÂNCIAS
- MOTO, BICICLETA...

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS

*Andréa R. Montenegro*  
 COORDENADORA

### HDA DO ACOLHIMENTO:

Pac: 26 anos; relato colisão mot/moto; em 2 dias; refere dor  
dominância; apresenta lesão com pedras de resistência no USG

PA: 1 PULSO: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

### TIPO DE ACIDENTE:

- Acidente c/ objetos corto-contusos
- Choque elétrico
- Ingestão acidental:  Corpo estranho
- Queimaduras:  1º Grau  2º Grau  3º Grau Por:  Água  Óleo  Alcool  Elétrico
- Atropelamento:  Carro  Moto  Bicicleta  Outros
- Carro  com cinto  sem cinto  Moto:  com capacete  sem capacete
- Mordedura de animais:  Doméstico  Selvagem  Ofídico
- OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE: Roberto Viana Soares



DE TRAUMA

- TCE  ABDOMINAL  TORÁCICO  ORTOPÉDICO  POLITRAUMA  
 ESPANCAMENTO  VIOLÊNCIA SEXUAL  
 PAI  MÃE  OUTROS  PAI  PADASTRO  DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: 13:50

HDA DO MÉDICO:

Paciente vítima de acidente automobilístico com lesão por queimadura

CONDUTA: medicação

DIAGNÓSTICO: Queimadura em MED

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- CLÍNICO  CARDIOLÓGICO  NEUROLÓGICO  OFTALMOLÓGICO  
 CIRÚRGICO  TRAUMAT. ORTOPÉDICO  OTORRINO  ODONTOLÓGICO  
 TENTATIVA DE SUICÍDIO  OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO:  CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO  
 SEM MEDICAÇÃO

ALTA COMPLEXIDADE

INTERNAÇÃO

- CLÍNICO  CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO:  CLÍNICO  CIRÚRGICO  
 ALTA  
 TRANSFERÊNCIA  HOSPITAL DE ORIGEM  OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: 13/7/25

Hora: 14:23

Atendimento de Nível  
 Especializado Original  
 Andréia Nonenburger  
 Coordenadora





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GENILSON SILVA DA COSTA

RG nº 2006039023843, data de expedição 24/03/2006, Órgão SSP/CE

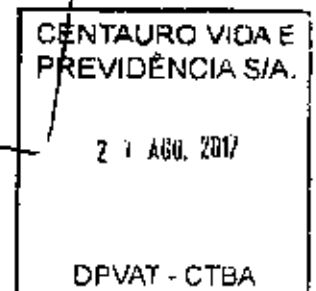
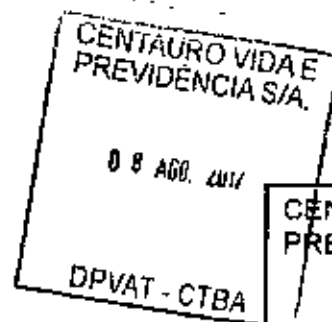
CPF nº 033.817.503-21, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO SÃO FRANCISCO
Número	12
Apto / Complemento	
Bairro	SÃO FRANCISCO
Cidade	MERUOCA
Estado	CEARA
CEP	62130-000
Telefone de Contato	(88) 3613-2602
E-mail	acomp.processos.dpvat@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sobral-CE, 08 de maio de 2016

Assinatura do Declarante: Genilson Silva da Costa



**DO CLIENTE**  
**4587280-3**

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
 foi criada pela Lei nº 10.434,  
 de 26 de maio de 2002.  
 Para se qualificar, o usuário  
 deve ter o CPF ou CNPJ  
 CNPJ: 02.327.254/0001-70, CGO: 06.100.648-1

**coelce**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO 1 - 21800888**

Código: 921-37144-01-024200 - 0 Data de Emissão: 29/01/2016  
 Nome: PAULO BERNARDO DA COSTA  
 End. Postal: ST SAO FRANCISCO 00012  
 SAO FRANCISCO - MEROUCA - 62130000  
 Medidor: 1655107  
 Classe: 01- RESIDENCIAL MONOFASICO  
 RG / CPF / CNPJ: 519512073-00  
 Nome do Responsável:  
 Razo: 0000 A17N  
 Fator de Potência  
 CCF

**DATA DE VENCIMENTO**  
 Mês de Referência: Fev/2016  
 Última Leitura: 29/02/2016  
**PERÍODO DE CONTABILIZAÇÃO**  
 Mês de Referência: Fev/2016  
 Valor do Consumo: 1160,00 kWh

Classificação	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Consumo	1160,00	0,00	0,00	0,00	1160,00
ICMS	7,59	0,00	0,00	0,00	7,59
OSMIC	0,69	0,00	0,00	0,00	0,69

**INFORMAÇÕES SOBRE O VALOR DE CONSUMO**

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
12/2015	55	6,60
01/2016	55	6,60

VALOR CONSUMO: 00,00 MES  
 MULTA MORATORIA REF. 11/2015: 0,99  
 TERMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL: 4,25  
 INDENIZAÇÃO ANUAL DIC: -0,08  
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 3,65 )

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Descrição	Valor
Energia	1160,00
ICMS	7,59
OSMIC	0,69
TOTAL	1168,28

**COMPENSADO POR EMISSÃO DE CO2**  
 Compensado por emissão de CO2: 0,00  
 Valor do Compensado: 0,00

**Informações importantes e avisos de vencimento**  
 Para acessar o canal WhatsApp e ver todas as mensagens  
 clique no link: [https://www.coelce.com.br](#)  
 Para consultar os números de acesso  
 clique no link: [https://www.coelce.com.br](#)

NO FIN FORNECER O COELCE EFETUA POR DATACAST-LEIA O CENTRAL 407 91 282 411  
 Data desta fatura R\$ 1,25 referente a PIS e COFINS.  
 Para mais informações consulte o site: [http://www.coelce.com.br](#)

DPVAT - CTBA  
 08 AGO 2017  
 CENTAURO VIDA E  
 PREVIDENCIA S/A

CENTAURO VIDA E  
 PREVIDENCIA S/A  
 21 AGO 2017  
 DPVAT - CTBA



MINISTERIO PUBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA DO TRABALHO - MUNICIPIO DE SOBRAL  
SOBRAL - CEARA

DR. MARCUS SIDON DE SOUSA ROCHA  
RUA ESTANISLAU FROTA, 240-B, CENTRO  
62010-560



CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A  
08 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A  
21 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, GENÍSSOU SILVA DA COSTA

RG nº 2006033023843, data de expedição 24 / 03 / 2006, Órgão SSP/CE.

CPF nº 033.817.503-21, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO SÃO FRANCISCO
Número	12
Apto / Complemento	
Bairro	SÃO FRANCISCO
Cidade	MERUOCA
Estado	CEARA
CEP	62130-000
Telefone de Contato	(98) 3613-2602
E-mail	acomproprocessos.dpvat@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sobral, CE, 08 de maio de 2016



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO  
PROCURADORIA DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE SOBRAL  
SOBRAL - CE

DR. MARCUS SIDON DE SOUSA ROCHA  
RUA ESTANISLAU FROTA, 240-B, CENTRO



SOBRAL CE

62010-560

ASL-0323885717  
gustavo.districto740  
01/06/2018 09:10



DECLARAÇÃO

Eu, GENILSON SILVA DA COSTA RG 2006031023843  
CPF 033.817.503-21 declaro que após ter sofrido acidente provocado  
por veículo automotor de via terrestre, em 11/07/2015 fui socorrido  
por POPULARES e levado ao hospital  
DE MERUCA E POSTERIORMENTE AO HOSPITAL SANTA CASA  
DE MISERICORDIA DE SOBRAL.

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum documento adicional contemporâneo ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, e etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado."

Também me responsabilizo pela declaração e estou ciente que qualquer informação falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 299 - 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."

SOBRAL 06 de MAIO de 2016

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

08 AGO. 2017

DPVAT - CTBA

X Genilson Silva da Costa

Declarante

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

21 AGO. 2017

DPVAT - CTBA

## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.  
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCUS SUDON DE SOUSA ROCHA, portador(a) do RG nº 29.344, expedido por OAB/CE, em 14/08/2014, CPF/CNPJ nº 021716053-76, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) GENILSON SILVA DA COSTA do sinistro de DPVAT da natureza SOUALIDez da vítima GENILSON SILVA DA COSTA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal, R\$ 6.000,00

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.

08 AGO. 2014

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.

DPVAT - CTBA

21 AGO. 2014

DPVAT - CTBA



Declaração do Proprietário do Veículo

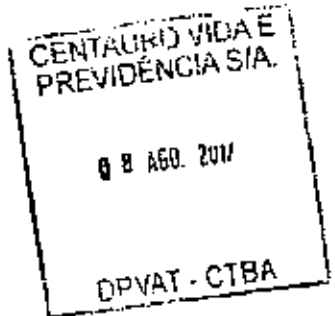
Eu, Françisco Genilson Carneiro Xavier  
 RG nº 26292590.2, data de expedição 05/08/2016  
 Órgão SE, portador do CPF nº 374959021-15, com  
 domicílio na cidade de MERUOCA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
AV. CARLOS DUJÍ, nº 420,  
 complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado e(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima GENILSON SILVA DA COSTA cujo o condutor era  
GENILSON SILVA DA COSTA.

Veículo: MOTOCICLO  
 Modelo: MONDIAUXRJSO BRAS ES  
 Ano: 2012  
 Placa: Q303263/CE  
 Chassi: 922RDOSSOCR551028  
 Data do Acidente: 11/07/2015  
 Local e Data: MERUOCA, 28.04.16

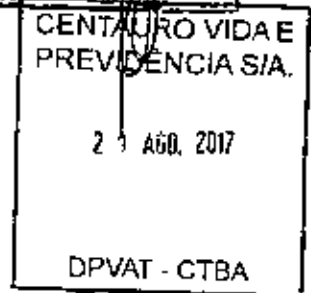


Françisco G. C. Xavier  
 Assinatura do Declarante

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



PINHEIRO MORAIS R. José Laureano, 34 - Meruoca/CE	Sabotado a(s) <u>firmas</u> de <u>Francisco Genilson Carneiro Xavier</u>
	RG por autenticação por <u>semelhança</u> e dou Fé.
	Em Lesão/unho <u>de verdade</u>
	Meruoca/CE <u>de</u> <u>28.04.16</u>
Karina Ribeiro Pinheiro Moraes - Escritora Marcus Paulo Rodrigues Moraes - Substituto Merleir B. Gomes Gerinudes - Substituto Francisco de Rocha Sousa - Escritor	



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO BONÍCIO C. XAVIER,

RG nº 36292590-2, data de expedição 04/12/2013

Órgão DETRAN, portador do CPF nº 799959021-15, com domicílio na cidade de MERLUÇA, no Estado de

CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Carlos Dami, nº 429

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

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima \_\_\_\_\_, cujo o condutor era

\_\_\_\_\_.

Veículo:

Modelo: HONDA CG 150 FON GSD1

Ano: 2014/2014

Placa: 01F-0170

Chassi: 9C2K01680EN555987

Data do Acidente: 11-07-15

Local e Data: MERLUÇA - 27 06-18



Francisco B. C. Xavier  
Assinatura do Declarante

Genilson Silva da Costa

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



Reconheço a(s) Firma(s) de Francisco Bonício Carmeiro Xavier e Genilson Silva da Costa  
por autenticidade ( ) por semelhança e dou Fé.  
Em testemunho de verdade.  
Merluça/Ce 27 de junho de 2018.

Kerine Ribeiro Pinheiro Moraes-Oficial  
 Marcos Paulo Rodrigues Moraes-Substituto  
 Mariana Gomes Gartrudes-Substituto  
 Francisco da Rocha Sousa-Escritório



# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGI

Aten: 4213128 Dt. Atende: 13/07/2015 - 12:22  
 Reg. em: 02/02/1989 Dt. Reg. Dt. Nasc: 02/02/1989  
 Nome: SEMELIM SILVA DA OLIVEIRA  
 End.: R. S. FRANCISCO  
 DISTRITO: PERUCA-CE; CEP: 62120000



*Handwritten signature*

ATENDIMENTO: ADULTO

PEDIÁTRICO

GIRÚRGICO

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: verde

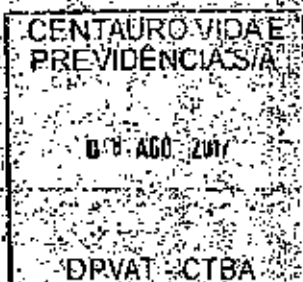
HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 12:00

## PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF SIM

CAUSAS:

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA



NÃO  CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO
- TEM PLANO DE SAÚDE
- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULANCIAS
- MOTO, BICICLETA

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS

*Handwritten signature*  
 Santa Casa de M. de Sobral  
 SAME  
 COPIAR COM O ORIGINAL  
 Andreia R. Montenegro  
 COORDENADORA

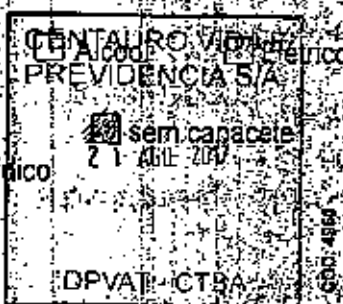
## HDA DO ACOLHIMENTO:

Pa. 26 anos; relata dor no abd. em + 2 dias, rep. algo, diarréias, apresenta urina com perda de substâncias na urina;

PA: 1 PULSO: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

## TIPO DE ACIDENTE:

- Acidente c/ objetos cortos-contusos
- Choque elétrico
- Ingestão acidental
- Queimaduras:
- Atropelamento:
- Carro
- Mordedura de animais
- OUTROS
- Queda. De onde?
- Corpo estranho
- 1º Grau
- 2º Grau
- 3º Grau
- Produto químicos farmacêuticos
- Por:  Água  Óleo
- Bicicleta
- Moto
- com cintos
- sem cintos
- Doméstico
- Selvagem
- Ofício
- Acidente por arma de fogo
- Afogamento
- Outros
- Moto
- com capacete
- Offício



LOCAL DO ACIDENTE: Rebento Vianna Jayara



PREFEITURA MUNICIPAL DE MERUOCA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMPLEXO AMBULATORIAL E HOSPITALAR  
IRINEU COUTINHO AGUIAR



**FICHA DE REFERÊNCIA**

1 - Preencher esta ficha em 4 vias  
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 3 vias ao usuário orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Nome: Complexo Ambulatorial e Hospitalar Irineu Coutinho Aguiar  
Distrito Sanitário: Município: MERUOCA

Nome: Gemilson Silva Costa Prontuário N° \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nasc.: 02/02/89 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: Setor São Francisco Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Pele, 26a, apresentando dor + edema + lesões associadas em MID, com perda de grande quantidade de pele e tecido subcutâneo e exposição de tecidos internos e diminuição de pulsos periféricos  
Resultado de Exames: HD = Sol. Compartimental em MID  
Solicito avaliação e Cirurgia Geral  
Consulta já realizada \_\_\_\_\_  
Impressão Diagnóstica \_\_\_\_\_  
Assinatura do Encaminhamento - N° registro: 13.07.15 Data: \_\_\_\_\_ Sec. Municipal da Saúde

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento p/ Atendimento Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento \_\_\_\_\_ Profissional \_\_\_\_\_  
Unidade de Referência \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA**

Unidade Referência \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico Cirúrgico: \_\_\_\_\_

*Andreia R. Montenegro*  
Andreia R. Montenegro  
COORDENADORA

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_  
Proposta de Conduta p/ seguimento: \_\_\_\_\_

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
09 AGO, 2017
DPVAT - CTBA

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

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 664816  
 Paciente: GENILSON SILVA DA COSTA  
 Sexo: MASCULINO  
 Dt. Nasco: 2/2/1988  
 Mãe: EXPEDITA SILVA DA COSTA  
 Pai: PAULO BERNARDO DA COSTA  
 E. Civil: SOLTEIRO  
 Endereço: SAO FRANCISCO  
 Bairro: DISTRITO  
 Cidade: MERUOCA  
 Fone: 394867465  
 Idoso: 26a Sm 29d  
 Cor: PARDÁ  
 ONS: 982002991526972  
 J. P.  
 CPF: 02180-000  
 UF: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:  
 Endereço:  
 Documento:  
 Fone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 4232844 Atendente: FRANCISCO PAULO  
 Data: 02/08/2015 Hora: 11:05 Permanência: 3 Dias  
 Procedimento: 0401020037 ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL  
 Médico: ANTONIO AGOSTINHO MOURA  
 Unidade Int: UJ ONCOLOGIA  
 Leito: LEITO 1126 - ONCOLOGIA  
 Convênio: SUS - SIH  
 Plano: 4  
 Carteira:  
 N. Guia:

Santa Casa de M. de Sobral  
 CAUE  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Do *Ana Paula*  
 Andreia R. Montenegro  
 COORDENADORA

Atendimento: 4232844

Dt Atendimento: 02/08/2015 - 11:05 Dt Alta: 03/08/2015 - 14:32

Paciente: 664816 GENILSON SILVA DA COSTA

Serviço: 6 CIRURGIA PLASTICA REPARADO Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 547 LEITO 1126 - ONCOLOGIA Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ANA\_PAULA

CID: L30 ÚLCERA DOS MEMBROS INFERIORES NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA

Procedimento de Alta: 0401020037 - ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL

Observação de Alta

CENTAURO VIDA E  
 PREVIDÊNCIA S/A.

08 AGO. 2017

CENTAURO VIDA E  
 DPVAT - CTBA  
 PREVIDÊNCIA S/A.

21 AGO. 2017

DPVAT - CTBA

344 002 008 / 05256

Sistema **SUS** Unidade de Saúde **Ministério da Saúde**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do estabelecimento de Saúde:

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL**

2. CNES: **3 0 2 1 1 1 4**

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL**

4. CNES: **3 0 2 1 1 1 4**

Identificação do Paciente:

1. ATEND.: **423294** DT. ATEND.: **2/8/2015 - 11:05**

2. MATR.: **669818** NASCIMENTO.: **2/2/1989**

3. NOME.: **GENILSON SILVA DA COSTA**

4. MAE.: **EXPEDITA SILVA DA COSTA**

5. CPF.: **00000000000** CNIS: **859603991526974** SUSFACIL:

6. ENDER.: **SÃO FRANCISCO 0**

7. BAIRRO: **DISTRITO** - PERUCCA - CE - CEP: **62130000**

8. SEXO: **M**

9. DATA DO NASCIMENTO: **02/02/1989**

10. CID (ICD) PRINCIPAL: **L97**

11. CID (ICD) SECUNDÁRIO: **000**

12. CID (ICD) TERCIÁRIO: **000**

13. CID (ICD) QUARTÁRIO: **000**

14. CID (ICD) QUINTÁRIO: **000**

15. CID (ICD) SEXTÁRIO: **000**

16. CID (ICD) SÉTIMO: **000**

17. CID (ICD) OITAVO: **000**

18. CID (ICD) NONO: **000**

19. CID (ICD) DÉCIMO: **000**

20. CID (ICD) UNDÉCIMO: **000**

21. CID (ICD) DOZE: **000**

22. CID (ICD) TREZE: **000**

23. CID (ICD) QUATORZE: **000**

24. CID (ICD) QUINZE: **000**

25. CID (ICD) DEZESSEIS: **000**

26. CID (ICD) DEZESSETE: **000**

27. CID (ICD) DEZOITO: **000**

28. CID (ICD) DEZENOVE: **000**

29. CID (ICD) VIGÉSIMO: **000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:

20. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Paciente apresenta perda de substância cutânea em perna direita, necessita de tratamento cirúrgico de enxerto de pele total.

**Santa Casa de Misericórdia de Sobral**

**CONFERE COM O ORIGINAL**

**Andréia R. Montenegro**

**COORDENADORA**

**ELETIVA**

21. CONDIÇÃO DE QUE JUSTIFICA INTERNAÇÃO:

As Acima

22. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

Anamnese e Exame Físico

23. CID (ICD) PRINCIPAL: **L97**

24. CID (ICD) SECUNDÁRIO: **000**

25. CID (ICD) TERCIÁRIO: **000**

26. CID (ICD) QUARTÁRIO: **000**

27. CID (ICD) QUINTÁRIO: **000**

28. CID (ICD) SEXTÁRIO: **000**

29. CID (ICD) SÉTIMO: **000**

30. CID (ICD) OITAVO: **000**

31. CID (ICD) NONO: **000**

32. CID (ICD) DÉCIMO: **000**

33. CID (ICD) UNDÉCIMO: **000**

34. CID (ICD) DOZE: **000**

35. CID (ICD) TREZE: **000**

36. CID (ICD) QUATORZE: **000**

37. CID (ICD) QUINZE: **000**

38. CID (ICD) DEZESSEIS: **000**

39. CID (ICD) DEZESSETE: **000**

40. CID (ICD) DEZOITO: **000**

41. CID (ICD) DEZENOVE: **000**

42. CID (ICD) VIGÉSIMO: **000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

27. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Tratamento Cirúrgico Enxerto de Pele Total**

28. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0 0 1 4 0 1 0 2 0 0 3 7**

29. CENCA: **000**

30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **000**

31. DOCUMENTO: **000**

32. Nº DOCUMENTO DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO (ART. 1º): **2 1 8 5 7 9 0 6 2 3 7 2 0**

33. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE: **Antônio Agostinho Moura**

34. DATA DA SOLICITAÇÃO: **23/07/2014**

35. ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: **Antônio Agostinho Moura**

36. CREMEC: **5430**

37. CRI: **000**

PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA):

38. CENCA: **000**

39. Nº DO BULETE: **000**

40. Nº DO BULETE: **000**

41. Nº DO BULETE: **000**

42. Nº DO BULETE: **000**

43. Nº DO BULETE: **000**

44. Nº DO BULETE: **000**

45. Nº DO BULETE: **000**

46. Nº DO BULETE: **000**

47. Nº DO BULETE: **000**

48. Nº DO BULETE: **000**

49. Nº DO BULETE: **000**

50. Nº DO BULETE: **000**

51. Nº DO BULETE: **000**

52. Nº DO BULETE: **000**

53. Nº DO BULETE: **000**

54. Nº DO BULETE: **000**

55. Nº DO BULETE: **000**

56. Nº DO BULETE: **000**

57. Nº DO BULETE: **000**

58. Nº DO BULETE: **000**

59. Nº DO BULETE: **000**

60. Nº DO BULETE: **000**

61. Nº DO BULETE: **000**

62. Nº DO BULETE: **000**

63. Nº DO BULETE: **000**

64. Nº DO BULETE: **000**

65. Nº DO BULETE: **000**

66. Nº DO BULETE: **000**

67. Nº DO BULETE: **000**

68. Nº DO BULETE: **000**

69. Nº DO BULETE: **000**

70. Nº DO BULETE: **000**

71. Nº DO BULETE: **000**

72. Nº DO BULETE: **000**

73. Nº DO BULETE: **000**

74. Nº DO BULETE: **000**

75. Nº DO BULETE: **000**

76. Nº DO BULETE: **000**

77. Nº DO BULETE: **000**

78. Nº DO BULETE: **000**

79. Nº DO BULETE: **000**

80. Nº DO BULETE: **000**

81. Nº DO BULETE: **000**

82. Nº DO BULETE: **000**

83. Nº DO BULETE: **000**

84. Nº DO BULETE: **000**

85. Nº DO BULETE: **000**

86. Nº DO BULETE: **000**

87. Nº DO BULETE: **000**

88. Nº DO BULETE: **000**

89. Nº DO BULETE: **000**

90. Nº DO BULETE: **000**

91. Nº DO BULETE: **000**

92. Nº DO BULETE: **000**

93. Nº DO BULETE: **000**

94. Nº DO BULETE: **000**

95. Nº DO BULETE: **000**

96. Nº DO BULETE: **000**

97. Nº DO BULETE: **000**

98. Nº DO BULETE: **000**

99. Nº DO BULETE: **000**

100. Nº DO BULETE: **000**

101. Nº DO BULETE: **000**

102. Nº DO BULETE: **000**

103. Nº DO BULETE: **000**

104. Nº DO BULETE: **000**

105. Nº DO BULETE: **000**

106. Nº DO BULETE: **000**

107. Nº DO BULETE: **000**

108. Nº DO BULETE: **000**

109. Nº DO BULETE: **000**

110. Nº DO BULETE: **000**

111. Nº DO BULETE: **000**

112. Nº DO BULETE: **000**

113. Nº DO BULETE: **000**

114. Nº DO BULETE: **000**

115. Nº DO BULETE: **000**

116. Nº DO BULETE: **000**

117. Nº DO BULETE: **000**

118. Nº DO BULETE: **000**

119. Nº DO BULETE: **000**

120. Nº DO BULETE: **000**

121. Nº DO BULETE: **000**

122. Nº DO BULETE: **000**

123. Nº DO BULETE: **000**

124. Nº DO BULETE: **000**

125. Nº DO BULETE: **000**

126. Nº DO BULETE: **000**

127. Nº DO BULETE: **000**

128. Nº DO BULETE: **000**

129. Nº DO BULETE: **000**

130. Nº DO BULETE: **000**

131. Nº DO BULETE: **000**

132. Nº DO BULETE: **000**

133. Nº DO BULETE: **000**

134. Nº DO BULETE: **000**

135. Nº DO BULETE: **000**

136. Nº DO BULETE: **000**

137. Nº DO BULETE: **000**

138. Nº DO BULETE: **000**

139. Nº DO BULETE: **000**

140. Nº DO BULETE: **000**

141. Nº DO BULETE: **000**

142. Nº DO BULETE: **000**

143. Nº DO BULETE: **000**

144. Nº DO BULETE: **000**

145. Nº DO BULETE: **000**

146. Nº DO BULETE: **000**

147. Nº DO BULETE: **000**

148. Nº DO BULETE: **000**

149. Nº DO BULETE: **000**

150. Nº DO BULETE: **000**

151. Nº DO BULETE: **000**

152. Nº DO BULETE: **000**

153. Nº DO BULETE: **000**

154. Nº DO BULETE: **000**

155. Nº DO BULETE: **000**

156. Nº DO BULETE: **000**

157. Nº DO BULETE: **000**

158. Nº DO BULETE: **000**

159. Nº DO BULETE: **000**

160. Nº DO BULETE: **000**

161. Nº DO BULETE: **000**

162. Nº DO BULETE: **000**

163. Nº DO BULETE: **000**

164. Nº DO BULETE: **000**

165. Nº DO BULETE: **000**

166. Nº DO BULETE: **000**

167. Nº DO BULETE: **000**

168. Nº DO BULETE: **000**

169. Nº DO BULETE: **000**

170. Nº DO BULETE: **000**

171. Nº DO BULETE: **000**

172. Nº DO BULETE: **000**

173. Nº DO BULETE: **000**

174. Nº DO BULETE: **000**

175. Nº DO BULETE: **000**

176. Nº DO BULETE: **000**

177. Nº DO BULETE: **000**

178. Nº DO BULETE: **000**

179. Nº DO BULETE: **000**

180. Nº DO BULETE: **000**

181. Nº DO BULETE: **000**

182. Nº DO BULETE: **000**

183. Nº DO BULETE: **000**

184. Nº DO BULETE: **000**

185. Nº DO BULETE: **000**

186. Nº DO BULETE: **000**

187. Nº DO BULETE: **000**

188. Nº DO BULETE: **000**

189. Nº DO BULETE: **000**

190. Nº DO BULETE: **000**

191. Nº DO BULETE: **000**

192. Nº DO BULETE: **000**

193. Nº DO BULETE: **000**

194. Nº DO BULETE: **000**

195. Nº DO BULETE: **000**

196. Nº DO BULETE: **000**

197. Nº DO BULETE: **000**

198. Nº DO BULETE: **000**

199. Nº DO BULETE: **000**

200. Nº DO BULETE: **000**

201. Nº DO BULETE: **000**

202. Nº DO BULETE: **000**

203. Nº DO BULETE: **000**

204. Nº DO BULETE: **000**

205. Nº DO BULETE: **000**

206. Nº DO BULETE: **000**

207. Nº DO BULETE: **000**

208. Nº DO BULETE: **000**

209. Nº DO BULETE: **000**

210. Nº DO BULETE: **000**

211. Nº DO BULETE: **000**

212. Nº DO BULETE: **000**

213. Nº DO BULETE: **000**

214. Nº DO BULETE: **000**

215. Nº DO BULETE: **000**

216. Nº DO BULETE: **000**

217. Nº DO BULETE: **000**

218. Nº DO BULETE: **000**

219. Nº DO BULETE: **000**

220. Nº DO BULETE: **000**

221. Nº DO BULETE: **000**

222. Nº DO BULETE: **000**

223. Nº DO BULETE: **000**

224. Nº DO BULETE: **000**

225. Nº DO BULETE: **000**

226. Nº DO BULETE: **000**

227. Nº DO BULETE: **000**

228. Nº DO BULETE: **000**

229. Nº DO BULETE: **000**

230. Nº DO BULETE: **000**

231. Nº DO BULETE: **000**

232. Nº DO BULETE: **000**

233. Nº DO BULETE: **000**

234. Nº DO BULETE: **000**

235. Nº DO BULETE: **000**

236. Nº DO BULETE: **000**

237. Nº DO BULETE: **000**

238. Nº DO BULETE: **000**

239. Nº DO BULETE: **000**

240. Nº DO BULETE: **000**

241. Nº DO BULETE: **000**

242. Nº DO BULETE: **000**

243. Nº DO BULETE: **000**

244. Nº DO BULETE: **000**

245. Nº DO BULETE: **000**

246. Nº DO BULETE: **000**

247. Nº DO BULETE: **000**

248. Nº DO BULETE: **000**

249. Nº DO BULETE: **000**

250. Nº DO BULETE: **000**

251. Nº DO BULETE: **000**

252. Nº DO BULETE: **000**

253. Nº DO BULETE: **000**

254. Nº DO BULETE: **000**

255. Nº DO BULETE: **000**

256. Nº DO BULETE: **000**

257. Nº DO BULETE: **000**

258. Nº DO BULETE: **000**

259. Nº DO BULETE: **000**

260. Nº DO BULETE: **000**

261. Nº DO BULETE: **000**

262. Nº DO BULETE: **000**

263. Nº DO BULETE: **000**

264. Nº DO BULETE: **000**

265. Nº DO BULETE: **000**

266. Nº DO BULETE: **000**

267. Nº DO BULETE: **000**

268. Nº DO BULETE: **000**

269. Nº DO BULETE: **000**

270. Nº DO BULETE: **000**

271. Nº DO BULETE: **000**

272. Nº DO BULETE: **000**

273. Nº DO BULETE: **000**

274. Nº DO BULETE: **000**

275. Nº DO BULETE: **000**

276. Nº DO BULETE: **000**

277. Nº DO BULETE: **000**

278. Nº DO BULETE: **000**

279. Nº DO BULETE: **000**

280. Nº DO BULETE: **000**

281. Nº DO BULETE: **000**

282. Nº DO BULETE: **000**

283. Nº DO BULETE: **000**

284. Nº DO BULETE: **000**

285. Nº DO BULETE: **000**

286. Nº DO BULETE: **000**

287. Nº DO BULETE: **000**

288. Nº DO BULETE: **000**

289. Nº DO BULETE: **000**

290. Nº DO BULETE: **000**

291. Nº DO BULETE: **000**

292. Nº DO BULETE: **000**

293. Nº DO BULETE: **000**

294. Nº DO BULETE: **000**

295. Nº DO BULETE: **000**

296. Nº DO BULETE: **000**

297. Nº DO BULETE: **000**

298. Nº DO BULETE: **000**

299. Nº DO BULETE: **000**

300. Nº DO BULETE: **000**

301. Nº DO BULETE: **000**

302. Nº DO BULETE: **000**

303. Nº DO BULETE: **000**

304. Nº DO BULETE: **000**

305. Nº DO BULETE: **000**

306. Nº DO BULETE: **000**

307. Nº DO BULETE: **000**

308. Nº DO BULETE: **000**

309. Nº DO BULETE: **000**

310. Nº DO BULETE: **000**

311. Nº DO BULETE: **000**

312. Nº DO BULETE: **000**

313. Nº DO BULETE: **000**

314. Nº DO BULETE: **000**

315. Nº DO BULETE: **000**

316. Nº DO BULETE: **000**

317. Nº DO BULETE: **000**

318. Nº DO BULETE: **000**

319. Nº DO BULETE: **000**

320. Nº DO BULETE: **000**

321. Nº DO BULETE: **000**

322. Nº DO BULETE: **000**

323. Nº DO BULETE: **000**

324. Nº DO BULETE: **000**

325. Nº DO BULETE: **000**

326. Nº DO BULETE: **000**

327. Nº DO BULETE: **000**

328. Nº DO BULETE: **000**

329. Nº DO BULETE: **000**

330. Nº DO BULETE: **000**

331. Nº DO BULETE: **000**

332. Nº DO BULETE: **000**

333. Nº DO BULETE: **000**

334. Nº DO BULETE: **000**

335. Nº DO BULETE: **000**

336. Nº DO BULETE: **000**

337. Nº DO BULETE: **000**

338. Nº DO BULETE: **000**

339. Nº DO BULETE: **000**

340. Nº DO BULETE: **000**

341. Nº DO BULETE: **000**

342. Nº DO BULETE: **000**

343. Nº DO BULETE: **000**

344. Nº DO BULETE: **000**

345. Nº DO BULETE: **000**

346. Nº DO BULETE: **000**

347. Nº DO BULETE: **000**

348. Nº DO BULETE: **000**

349. Nº DO BULETE: **000**

350. Nº DO BULETE: **000**

351. Nº DO BULETE: **000**

352. Nº DO BULETE: **000**

353. Nº DO BULETE: **000**

354. Nº DO BULETE: **000**

355. Nº DO BULETE: **000**

356. Nº DO BULETE: **000**

357. Nº DO BULETE: **000**

358. Nº DO BULETE: **000**

359. Nº DO BULETE: **000**

360. Nº DO BULETE: **000**

361. Nº DO BULETE: **000**

362. Nº DO BULETE: **000**

363. Nº DO BULETE: **000**

364. Nº DO BULETE: **000**

365. Nº DO BULETE: **000**

366. Nº DO BULETE: **000**

367. Nº DO BULETE: **000**

368. Nº DO BULETE: **000**

369. Nº DO BULETE: **000**

370. Nº DO BULETE: **000**

371. Nº DO BULETE: **000**

372. Nº DO BULETE: **000**

373. Nº DO BULETE: **000**

374. Nº DO BULETE: **000**

375. Nº DO BULETE: **000**

376. Nº DO BULETE: **000**

377. Nº DO BULETE: **000**

378. Nº DO BULETE: **000**

379. Nº DO BULETE: **000**

380. Nº DO BULETE: **000**

381. Nº DO BULETE: **000**

382. Nº DO BULETE: **000**

383. Nº DO BULETE: **000**

384. Nº DO BULETE: **000**

385. Nº DO BULETE: **000**

386. Nº DO BULETE: **000**

387. Nº DO BULETE: **000**

388. Nº DO BULETE: **000**

389. Nº DO BULETE: **000**

390. Nº DO BULETE: **000**

391. Nº DO BULETE: **000**

392. Nº DO BULETE: **000**

393. Nº DO BULETE: **000**

394. Nº DO BULETE: **000**

395. Nº DO BULETE: **000**

396. Nº DO BULETE: **000**

397. Nº DO BULETE: **000**

398. Nº DO BULETE: **000**

399. Nº DO BULETE: **000**

400. Nº DO BULETE: **000**

401. Nº DO BULETE: **000**

402. Nº DO BULETE: **000**

403. Nº DO BULETE: **000**

404. Nº DO BULETE: **000**

405. Nº DO BULETE: **000**

406. Nº DO BULETE: **000**

407. Nº DO BULETE: **000**

408. Nº DO BULETE: **000**

409. Nº DO BULETE: **000**

410. Nº DO BULETE: **000**

411. Nº DO BULETE: **000**

412. Nº DO BULETE: **000**

413. Nº DO BULETE: **000**

414. Nº DO BULETE: **000**

415. Nº DO BULETE: **000**

416. Nº DO BULETE: **000**

417. Nº DO BULETE: **000**

418. Nº DO BULETE: **000**

419. Nº DO BULETE: **000**

420. Nº DO BULETE: **000**

421. Nº DO BULETE: **000**

422. Nº DO BULETE: **000**

423. Nº DO BULETE: **000**

424. Nº DO BULETE: **000**

425. Nº DO BULETE: **000**

426. Nº DO BULETE: **000**

427. Nº DO BULETE: **000**

428. Nº DO BULETE: **000**

429. Nº DO BULETE: **000**

430. Nº DO BULETE: **000**

431. Nº DO BULETE: **000**

432. Nº DO BULETE: **000**

433. Nº DO BULETE: **000**

434. Nº DO BULETE: **000**

435. Nº DO BULETE: **000**

436. Nº DO BULETE: **000**

437. Nº DO BULETE: **000**

438. Nº DO BULETE: **000**

439. Nº DO BULETE: **000**

440. Nº DO BULETE: **000**

441. Nº DO BULETE: **000**

442. Nº DO BULETE: **000**

443. Nº DO BULETE: **000**

444. Nº DO BULETE: **000**

445. Nº DO BULETE: **000**

446. Nº DO BULETE: **000**

447. Nº DO BULETE: **000**

448. Nº DO BULETE:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MERUOCA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
 COMPLEXO AMBULATORIAL E HOSPITALAR  
 IRINEU COUTINHO AGUIAR



**FICHA DE REFERÊNCIA**

1 - Preencher esta ficha em 4 vias  
 2 - Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 3 vias ao usuário orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Nome: **Complexo Ambulatorial e Hospitalar Irineu Coutinho Aguiar**  
 Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: **MERUOCA**

Nome: Conceição Silva de Costa Prontuário Nº \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M  F Data de Nasc.: 02/07/1999 Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Endereço: São Francisco Bairro: \_\_\_\_\_ UF: CE

Motivo do Encaminhamento: Exame tipo de pele total

Resultado de Exames \_\_\_\_\_

Consulta já realizada \_\_\_\_\_  
 Impressão Diagnóstica \_\_\_\_\_

*[Signature]*  
 Maria de Jesus Gomes  
 Diretora de Divisão  
 Marcação de Consulta: \_\_\_\_\_  
 CPF: 657.889.122-13  
 Sec. Municipal de Saúde

Assinatura do Encaminhamento - Nº registro \_\_\_\_\_ Data: 28/07/15

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento p/ Atendimento Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
 Procedimento: Exame tipo de pele total Profissional: Dr. Apudiano  
 Unidade de Referência: Santa Cruz de Sobral Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA**

Unidade de Referência: Santa Cruz de Sobral Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Município: Sobral Prontuário Nº: 664.313 Atm: 03/10/15

Resumo Clínico Cirúrgico: Paciente submetido a procedimento cirúrgico

**COMO ÚNICA VIA DE SOBRA:**  
**CONTÉM COPIA ORIGINAL**  
*[Signature]*  
 Andréia K. Montenegro  
 SUPERVISORA

Resultado de Exames \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: Arterio esclerose com márc esquerda

Proposta de Conduta p/seguinte: \_\_\_\_\_

**CELTAURO V. E**  
**PREVIDÊNCIA S/A.**  
 08 AGO. 2017  
 DPVAT - CTBA

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

*[Signature]*  
 Antônio Augusto Moura  
 Médico  
 CRM: 5430

Assinatura do encaminhamento - Nº Registro \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Carimbo: \_\_\_\_\_



**IMPRESSÃO DE AUTORIZAÇÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
28/07/2016

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle**  
**CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS**

**PACIENTE:** 898003891526974 - GENILSON SILVA DA COSTA  
**NOME DA MÃE:** EXPEDITA SILVA DA COSTA  
**CPF:**  
**MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:** MERUOCA  
**CEP:**  
**NÚMERO DO PRONTUÁRIO:**  
**PROCEDIMENTO:** 0401020037 - ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL  
**DIAGNÓSTICO INICIAL:** L97 - Úlcera dos membros inferiores não classificada em outra parte  
**DATA - HORA:** 28/07/2015 - 09:32  
**ESTABELECIMENTO SOLIC.:** 3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
**PROFISSIONAL SOLIC.:** 204326414370005 - ANTONIO AGOSTINHO MOURA  
**ESTABELECIMENTO EXECUTOR:** 3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
**MUNICÍPIO SOLICITANTE:** 230820 - MERUOCA  
**MUNICÍPIO EXECUTOR:** 231290 - SOBRAL

**AUTORIZADOR:** JOSE RONALDO VASCONCELOS ADA GRAC  
**CPF:** 125131526640008  
**REGISTRO NO CONSELHO:** NÃO INFORMADO

 **Santa Casa de M. de Sobral**  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
*pp. Cristiane*  
**Anaísia R. Montenegro**  
**COORDENADORA**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
 2- CRES: 3 0 2 1 1 1 4  
 3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
 4- CRES: 3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE: ATEND.: 4232844 DT. ATEND.: 2/8/2015 - 11:05  
 6- NOME DO PACIENTE: MARI.: 664818 NASCIMENTO.: 2/2/1989  
 7- NOME DO PACIENTE: NOPE.: GENILSON SILVA DA COSTA  
 8- NOME DO PACIENTE: MAE.: EXPEDITA SILVA DA COSTA  
 9- NOME DO PACIENTE: OF.: DNS: 898003991526974 SUSFAMIL:  
 10- NOME DO PACIENTE: ENDER.: SAO FRANCISCO O  
 11- NOME DO PACIENTE: BAIRRO: DISTRITO - PERDIDA -CE- CEP: 62130000  
 12- NOME DO PACIENTE: 8- Nº DO PRONTUÁRIO:  
 13- NOME DO PACIENTE: NASCIMENTO: 2/1989 8- SEXO: X M 5 F  
 14- NOME DO PACIENTE: 10- RUA/CORR.:  
 15- NOME DO PACIENTE: 12- TELEFONE DE CONTATO:  
 16- NOME DO PACIENTE: 14- TELEFONE DE CONTATO:  
 17- NOME DO PACIENTE: 16- TELEFONE:  
 18- NOME DO PACIENTE: 17- TELEFONE:  
 19- NOME DO PACIENTE: 18- CID (CBOE MUNICÍPIO): 19- UP: 20- CEP:

21- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente apresenta perda de substancia cutânea em perna direita, necessita de tratamento cirurgico de enxerto de pele total.

22- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

23- PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese - Exame Físico

24- DIAGNÓSTICO INICIAL

apresenta perda cutânea em perna direita

25- PROCEDIMENTO SOLICITADO

26- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirurgico Enxerto de Pele Total  
 27- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0 4 0 1 0 2 0 0 3 7  
 28- CLÍNICA: 29- CARATER DA INTERNAÇÃO: 30- DOCUMENTO: 31- Nº DOCUMENTO (INSCRIÇÃO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 2 1 8 5 7 0 6 2 3 7 2 0  
 32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Antonio Agostinho Moura  
 33- DATA DA EDUCAÇÃO: 23/07/2014  
 34- ASSINATURA (CARIMBO) Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: Antonio Agostinho Moura 5430

PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35- CNPJ DA SEGURADORA: 36- Nº DO BILHETE: 37- SÉRIE:  
 38- CNPJ EMPRESA: 39- CNPJ EMPRESA: 40- CBOE:  
 41- VEICULO COM A RESPONSABILIDADE: 42- EMPREGADOR: 43- AUTÔNOMO: 44- DESM. LEGAD.: 45- ACIDENTADO: 46- NÃO ACIDENTADO:

AUTORIZAÇÃO

47- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 48- Nº DO ORGÃO EMISSOR: 49- Nº DO DOCUMENTO: 50- Nº DO DOCUMENTO (INSCRIÇÃO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 51- DATA DA AUTORIZAÇÃO: 52- ASSINATURA (CARIMBO) Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:  
 53- Nº DO DOCUMENTO: 54- Nº DO DOCUMENTO (INSCRIÇÃO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 55- DATA DA AUTORIZAÇÃO: 56- ASSINATURA (CARIMBO) Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:

CENTRO DE SAÚDE PREVIDENCIÁRIA  
 B B A60 - 2017

SERVIÇO DE SAÚDE DO TRABALHADOR  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Dra. R. Montenegro  
 COORDENADORA

DPVAT CTBA





SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Página: 1 / 1

W 2000 Ltda - Sistema de C. Cirurgico e Obst.

Emitido por: ADRIANA SILVA

Gastos da Cirurgia

Em: 02/08/2015 22:28

GASTOS DA CIRURGIA

Aviso Cirurgia: 00269607  
 Paciente: 00664818 GENILSON SILVA DA COSTA Atendimento: 4232844  
 Convenio: 001 SUS - SIH Carteira: 89800399152  
 Sala: 0001 6974  
 Data: 02/08/2015 SALA 01  
 Leito: 0547 Hr Início: 19:05 Hr Término: 20:30

CIRURGIA

0401020037 EXERTE LIVRE DE PELE TOTAL  
 Anestesia: 05 BLOQUEIO RAQUI

EQUIPE MEDICA

CIRURGIÃO 00000011 ANTONIO AGOSTINHO MOURA  
 ANESTESISTA 00001171 JOAO PAULO RIOS ALVES

Materiais Utilizados:	Unidade	Quant.
MEDICAMENTOS P 00001034DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML FRA FRASCO AMP		001
00000789DINORF SF 0,2MG/ML 1ML AMPOLA AMPOLA		001
00020752NEOCAINA PESADA 0,5% STERILE UNIDADE		001
00004354SORO FISIOLOGICO 0,9% FR. 500 FRASCO		001
00017186SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML P FRASCO		002
MATERIAL HOSPI 00000442AGULHA DESCARTAVEL 20X8	UNIDADE	002
00000443AGULHA DESCARTAVEL 40X12	UNIDADE	002
00000470AGULHA P/RAQUE DESCARTAVEL 90	UNIDADE	001
00001266LAMINA PARA RISTURI N-24	UND	001
00001367LUVA CIRURGICA 7.0 ESTERIL	PAR	002
00001349LUVA CIRURGICA 7.5 ESTERIL	PAR	003
00001370LUVA CIRURGICA 8.0 ESTERIL	PAR	002
00024221SERINGA DESC. EMERALD SAFETY UNIDADE		001
00001685SERINGA DESCARTAVEL 10ML (LVE UND		001

Equipamentos Utilizados:

0003 OXIMETRO  
 0016 TENSIONMETRO  
 0024 TAXA DE SALA PORTE 2

Equip. Utilizada  
 Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Andréia R. Montenegro  
 COORDENADORA

Compom = 03,  
 Comp - 05  
 Cloxacilina - 80ml.  
 P. Tebelen - 98ml.  
 Esporoxileno - 70cm.

CENTAURO VID. E  
 PREVIDÊNCIA S/A.  
 9 8 AGO. 2017  
 DPVAT - CTBA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL  
**FICHA DE ANESTESIA**

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: Gonçalves Silvestre Costa DATA: 02.08.15 REGISTRO: 269818  
 IDADE: 76 SEXO: M COR: Branco CLÍNICA: Plata ENF.:          LETO:           
 PRESSÃO ARTERIAL: 178x73 PULSO: 78 RESPIRAÇÃO:          TEMPERATURA:          PESO:          GRUPO SANGÜÍNEO:           
 ESTADO GERAL: BOM  REGULAR  MAU  PÉSSIMO  RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I  Grau II  Grau III  Grau IV

EXAMES COMPLEMENTARES:           
 AP. RESPIRATÓRIO:          AP. CIRCULATÓRIO:           
 AP. DIGESTIVO:          ESTADO MENTAL:          DROGAS EM USO:           
 PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA:          ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 6  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:         

CIRURGIA REALIZADA:           
 CIRURGIÃO:          AUXILIARES:           
 INÍCIO DA ANESTESIA:          TÉRMINO DA ANESTESIA:          DURAÇÃO DA ANESTESIA:         

AGENTE/HORA		LÍQUIDOS		VENOSOS		PULSOS		ANESTESIA X CÓDIGOS CIRURGIA		MONITORAÇÃO P. ARTERIAL		ANOTAÇÕES	
0	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180	195

CENTAURVIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 02 AGO 2017  
 DPVAT - CTBA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL  
 CONFERÊNCIA ORIGINAL  
 Andréia R. Montenegro  
 COORDENADORA

ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOQ. PLEXO  BLOQ. NERVOS  OUTROS

TÉCNICA:         

LÍQUIDOS	VOLUME (ml)	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO AEE ANESTÉSICO	
GLICOSE		1 <u>        </u>	6
NaCl		2 <u>        </u>	7
SANGUE		3 <u>        </u>	8
RINGER		4 <u>        </u>	9
TOTAL		5 <u>        </u>	10

CENTAURVIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 02 AGO 2017  
 DPVAT - CTBA

DESTINO DO PACIENTE: APTO  ENFERM.  SRBA  UTI  OUTROS   
 SRPA: PA: 120x80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: SpO2

ASSINATURA / ANESTESISTA: João Paulo Rios Alves  
 Anestesiologista  
 CRM: 11525



PRESCRIÇÃO: 147664 DATA: 02/05/2015  
USUÁRIO: AROSTINO  
ATENDIMENTO: 422084 UN. Nº: 221907 (24)  
CONVÊNIO: SUS - SUS  
PACIENTE: ANTONIO ROBERTO DA SILVA  
PESO: 60,00 kg  
INTERVALO: 02/05/2015 (12h)  
MÉDICO: ANTONIO ROBERTO DA SILVA  
UNID. Nº: 01 UNIDADE  
CID: I77.1 CERRADÃO DE INFEÇÕES INFILTRADAS EM OUTRA PARTE  
DIAGNÓSTICO:  
PROTÓCOLO:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Matrícula do Médico

CLASSIFICAÇÃO MÉDICA

paciente apresenta-se com substância vítrea ex. perna direita necessitando tratamento cirúrgico.  
Adequado de medicação

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA  
DIETÉTICO  
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM  
SINAIS VITAIS

Unidade: 01 Apl. Frequência: 12h Horários: 08:00 - 19:28  
Unidade: 01 Apl. Frequência: 12h Horários:

*Handwritten notes:*  
500 500  
= 04  
22 - 04  
07/18

Santa Casa de M. de Sobral  
S.A.M.E.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

Antonio Aroostino Moura  
Médico  
CREMEC 5430

CENTRO DE ATENDIMENTO  
PREVIDÊNCIA S/A  
6 8160-007  
211 460 287  
DPIAT - CTBA  
DPVAT - CTBA













SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

QP:

HDA: *paciente apresenta perda de substância cutânea em pernas direita necessita de tratamento cirurgico de enxerto de pele total.*

EXAME FÍSICO: *Anamnese + exames físicos*

DIAGNÓSTICO INICIAL: *apresenta perda cutânea em perna direita*

CONDUTA: *internação hospitalar*

DIAGNÓSTICO FINAL: *O mesmo*

DATA: *02/08/2015* Hora: Ass./CRM:

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
CONFERE COM O ORIGINAL  
*Andreia R. Montenegro*  
COORDENADORA

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.  
21 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA

Antonio Agostinho Moura  
Médico  
CREMEO 5230

Jaimepon Silva de -372



# PRÉFEITURA MUNICIPAL DE MERUOCA

## SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL CHAGAS BARRETO



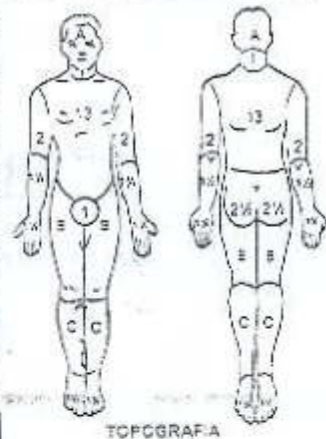
### REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

1 <input type="checkbox"/> CLÍNICO	4 <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	7 <input type="checkbox"/> TRAUMAT. ORTOPÉDICO	10 <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO	13 <input type="checkbox"/> OUTROS _____
2 <input type="checkbox"/> CARDIOLÓGICO	5 <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	8 <input type="checkbox"/> OTORRINOLARINGOLÓGICO	11 <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA DIGESTIVA	_____
3 <input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO	6 <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO	9 <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO	12 <input type="checkbox"/> ACIDENTE OFÍDICO	_____

**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> APART BOM	6 <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	11 <input type="checkbox"/> CONVULSÃO / F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/> GLASGOW <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> REGULAR	7 <input type="checkbox"/> DISPNEIA	12 <input type="checkbox"/> ALCOOLIZADO	17 <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> ISOCORIA
<input type="checkbox"/> GRAVE	8 <input type="checkbox"/> CIANÓTICO	13 <input type="checkbox"/> INFE. HOSPITALAR / SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> ANISOCORIA
<input type="checkbox"/> CONSCIENTE	9 <input type="checkbox"/> TORPOROSO	14 <input type="checkbox"/> MORTO	19 <input type="checkbox"/> REAGENTE
<input type="checkbox"/> AGITADO	10 <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA	15 <input type="checkbox"/> RNPT <input type="checkbox"/> RNT	20 <input type="checkbox"/> AVO
			21 <input type="checkbox"/> DÉFICITE MOTOR



**TRAUMA**

<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	D <input type="checkbox"/> BICICLETA	H <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	L <input type="checkbox"/> ENFORCAMENTO
<input type="checkbox"/> CARRO	E <input type="checkbox"/> QUEDA DE ALTURA	I <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	M <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> MOTO	F <input type="checkbox"/> ESPANCAMENTO	J <input type="checkbox"/> QUEIMADO	N <input type="checkbox"/> OUTROS _____
	G <input type="checkbox"/> COLISÃO	K <input type="checkbox"/> ACESS. DE SEGURANÇA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

**SINAIS VITAIS** PA  X  T  F.R.  FC  DOR

**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

Oxigenado, vítima de acidente de moto apresentando lesão intensa em torácico e membros inferiores.

Levado pelas 31 de emergência para melhor avaliação.

**EXAMES COMPLEMENTARES**

1 <input type="checkbox"/> RAIO X	2 <input type="checkbox"/> ULTRASSOM	3 <input type="checkbox"/> TOMOG. COMP	4 <input type="checkbox"/> SANGUE	5 <input type="checkbox"/> URINA	6 <input type="checkbox"/> ECG	7 <input type="checkbox"/> OUTROS
-----------------------------------	--------------------------------------	--	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

**DIAGNÓSTICO**

Trauma

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

Assinatura: Renato Bruno Carvalheiro  
 Carimbo: HOSPITAL CHAGAS BARRETO - MERUOCA  
 DATA: 14 MAIO 2018

**DATA/HORA/CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS**

\_\_\_\_\_

**DPVAT/CTBA**

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

Assinatura: \_\_\_\_\_ DATA: 14/05/18 HORA: \_\_\_\_\_

MULTIGRÁFICA (85) 3613.3118



Prefeitura Municipal de Meruoca  
Secretaria de Saúde

CNPJ: 07.598.663/0001-70

Rua Dom José, 185 - Fone: (88) 3649.1257 - Meruoca - CE



## ATESTADO MÉDICO

Atesto que Jomilson Silva da Lente

necessita de 03 (três) dias dias de  
licença para tratamento de saúde.

C. I. D. \_\_\_\_\_

~~Renato Bruno Cavalcante Leite~~  
MÉDICO  
CREMEC: 16367

MULTI GRÁFICA (88)3663.3116

11/07/15



PRÉFEITURA MUNICIPAL DE MERUOCA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMPLEXO AMBULATORIAL E HOSPITALAR  
IRINEU COUTINHO AGUIAR



FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: Complexo Ambulatorial e Hospitalar Irineu Coutinho Aguiar  
Distrito Sanitário: Município: MERUOCA

1 - Preencher esta ficha em 4 vias  
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 3 vias para a Assinatura para referenciar com a 1ª para a Unidade de Origem

Nome: Genilson Silva Costa Prontuário N° \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nasc.: 02/02/89 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: Sítio São Francisco Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Pete. 26a, apresentando dor + edema + hipertermia associadas com MID, com perda de grande quantidade de pele e tecido subcutâneo e exposição de tendões antes e diminuição de pulsos periféricos  
Resultado de Exames: HD: Sol. Compartimental com MID  
Solicitado avaliação e Cirurgia Quir.

Consulta já realizada \_\_\_\_\_  
Impressão Diagnóstica \_\_\_\_\_  
Assinatura do Encaminhamento - 1º registro: [Assinatura] Data: 13/07/15 Sec. Municipal de Saúde

AGENDAMENTO

Encaminhamento p/ Atendimento Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento \_\_\_\_\_ Profissional \_\_\_\_\_  
Unidade de Referência \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade Referência \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_

Resumo Clínico Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
Carla Basilio M. de Souza  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_  
Proposta de Conduta p/ seguimento: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do encaminhamento - N° Registro \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Carimbo \_\_\_\_\_



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGI

Aten: 62130000 Dt. Atende: 13/07/2015 - 12:22  
Req.: 54543133 Dt. Rec: 02/02/1969  
Nome: GENTILSON SELVA DA OLIVEIRA  
End.: S/O FRADEIRO  
DISTRITO: MERUCA-CE; CEP: 62130000



ATENDIMENTO: ADULTO

PEDIÁTRICO

CIRÚRGICO

## ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: verde

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 17:00

## PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF  SIM

CAUSAS:

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA



NÃO

CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO
- TEM PLANO DE SAÚDE
- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULÂNCIAS
- MOTO, BICICLETA

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS

Santa Casa de M. de Sobral  
S.A.M.B.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

## HDA DO ACOLHIMENTO:

Pa: 26 anos, relata dor no mto/mto, em 2 dias, após algo, dormência, apresenta urticária com perda de resistência no joelho;

PA: 1 PULSO: 70 FR: 18 TEMP: 36,5 PESO: 60

## TIPO DE ACIDENTE

- Acidente c/ objetos corto-cóntusos
- Acidente por arma de fogo
- Afogamento
- Choque elétrico
- Queda, De onde?
- Ingestão acidental
- Corpo estranho
- Produto químicos farmacêuticos
- Queimaduras
- 1º Grau
- 2º Grau
- 3º Grau
- Por
- Água
- Óleo
- Atropelamento
- Carro
- Moto
- Bicicleta
- Outros
- Carro
- com cinto
- sem cinto
- Moto
- com capacete
- Mordedura de animais
- Doméstico
- Selvagem
- Ofício
- OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE: Roberto Viana Jayarud





PREFEITURA MUNICIPAL DE MERUOCA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMPLEXO AMBULATORIAL E HOSPITALAR  
IRINEU COUTINHO AGUIAR



### FICHA DE REFERÊNCIA

Nome: Complexo Ambulatorial e Hospitalar Irineu Coutinho Aguiar  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: MERUOCA

1 - Preencher esta ficha em 4 vias  
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 3 vias ao usuário orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Nome: Gemilson Silva Costa Prontuário N° \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nasc.: 02/02/89 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: Sítio São Francisco Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_


Motivo do Encaminhamento Pete, 26a, apresentando dor + edema + lesões  
escoriadas em MID, com perda de grande quantidade de  
Resultado de Exames pele e tecido subcutâneo e exposição de tecidos inter-  
nos e diminuição de pulsos periféricos  
HD: Sol. Compartimental em MID  
Solicito avaliação e Cirurgia Geral  
Consulta já realizada \_\_\_\_\_  
Impressão Diagnóstica \_\_\_\_\_  
Assinatura do Encaminhamento - N° registro 13,07,15 Data \_\_\_\_\_ Sec. Municipal de Saúde

### AGENDAMENTO

Encaminhamento p/ Atendimento Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento \_\_\_\_\_ Profissional \_\_\_\_\_  
Unidade de Referência \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade Referência \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N° \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
  
Andréa R. Montenegro  
COORDENADORA  
 Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_  
 Proposta de Conduta p/ seguimento: \_\_\_\_\_  
 O problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não   
 Assinatura do encaminhamento - N° Registro \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura / Carimbo \_\_\_\_\_

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.  
09 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 664816  
 Paciente...: GENILSON SILVA DA COSTA  
 Sexo...: MASCULINO  
 Dt. Nasc...: 2/2/1989  
 Mãe...: EXPEDITA SILVA DA COSTA  
 Pai...: PAULO BERNARDO DA COSTA  
 E. Civil...: SOLTEIRO  
 Endereço...: SAO FRANCISCO 1º, 9  
 Bairro...: DISTRITO CEP: 62130-000  
 Cidade...: MERUOCA UF...: CE  
 Fone...: 994867486  
 Idade...: 26a 5m 29d  
 Cor...: PARDAS  
 CNS...: 809003991320070

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:  
 Endereço...:  
 Documento...:  
 Fone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4232844 Atendente...: FRANCO PAULO  
 Data...: 02/08/2015 Hora...: 11:05 - Permanência...: 3 Dias  
 Procedimento...: 0401020037 ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL  
 Médico...: ANTONIO AGOSTINHO MOURA  
 Unidade Int...: UI ONCOLOGIA  
 Leito...: LEITO 1126 - ONCOLOGIA  
 Convênio...: SUS - SIH  
 Plano...: 1  
 Carteira...:  
 N. Guia...:

Santa Casa de M. de Sobral  
 SAÚDE  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 D. P. Cruz  
 Andréia R. Montenegro  
 COORDENADORA

Atendimento: 4232844

Dt Atendimento: 02/08/2015 - 11:05 Dt Alta: 03/08/2015 - 14:32

Paciente: 664816 GENILSON SILVA DA COSTA

Serviço: 6 CIRURGIA PLÁSTICA REPARADO Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 647 LEITO 1126 - ONCOLOGIA Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ANA PAULA

CID: I87 ÚLCERA DOS MEMBROS INFERIORES NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA

Procedimento de Alta: 0401020037 - ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL

Observação de Alta

CENTAURO VIDA E  
 PREVIDÊNCIA S/A.

08 AGO. 2015

CENTAURO VIDA E  
 PREVIDÊNCIA S/A.

21 AGO. 2015

DPVAT - CTBA

344 002 0081

05256

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
------------------------	---------------------	---

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO	7 - DIES
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	3 0 2 1 1 1 4
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	8 - DIES
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	3 0 2 1 1 1 4

10 - ATEND.: 4232844 DT. ATEND.: 2/8/2015 - 11:05	9 - Nº DO PROMISSÃO
11 - MATRI.: 664818 NASCIMENTO.: 2/2/1989	10 - INASCIMENTO
12 - NOME...: GENILSON SILVA DA COSTA	11 - SEXO
13 - MAE...: EXPEDITA SILVA DA COSTA	12 - RACIA
14 - CPF...: ...: ONS: 858003991526774 SUFACIL:	13 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDER.: SAO FRANCISCO 0	14 - TELEFONE DE CONTATO
16 - BAIRRO: DISTRITO - MERUCA	15 - CIDADE
17 - CE - CEP: 62130000	16 - UF
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CID. INSC. MUNICÍPIO
Meruca	18 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DESCRITOS

Paciente apresenta perda de substância cutânea em perna direita, necessita de tratamento cirurgico de enxerto de pele total.

**SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL**  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
*Andréia R. Montenegro*  
 COORDENADORA

**ELETIVA**

19 - AS ACIMA	21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
---------------	--

22 - ANAMNESE E EXAME FÍSICO

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)

24 - REPRESENTA PERDA CUTÂNEA EM PENA DIREITA	25 - CID ICD 9	26 - CID II NACIONAL	27 - CID III INTERNA
	L97		

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Tratamento Cirurgico Enxerto de Pele Total	0 1 4 0 1 0 2 0 0 3 7
30 - CENCA	31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
Antônio Agostinho Moura	23/07/2014
34 - ASSINATURA E CARGO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO	35 - CRENEC: 5430
	Cirurgião Plástico

36 - PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

37 - TIPO DE ACIDENTE	38 - Nº DA SEGURADORA	39 - Nº DO SILETE	40 - SÉRIE
ACIDENTE DE TRÁFICO			
ACIDENTE TRABALHO TIPO	41 - CNIS/EMPRESA	42 - CNAS DA EMPRESA	43 - CNOP
ACIDENTE TRABALHO OBJETO			
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	45 - EMPREGADOR	46 - AUTÔNOMO	47 - DESEMPREGADO
48 - APOSENTADO	49 - NÃO SEGURO		

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	51 - Nº DO ORGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
		Dr. Bruno Teixeira Lima
53 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	54 - Nº DO DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	55 - ASSINATURA E CARGO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO
		Medico Plástico - Dependente - Sobral
56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	57 - ASSINATURA E CARGO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO	
		<i>Antônio Agostinho Moura</i>
		JUL 2015
		CPF - 002.288.583-67
		CRM 13275

08/AGO/2017  
 DPVAT - CTBA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MERUOCA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COMPLEXO AMBULATORIAL E HOSPITALAR  
IRINEU COUTINHO AGUIAR



FICHA DE REFERÊNCIA

1 - Preencher esta ficha em 4 vias  
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 3 vias ao usuário orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Nome: Complexo Ambulatorial e Hospitalar Irineu Coutinho Aguiar  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: MERUOCA

Nome: Caribon Sílvia de Costa Prontuário Nº \_\_\_\_\_  
Sexo:  M  F Data de Nasc.: 02/10/1989 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: São Francisco Bairro: \_\_\_\_\_ UF: CE

Motivo do Encaminhamento: Exato tipo de pele total  
Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
Consulta já realizada: \_\_\_\_\_  
Impressão Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Encaminhamento - Nº registro: \_\_\_\_\_ Data: 28/07/15  
Márcia de Jesus Gomes  
Diretora de Divisão  
Marcação de Consulta: \_\_\_\_\_  
CPF: 657.889.142-15  
Sec. Municipal de Saúde

AGENDAMENTO

Encaminhamento p/ Atendimento Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento: Exato tipo de pele total Profissional: Dr. Apolinário  
Unidade de Referência: Santa Casa de Sobral Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: Santa Casa de Misericórdia Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Município: Sobral Prontuário Nº: 664.313 Alta: 03/10/15

Resumo Clínico Cirúrgico: Paciente submetido a procedimento cirúrgico  
COPIA COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Principal: Lesão tendínea em mão esquerda  
Proposta de Conduta / seguimento: \_\_\_\_\_  
CENTAURO V. E  
PREVIDÊNCIA S/A.

O problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não   
Assinatura do encaminhamento - Nº Registro: Antônio Agostinho Moura Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Carimbo: \_\_\_\_\_  
DPVAT - CTBA



**IMPRESSÃO DE AUTORIZAÇÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
28/07/2015

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle  
**CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS**

**PACIENTE:** 898003991526974 - GENILSON SILVA DA COSTA  
**NOME DA MÃE:** EXPEDITA SILVA DA COSTA  
**CPF:**  
**MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:** MERUOCA  
**CEP:**  
**NÚMERO DO PRONTUÁRIO:**  
**PROCEDIMENTO:** 0401020037 - ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL  
**DIAGNÓSTICO INICIAL:** L97 - Úlcera dos membros inferiores não classificada em outra parte  
**DATA - HORA:** 28/07/2015 - 09:32  
**ESTABELECIMENTO SOLIC.:** 3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
**PROFISSIONAL SOLIC.:** 204326414370005 - ANTONIO AGOSTINHO MOURA  
**ESTABELECIMENTO EXECUTOR:** 3021114 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
**MUNICÍPIO SOLICITANTE:** 230820 - MERUOCA  
**MUNICÍPIO EXECUTOR:** 231290 - SOBRAL

**AUTORIZADOR:** JOSE RONALDO VASCONCELOS AIDA GRAC  
**CPF:** 125131523640008  
**REGISTRO NO CONSELHO:** NÃO INFORMADO

Santa Casa de M. do Sobral  
S.A.M.E.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
*Dr. Cristiane*  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

SUS Sistema Único de Saúde  
 Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde  
 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL**  
 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENFATIZANTE: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL**

3 - CIES: **3 0 2 1 1 4**  
 4 - CIES: **3 0 2 1 1 4**

Identificação do Paciente  
 5 - NOME DO PACIENTE: **ATEND.: 4232844 DT. ATEND.: 2/8/2015 - 11:05**  
**MATRI.: 664818 NASCIMENTO.: 2/2/1989**  
**NOPE.: GENILSON SILVA DA COSTA**  
**MAE.: EXPEDITA SILVA DA COSTA**  
**CPF.: DNS: 898003991526974 SUBFAMIL:**  
**ENDER.: SAO FRANCISCO 0**  
**BARRIO: DISTRITO - PERLOCA -CE- CEP: 62130000**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 7 - NASCIMENTO: **02/1989** 8 - SEXO: **M** 9 - RAÇA/COR: **3**  
 10 - TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_  
 11 - TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_  
 12 - TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_  
 13 - TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_  
 14 - TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_  
 15 - TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_  
 16 - CODIGO MUNICIPAL: \_\_\_\_\_ 17 - UF: \_\_\_\_\_ 18 - CID: \_\_\_\_\_

20 - PRINCIPAL(S) DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S)  
**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**  
 Paciente apresenta perda de substância cutânea em perna direita, necessita de tratamento cirurgico de enxerto de pele total.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
**As Agnia**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):  
**Anamnese - Exame Físico**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:  
**apresenta perda cutânea em perna direita**

24 - CID - PRINCIPAL: **L97** 25 - CID - SECUNDÁRIO: \_\_\_\_\_ 26 - CID - CAUSA SECUNDÁRIA: \_\_\_\_\_

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
**PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
**Tratamento Cirurgico Enxerto de Pele Total**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **00 40 1 0 2 0 0 3 7**

29 - CLÍNICA: \_\_\_\_\_ 30 - CMAE DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_ 31 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ 32 - Nº DOCUMENTO (CASC) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: \_\_\_\_\_  
 33 - CNS: \_\_\_\_\_ 34 - CPF: **2 1 8 5 7 9 6 2 3 7 2 0**

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Antônio Agostinho Moura** 36 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **23/07/2014** 37 - ASSINATURA ESCRITA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **Antônio Agostinho Moura CRM: 5430**

38 - PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES QUILOMÉTRICOS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA: \_\_\_\_\_ 40 - Nº DO BILHETE: \_\_\_\_\_ 41 - CÔDIGO: \_\_\_\_\_  
 42 - CNPJ EMPRESA: \_\_\_\_\_ 43 - CMAE DA EMPRESA: \_\_\_\_\_ 44 - COOP: \_\_\_\_\_

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:  
 EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESV. REGAD.  PRECATORIO  NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_ 47 - Nº DO ORGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

49 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ 50 - Nº DOCUMENTO (CASC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_  
 51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_ 52 - ASSINATURA ESCRITA (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): \_\_\_\_\_

**PREVIDENCIA S/A**  
**06 AGO 2014**  
**DPVAT CTBA**

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
**Antônio R. Montenegro**  
 COORDENADOR



RESUMO DO ATO CIRURGICO - (OCORRENCIA PRINCIPAL)

Dr. L

Dr. A. F. K. de S. M.

Dr. A. F. K. de S. M.

Dr. A. F. K. de S. M.

Dr. A. F. K. de S. M.

Dr. A. F. K. de S. M.

Para Casa de M. de Sobral  
CONFERE COM O ORIGINAL  
ANEXO 1 - Montenegro  
COORDENADORA

Cirurgião

1º Auxiliar

Dr. A. F. K. de S. M.

Assistência e Cuidado

2º Auxiliar

Assistência e Cuidado

2º Auxiliar

Assistência e Cuidado

Assistência e Cuidado

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Página: 1 / 1

RV 2000 Ltda - Sistema de C. Cirurgico e Obst.

Emitido por: ADRIANA.SILVA

Gastos da Cirurgia

Em: 02/08/2015 22:28

GASTOS DA CIRURGIA

Aviso Cirurgia: 00269607  
 Paciente: 00644818 GENILSON SILVA DA COSTA Atendimento: 4232844  
 Convenio: 001 SUS - SIH Carteira: 89600399152  
 Sala: 0001 6974  
 Data: 02/08/2015 SALA 01  
 Leito: 0547 Hr Inicio: 19:05 Hr Termina: 20:30

CIRURGIA

0401020037 ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL  
 Anestesia: 05 BLOQUEIO RARUI

EQUIPE MEDICA

CIRURGIÃO 00000011 ANTONIO AGOSTINHO MOURA  
 ANESTESISTA 00001171 JOAO PAULO RIOS ALVES

Materiais Utilizados: Unidade Quant.

Materiais Utilizados:	Unidade	Quant.
MEDICAMENTOS P. 00001034DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML FRA	FRASCO AMP	001
00000789DIPORF SF 0,2MG/ML 1ML AMPOLA	AMPOLA	001
00020752NEDCAINA PESADA 0,5% STERILE	UNIDADE	001
00004354SORO FISIOLOGICO 0,9% FR. 500	FRASCO	001
00017186SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML P	FRASCO	002
MATERIAL HOSPI 00000442AGULHA DESCARTAVEL 25X8	UNIDADE	002
00000443AGULHA DESCARTAVEL 40X12	UNIDADE	002
00000470AGULHA P/RAQUE DESCARTAVEL 90	UNIDADE	001
00001286LAMINA PARA BISTURI N-24	UND	001
00001367LUVA CIRURGICA 7.0 ESTERIL	PAR	002
00001369LUVA CIRURGICA 7.5 ESTERIL	PAR	003
00001370LUVA CIRURGICA 8.0 ESTERIL	PAR	002
00024221SERINGA DESC. EMERALD SAFETY	UNIDADE	001
00001685SERINGA DESCARTAVEL 10ML (LUE	UND	001

Equipamentos Utilizados:

0005 OXIMETRO  
 0016 TENSIONMETRO  
 0024 TAXA DE SALA PORTE 2

Equip. Utilizada  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Andreia R. Montenegro  
 COORDENADORA

CENTAURO VID. E PREVIDENCIA S/A.

08 AGO. 2015

DPVAT - CTBA

Compom = 03.

Unselma 39g = 01

Comp - 05

Cloroxidina - 80ml.

A. tuchelo - 98ml.

Esporoachapo - 70cm.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL  
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: Gentilson Silveira Costa DATA: 02/08/15 REGISTRO: 264818

IDADE: 76 SEXO: M COR:  CLÍNICA: Platina ENF.:  LEITO:

PRESSÃO ARTERIAL: 118 x 73 PULSO: 78 RESPIRAÇÃO:  TEMPERATURA:  PESO:  GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM  REGULAR  MAU  PÉSSIMO  RISCO CIRÚRGICO (OOO MAO) Grau I  Grau II  Grau III  Grau IV

EXAMES COMPLEMENTARES: ou

AP. RESPIRATÓRIO: ou AP. CIRCULATORIO: ou

AP. DIGESTIVO: ou ESTADO MENTAL: ou DROGAS EM USO: ou

PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA: ou ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: ou

CIRURGIA REALIZADA: Amputação de Lim

CIRURGIÃO: Dr. Artur ADJUNTO:

INÍCIO DA ANESTESIA:  TÉRMINO DA ANESTESIA:  DURAÇÃO DA ANESTESIA:

AGENTE/HORA																								
0																								
15																								
30																								
45																								
60																								
75																								
90																								
105																								
120																								
135																								
150																								
165																								
180																								
195																								
210																								
225																								
240																								
255																								
270																								
285																								
300																								
315																								
330																								
345																								
360																								
375																								
390																								
405																								
420																								
435																								
450																								
465																								
480																								
495																								
510																								
525																								
540																								
555																								
570																								
585																								
600																								
615																								
630																								
645																								
660																								
675																								
690																								
705																								
720																								
735																								
750																								
765																								
780																								
795																								
810																								
825																								
840																								
855																								
870																								
885																								
900																								
915																								
930																								
945																								
960																								
975																								
990																								
1005																								

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL  
Dr. Gentilson  
ANDRÉSIA R. MONTENEGRO  
COORDENADORA

CENTAURU VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
DPVAT - CTBA

ANESTESIA GERAL  RACIQUIANA  EPIDURAL  BLOQ. PLEXO  BLOQ. NERVOS  OUTROS

TÉCNICA: Kid 24115 e 1, M. 24115 e 16

LIQUIDOS: ou

GLICOSE	NaCl	SANGUE	RINGER	TOTAL	6	7	8	9	10
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>

DESTINO DO PACIENTE: APTO  ENFERM.  SRPA  UTI  OUTROS

SRPA: PA: 120 x 80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: ou SpO<sub>2</sub>: ou

ASSINATURA / ANESTESISTA  
João Paulo Rias Alves  
Anestesiologista  
CRM: 11525

CENTAURU VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
21 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA



PRESCRIÇÃO: 1176344 DATA: 02/05/2015 11:26  
USUARIO: AGOSTINHO  
ATENÇÃO: 422243 DT NASC: 12/02/1969 (46 ANOS)  
CONVÊNIO: SUS - SIA  
PACIENTE: ANTONIO APOSTOLINO MOURA DA COSTA  
PES: 60,00 ALT: 1,65 UNIDADE: UNIDADE  
INTERVALO: 02/05/2015 11:03 (11:03)  
M.DICO: ANTONIO APOSTOLINO MOURA - SERVIÇO DE BUROCRACIA PLASTICA REPARAO  
UNID. INT.: 01 ONCOLOGIA - MEXA EM LEITO 1122 - ONCOLOGIA - CONCERTINA DEFERVARIA  
CID: J07 "TUMOR DO NERVO INFERIORES NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE"  
DIAGNOSTICO:  
PROTÓCOLO:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Folha: 001 de 001

paciente apresenta uso de substâncias tóxicas em perna direita necessitando tratamento cirurgico.  
dependente de cuidados

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Unidade: SI (SI) Apresentação: Horas  
[02/05] - 11:26

Unidade: SI (SI) Apresentação: Horas

DIETA  
DIETA 176

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM  
E CUIDADOS VITAIS

ANTONIO APOSTOLINO MOURA  
Médico (443)

*Handwritten notes:*  
500 500  
104  
22-04  
22-04

Santa Casa de M. de São Paulo  
S.A.M.E.  
CONFECÇÃO ORIGINAL  
*Antonio R. Montenegro*  
Antonio R. Montenegro  
COORDENADORA

*Antonio Apostolino Moura*  
Médico  
CREMEC 543

REVISÃO  
CEN. AUDITADA  
PREVIDENCIA S/A  
08 AGO 2015  
2015 AGO 2015  
DPVAT - CTBA  
DPVAT - CTBA













SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

QP:

HDA: paciente apresenta perda de substância  
cutânea em punho direita necessita de trata-  
mento cirúrgico de enxerto de pele total.

EXAME FÍSICO: anamnese + exames físicos

GENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.

08 AGO. 2017

DPVAT - CTBA

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andreia R. Monteiro  
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: apresenta perda cutânea em punho  
direita

CONDUTA: internação hospitalar

GENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.

21 AGO. 2017

DIAGNÓSTICO FINAL: O mesmo

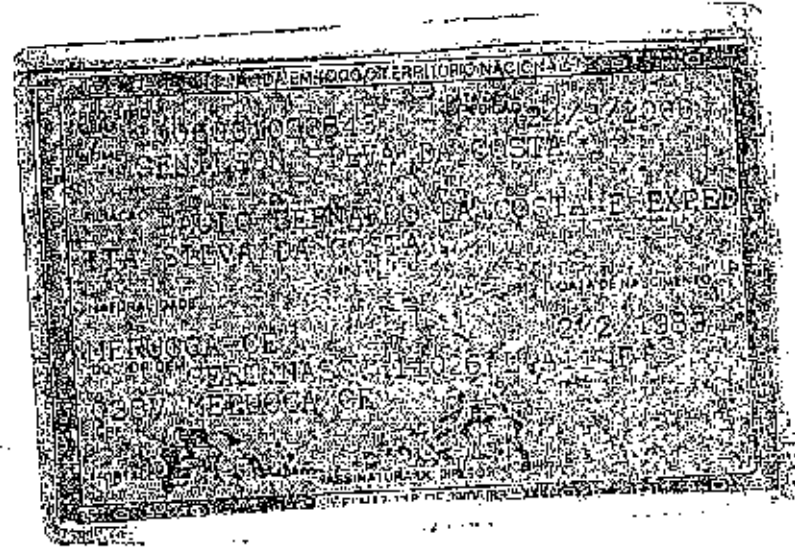
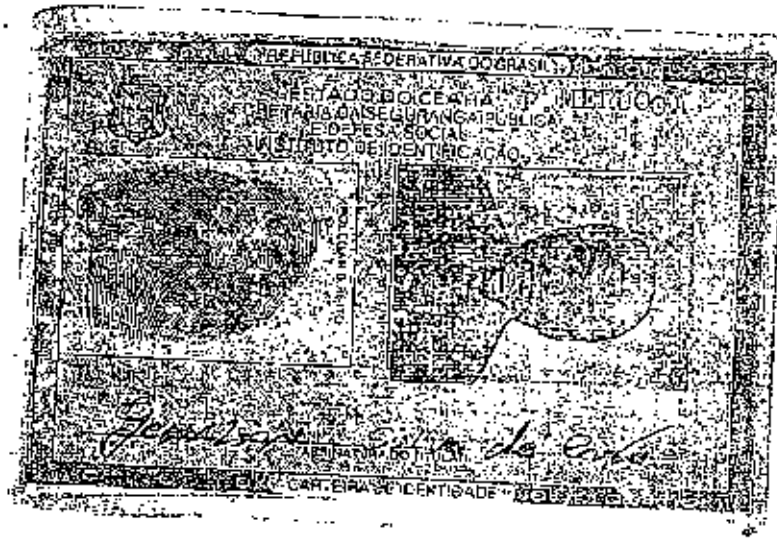
Antônio Agostinho Moura  
Médico  
CRM: 5430

DPVAT - CTBA

DATA: 22/08/2015

Hora:

Ass./CRM:



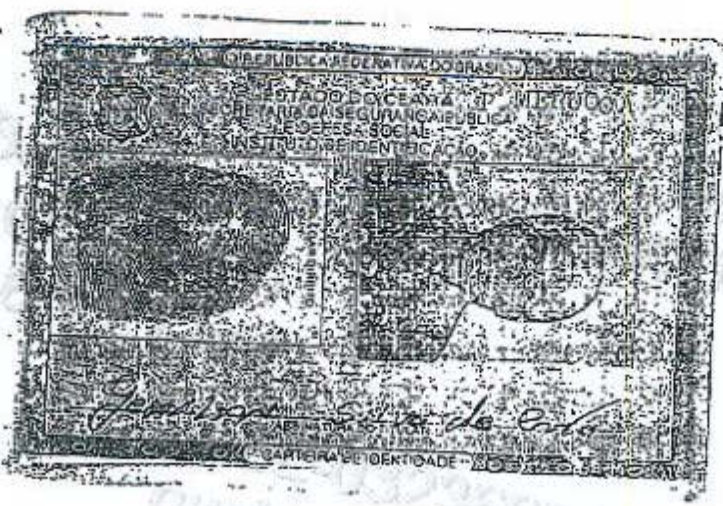
033.84.503-21

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.  
21 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA

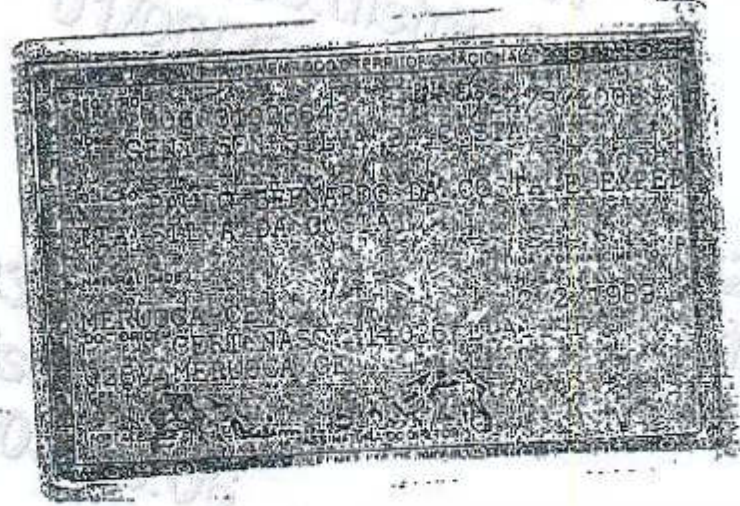


ASL-0323685/17  
gustavo.distrib.110  
01/06/2018 09:13:06



ASL-0323685/17  
gustavo.distrib.110  
01/06/2018 09:13:06

ASL-0323685/17  
gustavo.distrib.110  
01/06/2018 09:13:06



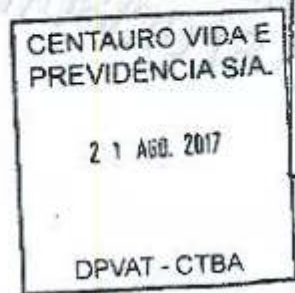
ASL-0323685/17  
gustavo.distrib.110  
01/06/2018 09:13:06



033.817.503-21



ASL-0323685/17  
gustavo.distrib.110  
01/06/2018 09:13:06





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011828684982  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 0046189255 R. NCT. C. 0000000000 EXERCÍCIO 2013

PLACA 14895610000147  
PLACA ANTIGA 7453 CLASSO 222000506R551028

COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

ANOS FAB. 2012 ANO MOD. 2012

MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 2570CV/14900 CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

DOTA UNICA 1 VENC. COTA UNICA 2

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,18

PREMIO TOTAL (R\$) 133,22

DATA DE PAGAMENTO 04/05/2013

RES. DON. SOBRAFANTO FUS VEICULOS LTDA

NERUGOCA

CE Nº 011828684982 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodefranstrito.com.br  
SAC DPVAT 0800 023 1203

VIA 01 COD. RENAVAM 0046189255 R. NCT. C. 0000000000 EXERCÍCIO 2013

PLACA 14895610000147 PLACA ANTIGA 7453 CLASSO 222000506R551028

COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

ANOS FAB. 2012 ANO MOD. 2012

MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CAP/POT/CIL 2570CV/14900 CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

DOTA UNICA 1 VENC. COTA UNICA 2

PREMIO TARIFARIO 129,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,18

PREMIO TOTAL (R\$) 133,22

DATA DE PAGAMENTO 04/05/2013

SEGUROADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 08.240.418/0001-04  
www.seguradoraalider.com.br

NOTUM: K005E50001028

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.  
08 ABR. 2017

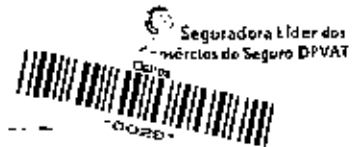
CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A. DPVAT - CTBA  
21 ABR. 2017  
DPVAT - CTBA

Último apresentou

declaração de ausência de laudo de  
PM.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323665/17  
Vítima: GENILSON SILVA DA COSTA  
CPF: 033.817.503-21

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/07/2015  
Titular do CPF: GENILSON SILVA DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

**Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**GENILSON SILVA DA COSTA : 033.817.503-21**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
**MARCUS SIDON DE SOUSA : 027.716.053-76**  
Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

**Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 21/08/2017  
Nome: MARCUS SIDON DE SOUSA  
CPF/CNPJ: 027.716.053-76

**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 21/08/2017  
Nome: Lucas Coradin  
CPF: 093.462.599-90

MARCUS SIDON DE SOUSA

Lucas Coradin

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.

21 AGO, 2017

DPVAT - CTBA



# Registro de Sinistro

DP.: 110Processo: 0000/800813Código: 800813

Unidade CENTAURO-ON CURITIBA	Parceiro SINCOR CE	Sub-Parceiro AUTO ATENDIMENTO CE
---------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

BO Nº 495-513/2016	Data BO 19/04/2016	DELEGACIA DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPÉ	
-----------------------	-----------------------	---	--

Placa OIO-3263/CE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	IML
----------------------	--	-----

Nome da Vítima GENILSON SILVA DA COSTA	Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ
---	----------------------------------	---------------------------

Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 02/02/1989	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 033.817.503-21	Data Ocorrência / Hora 11/07/2015 /
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--

Cidade MERUOCA	UF CE	CEP 62130000	Telefones Fone: (88)3613-2602
-------------------	----------	-----------------	----------------------------------

Email acomprocessos.dpvat@gmail.com
--

Qtde. Benef. 1	Data Óbito	Médico NI	Valor(INVALIDEZ)
-------------------	------------	--------------	------------------

Beneficiários						
Nome	CPF	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
Profissão			Complemento	Bairro	Cidade	UF
				Renda		
GENILSON SILVA DA COSTA	62130000	SITIO SÃO FRANCISCO 12	Vítima	***Indefinido***	02/02/1989	033.817.503-21
				SÃO FRANCISCO	MERUOCA	CE

### Histórico

Data	Usuário	Situação
08/05/2016	Auto Serviço DPVAT	Pré-Cadastro - Aviso Seg. Lider (ASL)
07/07/2016 16:52:51	CTBA MYLENA	Processo Regulado - Aguardando Liquidação (Seg. Lider)
07/07/2016 16:58:55	CTBA MYLENA	Processo c/ pendência documental

#### Detalhes das restrições

- Favor enviar Comprovante de Residência em nome do Procurador, pois o mesmo está em falta;
- Favor enviar também novo comprovante bancário e Autorização de pagamento no nome da vítima (Genilson Silva da Costa), senão que estão no nome do Procurador (Marcus Siden de Sousa Rocha).

26/01/2017 11:25:39 CTBA MICHEL Processo c/ pendência documental

#### Detalhes das restrições

- Favor enviar Comprovante de Residência em nome do Procurador, pois o mesmo está em falta;
- Favor enviar também novo comprovante bancário e Autorização de pagamento no nome da vítima (Genilson Silva da Costa), senão que estão no nome do Procurador (Marcus Siden de Sousa Rocha).

08/08/2017 15:30:14 CTBA GUILHERME Documentação complementar recebida

08/08/2017 16:30:38 CTBA GUILHERME Processo Reaberto - Aguardando Liquidação (Seg. Lider)

**CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.****2 / SET. 2017****DPVAT - CTBA**

#### Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: NILO CAIRO, 171 CENTRO - Cep: 80060-050

Tel.: (41) 3021-4485 Fax: (41) 3232-2773

e-mail: dpvat-pr@centauro-on.com.br

CURITIBA - PR

Entre em nosso site <http://www.centauro-on.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 800813 e a data de nascimento 02/02/1989 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANILSON GENILSON CARVALHO SILVA  
RG nº 36292590-2, data de expedição 05/08/1988  
Órgão SP, portador do CPF nº 779459021-15, com  
domicílio na cidade de MERMOCA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
AV. CARLOS DAU, nº 420,  
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vitima GENILSON SILVA DA COSTA cujo o condutor era  
GENILSON SILVA DA COSTA.

Veículo: MOTOCICLO  
Modelo: HONDA INXR150 BROS ES  
Ano: 2012  
Placa: 0303263/CE  
Chassi: 9C2K00550CR551028  
Data do Acidente: 11/07/2015  
Local e Data: MERMOCA, 28.04.16

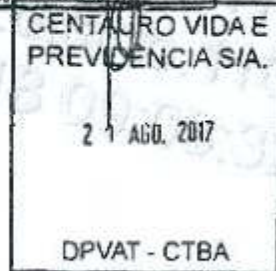
FRANILSON A. C. SILVA  
Assinatura do Declarante



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



Reconheço a(s) firma(s) de FRANILSON GENILSON CARVALHO SILVA  
por autenticidade e semelhança e dou Fé.  
Em testemunho da verdade.  
MermoCA/CE, de 28 de ABRIL de 2016  
Karina Ribeiro Pinheiro Moraes - Titular  
Márcus Paulo Rodrigues Moraes - Substituto  
Marlene Gomes Gertrudes-Substituto  
Francisco da Rocha Souza - Escrivão





Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2017

Carta nº: 11844306

A/C: GENILSON SILVA DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170456121 ASL-0323665/17  
Vítima: GENILSON SILVA DA COSTA  
Data Acidente: 11/07/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MARCUS SIDON DE SOUSA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 19/10/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 11/07/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





# Registro de Sinistro

DP.: 110Processo: 0000/800813Código: 800813

Unidade CENTAURO-ON CURITIBA		Parceiro SINCOR CE	Sub-Parceiro AUTO ATENDIMENTO CE	
BO N° 495-513/2016	Data BO 19/04/2016	DELEGACIA DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPÉ		
Placa OIO-3263/CE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		IML	
Nome da Vítima GENILSON SILVA DA COSTA		Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ	
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 02/02/1989	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 033.817.503-21	Data Ocorrência / Hora 11/07/2015 /
Cidade MERUOCA	UF CE	CEP 62130000	Telefones Fone: (88)3613-2602	
Email acom.processos.dpvat@gmail.com				
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico NI	Valor(INVALIDEZ)	

### Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Bairro	Dt.Nasc.	Cidade	CPF/CNPJ
CEP	Endereço	Complemento	Renda			UF
62130000	SITIO SÃO FRANCISCO 12		***Indefinido***	02/02/1989	MERUOCA	033.817.503-21
			SÃO FRANCISCO			CE

### Histórico

Data	Usuário	Situação
05/05/2016	Auto Serviço DPVAT	Pré-Cadastro - Aviso Seg. Lider (ASL)
07/07/2016 16:52:51	CTBA MYLENA	Processo Regulado - Aguardando Liquidação (Seg. Lider)
07/07/2016 16:58:55	CTBA MYLENA	Processo c/ pendência documental
<b>Detalhes das restrições</b>		
- Favor enviar Comprovante de Residência em nome do Procurador, pois o mesmo está em falta.		
- Favor enviar também novo comprovante bancário e Autorização de pagamento no nome da vítima (Genilson Silva da Costa), sendo que estão no nome do Procurador (Marcus Sidon de Sousa Rocha)		
25/01/2017 11:25:39	CTBA MICHEL	Processo c/ pendência documental
<b>Detalhes das restrições</b>		
- Favor enviar Comprovante de Residência em nome do Procurador, pois o mesmo está em falta.		
- Favor enviar também novo comprovante bancário e Autorização de pagamento no nome da vítima (Genilson Silva da Costa), sendo que estão no nome do Procurador (Marcus Sidon de Sousa Rocha).		
08/08/2017 16:30:14	CTBA GUILHERME	Documentação complementar recebida
08/08/2017 16:30:38	CTBA GUILHERME	Processo Reaberto - Aguardando Liquidação (Seg. Lider)

**CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.**

**2 / SET. 2017**

**DPVAT - CTBA**

**Atenção:**

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: NILO CAIRO, 171 CENTRO - Cep: 80060-050  
 Tel.: (41) 3021-4485 Fax: (41) 3232-2773  
 e-mail: dpvat-pr@centauro-on.com.br  
 CURITIBA - PR

Entre em nosso site <http://www.centauro-on.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 800813 e a data de nascimento 02/02/1989 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.  
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCUS SUDON DE SOUSA RIBEIRO, portador(a) do RG nº 29.344, expedido por DAB/CE, em 14/02/2014, CPF/CNPJ nº 021716053-76, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) GENILSON SILVA DA COSTA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima GENILSON SILVA DA COSTA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 6.000,00

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.  
21 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA



ASL-0323665/17  
gustavo.distrib.110  
01/06/2018 09:18:01



ASL-0323665/17  
gustavo.distrib.110  
01/06/2018 09:18:01



CPF: 074.718.053-76



ASL-0323665/17  
gustavo.distrib.110  
01/06/2018 09:18:01



PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** GENILSON SILVA DA COSTA, brasileiro, solteiro, ajudante de produção, portador da cédula de identidade nº 2006031023843 e inscrito no CPF sob o nº 033.817.503-21, residente e domiciliado no Sítio São Francisco, nº 12, São Francisco, CEP: 62130-000, Meruoca, Ceará.

**OUTORGADO:** MARCUS SIDON DE SOUSA ROCHA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito nos quadros da OAB.CE sob o nº 29.344, com escritório profissional localizado na Rua Coronel Estanislau Frota, nº 240. B, Centro, Sobral, Ceará, CEP: 62010-560.

**PODERES OUTORGADOS:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a CENTAURO SEGURADORA S/A e SEGURADORA LÍDER - DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, junto ao Banco do Brasil, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

Sobral-Ce, 21 de setembro de 2017.



Genilson Silva da Costa  
GENILSON SILVA DA COSTA  
CPF 033.817.503-21

RECONHECIMENTO DE FIRMAS  
CARTÃO DE IDENTIDADE Nº 2006031023843  
CPF Nº 033.817.503-21

Reconheço as Firmas de: Genilson Silva da Costa  
Assinatura de Genilson Silva da Costa  
Data Fe. 21 SET 2017 Sobral - CE

Em Testemunho de Verdade:  
 DR. ILDEFONSO CAVALEANTE DE ALMEIDA - Advogado  
 MARIA APARECIDA SILVA - Substituta  
 RITA DE CÁSSIA SÁBIO COSTA - Substituta





PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** GENILSON SILVA DA COSTA, brasileiro, solteiro, ajudante de produção, portador da cédula de identidade nº 2006031023843 e inscrito no CPF sob o nº 033.817.503-21, residente e domiciliado no Sítio São Francisco, nº 12, São Francisco, CEP: 62130-000, Meruoca, Ceará.

**OUTORGADO:** MARCUS SIDON DE SOUSA ROCHA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito nos quadros da OAB.CE sob o nº 29.344, com escritório profissional localizado na Rua Coronel Estanislau Frota, nº 240. B, Centro, Sobral, Ceará, CEP: 62010-560.

**PODERES OUTORGADOS:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a CENTAURO SEGURADORA S/A e SEGURADORA LIDER - DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, junto ao Banco do Brasil, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

Sobral-Ce, 21 de setembro de 2017.

Cartório  
Edison  
Almeida

Genilson Silva da Costa  
GENILSON SILVA DA COSTA  
CPF 033.817.503-21

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.  
  
2 / SET. 2017  
  
DPVAT - CTBA

	Reconheço a(s) Firmado(s) de: <u>Genilson Silva da Costa</u>
	Em Testemunha de: <u>Edison Almeida</u> da verdade.
<input type="checkbox"/> BM ILDEFONSO CAVALLANTE DE ALMEIDA - Titular	
<input type="checkbox"/> MARIA APARECIDA SILVA - Substituto	
<input type="checkbox"/> RITA DE CÁSSIA GABRIEL COSTA - Substituto	



**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** GENILSON SILVA DA COSTA, brasileiro, solteiro, ajudante de produção, portador da cédula de identidade nº 2006031023843 e inscrito no CPF sob nº 033.817.503-21, residente e domiciliado no ST São Francisco, nº 12, São Francisco, CEP: 62130000, Meruoca/CE.

**OUTORGADO:** MARCUS SIDON DE SOUSA ROCHA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE n.º 29.344, com escritório profissional localizado na Rua Estanislau, nº 240, Centro, na Comarca de Sobral- CE, onde recebe todas as intimações e correspondência de estilo.

**PODERES:** Para requerer o seguro DPVAT por GENILSON SILVA DA COSTA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, na sua conta corrente de nº 51.685-6 e agência 2903-3, Banco do Brasil, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

SOBRAL- CE, 29 DE MARÇO DE 2016.

*Genilson Silva da Costa*  
**GENILSON SILVA DA COSTA**  
Cédula de identidade nº 2006031023843

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.  
08 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA

CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A.  
21 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA

