



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Meruoca  
Processo: 00665031920198060123  
Classe do Processo: Contestação  
Data/Hora: 03/05/2023 14:40:14

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do  
Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2881661\_CONTESTACAO\_0  
1 - 1-15.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 10-18.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 19-20.pdf  
Documentação: 2881661\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 1-25.pdf  
Documentação: 2881661\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 26-54.pdf  
Documentação: 2881661\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 55-67.pdf  
Documentação: 2881661\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 68-76.pdf  
Documentação: 2881661\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 77-92.pdf  
Documentação: 2881661\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 93-95.pdf  
Procuração/Substabeleciment  
o: SUBSTABELECIMENTO\_SU  
PERVISA0\_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

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

Vítima: 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 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) 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

21 AGO. 2017

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

Demostativo 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: 06A304

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 0,00  
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  
Ag00458ma012445000021503051910  
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  
Ag00458ma01244500003319051855  
SALDO TOTAL 390,00

Demostativo 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 + 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 / 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 + 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 BOC: 237 ACP: 00458 CTA: 0490869-4 SAQUE C/C BDN: 22444216 A900158mao1244sc0021003051910 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 A900158mao1244sc0030319051855	590,00 990,00
	SALDO TOTAL	990,00

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.

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.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** Luciano Campele Alves  
**LUCIANO CAMPELO ALVES - MAT.: 300062-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :** Genilson Silva da Costa  
**GENILSON SILVA DA COSTA - MAT.: 300062-1-6**

**VISTO DO DELEGADO(A) :** Marciliano de Oliveira Ribeiro  
**MARCILIANO DE OLIVEIRA RIBEIRO - MAT.: 198753-1-8**

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 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 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 Campele Alves  
LUCIANO CAMPELO ALVES - MAT.: 300062-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Genilson Silva da Costa DPVAT - CTBA

VISTO DO DELEGADO(A) : Marciliano de Oliveira Ribeiro  
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

*jurubaca*

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

## HDA DO ACOLHIMENTO:

Pac 26 anos; relato colisão moto/moto; em 2 dias, refere alg.  
dominância; apresenta lesão com perda de substância na 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
- 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
- Outros
- Ofício

LOCAL DO ACIDENTE: Proberto Viana

**CONTÁBIL - 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



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.

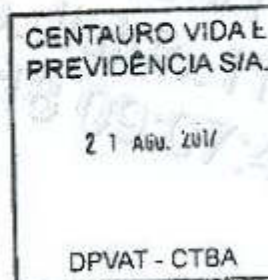
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 quemadura

CONDUTA: medicação

DIAGNOSTICO: Queimadura 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

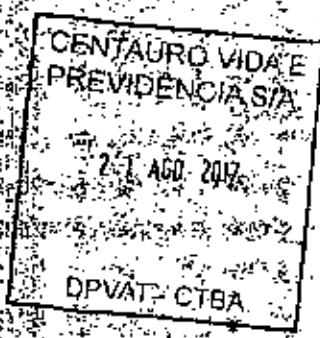
OBSERVAÇÃO: DESTINO

- 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 onde o paciente está sendo encaminhado para receber o tratamento.

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: 61200-000

*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

*Manoela*  
 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 USG

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

### TIPO DE ACIDENTE:

- Acidente c/ objetos corte-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 Jayaram





# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Nome: GUILHERME SILVA  
 End.: RUA FRANCISCO  
 DISTRITO: MEXILIBÃO - 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 pedos 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 MTD

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

Atividade de Saúde  
 ORIGINAL  
 Análise e Homologação  
 COORDENADOR





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GENILSON SILVA DA COSTA

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

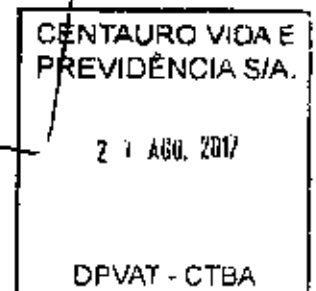
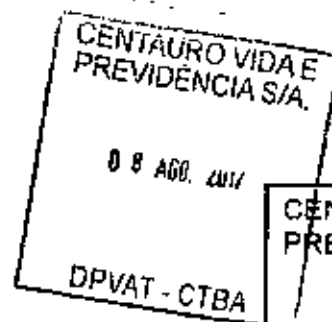
CPF nº 033.817.503-21, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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	acompr.pprocessos.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**  
**4507280-3**

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 cadastrado  
 em nome próprio no sistema de  
 atendimento ao consumidor.

**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: Fevereiro/2016  
 Próxima Letura: 29/02/2016  
**PERÍODO DE FATOR DE POTÊNCIA**  
 Mês de Referência: Fevereiro/2016  
 Valor: 10,00

Classificação	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Consumo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	7,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OSMIC	0,69				6,15	

**INFORMAÇÕES SOBRE O VALOR DE CONSUMO**

Mês	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
12/2015	1,25	55	0,60	50	0,60	50
01/2016	1,25	55	0,60	50	0,60	50

**VALOR CONSUMO DO MÊS:** 37,30  
**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	11,70
Imposto	0,00
Outros	0,00
TOTAL	11,70

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Mês	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
12/15	52	55	50	50	50	50
01/16	52	55	50	50	50	50

**COMISSÃO DE EMISSÃO DE CONTAS**

Comissão	Valor
Comissão de Emissão de Contas	23,77
Comissão de Emissão de Contas	0,00
Comissão de Emissão de Contas	0,00

**Informações importantes e avisos de vencimento**  
 Para acessar o canal WhatsApp e ver todas as informações  
 e atualizações, basta acessar o número de acesso  
 através do aplicativo.

NO FIN POSSUI O COLETA LÍQUIDA POR DATACAST-LEIA O MANUAL DO USUÁRIO  
 desta prestação R\$ 1,25 referente a PIS e COFINS.

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

CENTAURO VIDA E  
 PREVIDÊNCIA S/A  
 21 AGR 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

62010-560



SOBRAL CE

ASL-0323885717  
gustavo.districto740  
01/06/2018 09:18



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 SMALIDADEZ 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

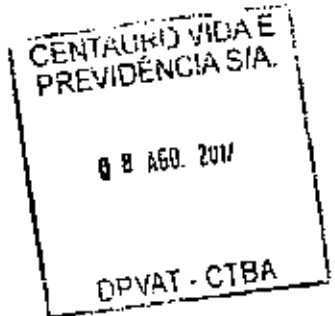
Eu, Françisco Genilson Cavalcante Xavier  
 RG nº 26292590.2, data de expedição 05/08/2018  
 Órgão SE, portador do CPF nº 374959021-15, com  
 domicílio na cidade de MERUOCA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
AV. CARLOS DAVI, nº 420,  
 complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob 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: MONDRIJXRSO BRAS ES  
 Ano: 2012  
 Placa: Q303263/CE  
 Chassi: 922RDOSSOCR551028  
 Data do Acidente: 11/07/2015  
 Local e Data: MERUOCA, 28.04.16

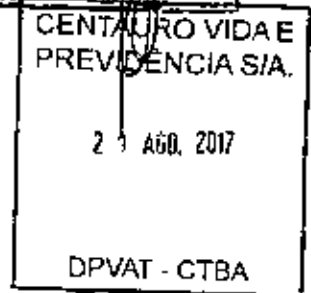


Françisco G. C. Xavier  
 Assinatura do Declarante

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



PINHEIRO MORAIS R. José Laureano, 34 - Meruoca/CE	Redondego a(s) <u>Partes</u> de <u>françisco Genilson Cavalcante Xavier</u>
	R\$ por autenticação por <u>semelhança</u> e dou Fé. Em Lesimunho <u>de verdade</u> Meruoca/CE <u>de</u> <u>2016</u>
	<input type="checkbox"/> Karina Ribeiro Pinheiro Moraes - Médica
	<input type="checkbox"/> Marcus Paulo Rodrigues Moraes - Substituto
<input type="checkbox"/> Merleir B. Gomes Gerinudes - Substituto	
<input type="checkbox"/> Francisco de Rocha Sousa - Escrivão	



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 Carmine Xavier e Genilson Silva da Costa  
por autenticidade ( ) por semelhança e dou Fé.  
Em testemunho ( ) da 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-Escrevente



# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGI

Aten: 5213128 Dt. Atende: 13/07/2015 - 12:22  
 Reg. de Emerg: 49403 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

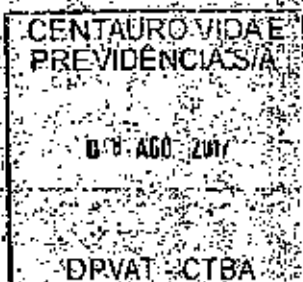
HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 12:00

## 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

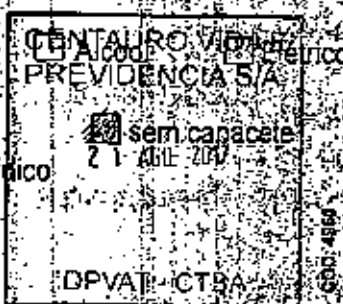
## HDA DO ACOLHIMENTO:

Pa: 26 anos; relata dor no abdômen, em 2 dias, após algum, diarréias, apresenta urina com perda de substâncias na urina;

PA: 1 PULSO: 70 FR: 18 TEMP: 36,5 PESO: 55

## 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



LOCAL DO ACIDENTE: Reserva Viana 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  
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: 2/2/1989 Idosa: 26a Sm 29d  
 Mãe: EXPEDITA SILVA DA COSTA Car: PAROÁ  
 Pai: PAULO BERNARDO DA COSTA CNS: 662002991526972  
 E. Civil: SOLTEIRO  
 Endereço: SAO FRANCISCO J. 9  
 Bairro: DISTRITO CEP: 62120-000  
 Cidade: MERUOCA UF: CE  
 Fone: 394867465

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  
 CAVE  
 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: I20 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 - Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do estabelecimento de Saúde:
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
CNS: 3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente:
ATENÇÃO: 423294 - DT. ATEND.: 2/8/2015 - 11:05
MATERIA: 669818 - NASCIMENTO: 2/2/1989
NOME: GENILSON SILVA DA COSTA
MAE: EXPEDITA SILVA DA COSTA
CPF: 085 863003991526974 SUSFACIL:
ENDER: SAO FRANCISCO 0
BAIRRO: DISTRITO - PERUCCA - CE - CEP: 62130000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

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

ELETIVA

As Acima
Anamnese e Exame Físico

apresenta perda cutânea em perna direita
L97

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirurgico Enxerto de Pele Total
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 014 0 1 0 2 0 0 3 7
29 - CENICA
30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO
32 - Nº DOCUMENTO DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
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
CREMEC: 5430

PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

ACIDENTE DE TRÁNSITO
ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO
48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
EMPREGADO
EMPRESADOR
ACIONÁRIO
DESEMPREGADO
APOIADO
NÃO SEQUENCIADO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Bruno Tevesz Silva
47 - COD. ORGÃO EMISSOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 08/AGO/2015
51 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
CENTRO DE ESPECIALIZADO
MEDICINA - DEMASUS - SOBRAL

08/AGO/2015
DPVAT - CTBA

CPE 002288.084-67
CRM 13275



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



Secretaria de Saúde

**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 da 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: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Encaminhamento - Nº registro: \_\_\_\_\_ Data: 28/07/15  
 Maria de Jesus Gomes  
 Diretora de Divisão  
 Marcação de Consulta: \_\_\_\_\_  
 CPF: 657.889.122-13  
 Sec. Municipal de Saúde

**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 Ata: 03-1081-15

Resumo Clínico Cirúrgico: Paciente submetido a procedimento cirúrgico  
 Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Principal: Arterio esclerose com márc esquerda  
 Proposta de Conduta p/seguinte: \_\_\_\_\_  
 O problema justificou a referência? Sim  Não  O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim  Não   
 Assinatura do encaminhamento - Nº Registro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Carimbo: \_\_\_\_\_  
 ANTONIO ANASTÁO MOURA  
 Médico  
 CRM-CE: 5430  
 CANTAURO V. E  
 PREVIDÊNCIA S/A.  
 08 AGO. 2017  
 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:** 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 PILELE 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*  
**Andréia 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 - PERUCCA -CE- CEP: 62130000  
 12- NOME DO PACIENTE: 8- Nº DO PRONTUÁRIO:  
 13- NOME DO PACIENTE: NASCIMENTO: 2/1989  
 14- NOME DO PACIENTE: 9- SEXO: M  
 15- NOME DO PACIENTE: 10- RACIA/COR:  
 16- NOME DO PACIENTE: 12- TELEFONE DE CONTATO:  
 17- NOME DO PACIENTE: 14- TELEFONE DE CONTATO:  
 18- NOME DO PACIENTE: 17 DO TELEFONE:  
 19- NOME DO PACIENTE: 17- COLOQUE MUNICÍPIO:  
 20- NOME DO PACIENTE: 18- UF:  
 21- NOME DO PACIENTE: 19- CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20- PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS: Paciente apresenta perda de substância cutânea em perna direita, necessita de tratamento cirúrgico de enxerto de pele total.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: As Acima

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): Anamnese + Exame Físico

23- DIAGNÓSTICO INICIAL: apresenta perda cutânea em perna direita

24- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: L97.3

25- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Antonio Agostinho Moura

26- DATA DA EDUCAÇÃO: 23/07/2014

27- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Antonio Agostinho Moura

28- NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico Enxerto de Pele Total

29- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0 0 4 0 1 0 2 0 0 3 7

30- CLÍNICA: 31- CARATERES DA INTERNAÇÃO: 32- Nº DOCUMENTO (INSCRIÇÃO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 2 1 8 5 7 0 6 2 3 7 2 0

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Antonio Agostinho Moura

34- DATA DA EDUCAÇÃO: 23/07/2014

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Antonio Agostinho Moura

PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- ACIDENTE DE TRÂNSITO:  ACIDENTE TRABALHADO:  ACIDENTE TRABALHO-TRÂNSITO:  ACIDENTE COM A PREVIDÊNCIA:

37- CNPJ DA SEGURADORA: 38- Nº DO BILHETE: 39- SÉRIE: 40- CNPJ EMPRESA: 41- CNPJ DA EMPRESA: 42- CBO: 43- EMPREGADO:  EMPREGADOR:  AUTÔNOMO:  DESM. LEGAD.:  PRECATORIO:  NÃO SEGURADO:

AUTORIZAÇÃO

44- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 45- Nº DO ORGÃO EMISSOR: 46- Nº DO DOCUMENTO (INSCRIÇÃO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47- DATA DA AUTORIZAÇÃO: 48- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CENTRO DE PREVIDÊNCIA S/A  
 B B A60 - 2017

SERVIÇO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
 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
00020752NEOCLAMINA 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:

Equipamento	Quant. Utilizada
0003 OXIMETRO	001
0016 TENSIONMETRO	001
0024 TAXA DE SALA PORTE 2	001

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

Compom = 03.

Maselema 30g = 01

Comp - 05

Cloxacilina - 80ml.

P. Trovato - 98ml.

Esparachupa - 70cm.

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

CIRURGIA REALIZADA: Amputação de membro inferior direito  
 CIRURGIÃO: Dr. Roberto 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	0	15	30	45	P. ARTERIAL	DIABTÓLICA SISTÓLICA	ECG	POX. PULSO		

CENTAURVIDA E PREVIDÊNCIA SIA  
 02 AGO 2017  
 DPVAT - CTBA

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

ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOQ. PLEXO  BLOQ. NERVOS  OUTROS

TÉCNICA: RAQUIDIANA 24115 et. M. 160  
01 ml de Bupivacaína 0,5% em solução

LÍQUIDOS	VOLUME (ml)	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO AEE ANESTÉSICO	
GLICOSE		1 <u>Bupivacaína 0,5% 15ml</u>	6
NaCl		2 <u>NaCl 0,9% 10ml</u>	7
SANGUE		3 <u>Soro fisiológico 10ml</u>	8
RINGER		4 <u></u>	9
TOTAL		5 <u></u>	10

CENTAURVIDA E PREVIDÊNCIA SIA  
 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

ORIGINAL DE - 08/10/2015



PRESERITADO: 147664 DATA: 02/05/2015  
USUÁRIO: AROSTINO  
ATENDIMENTO: 422084 UN. Nº: 221007 (284)  
CONVÊNIO: SUS - SUS  
PACIENTE: ANTONIO ROBERTO DA SILVA  
PESO: 60,00 kg  
INTERVALO: 02/05/2015 (10:00) (10:00)  
MÉDICO: ANTONIO ROBERTO DA SILVA  
UNID. ORÇ.: 01 UNIDADE  
CID.: I77 - CERA DURA EM BROS INFECÇÕES INFILTRADA EM OUTRA PARTE  
DIAGNÓSTICO:  
PROTÓCOLO:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Matric. do Médico

CLASSIFICAÇÃO MÉDICA

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

RESERVAÇÃO MÉDICA

DATA  
DIA/MÊS/ANO

Unidade: 01 Apl. Frequência: 1x/dia Horário: 10:00

PRECEDENTES DE SUSCITAÇÃO  
SINAIS VITAIS

Unidade: 01 Apl. Frequência: 1x/dia Horário: 10:00

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

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  
211 460 207  
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  
CREMED 5230

Jaimepon Silva de -372



# PRÉFEITURA MUNICIPAL DE MERUOCA

## SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL CHAGAS BARRETO



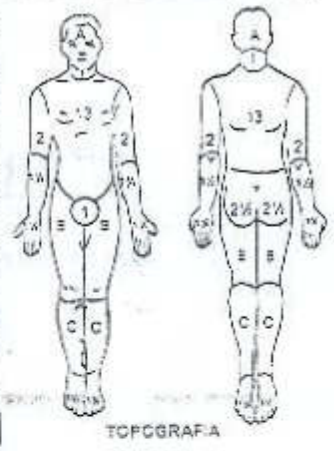
### REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**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 punho direito e lesões 2 em 11-577.

Tratado com 31 de compressão para melhor avaliação.

**EXAMES COMPLEMENTARES**

1 <input type="checkbox"/> RAIO X	2 <input type="checkbox"/> ULTRASON	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**

Lesão punho

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

Assinado - OM  
MÉDICO  
14 MAIO 2018

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

\_\_\_\_\_

**DPVAT/CTBA**

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

14/05/18 10:15  
DATA HORA

MULTI GRÁFICA (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 + inchaço associados 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 de 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.: 544848 Dt. Rec: 02/02/1969  
Nome: GEMILSON 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 cortos-cotusos
- 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 Jayarod





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 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: [Assinatura] Data: 13.07.15 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. 2015  
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	11 - NASCIMENTO: 02/1989	12 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	13 - RACIA: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N
12 - MATRI.: 664818 NASCIMENTO.: 2/2/1989	14 - TELEFONE DE CONTATO	15 - TELEFONE DE CONTATO	16 - TELEFONE
13 - NOME...: GENILSON SILVA DA COSTA	17 - CID: 62130000	18 - UF	19 - CEP
14 - MAE...: EXPEDITA SILVA DA COSTA			
15 - CPF...: ...: ONS: 858003991526774 SUFACIL:			
16 - ENDER.: SAO FRANCISCO 0			
17 - BAIRRO: DISTRITO - MERUCA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DESCRITOS

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

**UAMA CASA DE SAUDE**  
**CONFERE COM O ORIGINAL**  
*Andreia R. Montenegro*  
 COORDENADORA

**ELETIVA**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)
As Acima	

23 - ANAMNESE E EXAME FISICO

24 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CODIGO DO PROCEDIMENTO
Tratamento Cirurgico Enxerto de Pele Total	0 1 4 0 1 0 2 0 0 3 7

26 - CENICA	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N.º DOCUMENTO ORIGINAL DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CENTRO	
Antonio Agostinho Moura	23/07/2014	<i>Antonio Agostinho Moura</i> CREMEC: 5430 Cirurgião Plástico	

33 - PRÉENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)			
34 - ACIDENTE DE TRÁFEGO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - ACIDENTE DE TRÁFEGO DE VEÍCULO	37 - VINCULO COM A PREVIDENCIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 - CATEGORIA DA SEGURADORA	39 - CATEGORIA DA EMPRESA	40 - Nº DO SUSELTA	41 - SÉRIE
42 - Nº DO EMPREGADO	43 - CNES DA EMPRESA	44 - CNES	45 - CNES
<input type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO
<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CID, ORGÃO EMISSOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO INTERNA HOSPITALAR
			Dr. Bruno Teixeira Lima Médico Assistente - Dependente - Sobral
49 - Nº DOCUMENTO (RG/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	50 - Nº DO DOCUMENTO (RG/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	51 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CENTRO	
		<i>Antonio Agostinho Moura</i> JUL 2015	
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	53 - Nº DO DOCUMENTO (RG/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	54 - Nº DO DOCUMENTO (RG/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	

08 AGR 2017  
 DPVAT - CTBA

CPF: 002.288.583-67  
 CRM 13275



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.: 02/02/1989 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: 02/10/15

Resumo Clínico Cirúrgico: Paciente submetido a procedimento cirúrgico  
Resultado de Exames: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Principal: Lesão tendinea em mão esquerda  
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 - Nº Registro: Antônio Agostinho Moura Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Carimbo: \_\_\_\_\_  
ANTÔNIO AGOSTINHO MOURA  
Médico  
CRM-EC: 5430  
CENTAURO V. E  
PREVIDÊNCIA S/A.  
08 AGO. 2015  
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. de 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 DIAGNÓSTICO (SEM) CMAS CLÍNICOS: **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 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Antônio Agostinho Moura** 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **23/07/2014** 35 - ASSINATURA ESCRITO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **Antônio Agostinho Moura CRM: 5430**

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

37 - CIPJ DA SEGURADORA: \_\_\_\_\_ 38 - Nº DO BILHETE: \_\_\_\_\_ 39 - CRIE: \_\_\_\_\_  
 40 - CNPJ EMPRESA: \_\_\_\_\_ 41 - CNIE DA EMPRESA: \_\_\_\_\_ 42 - COOP: \_\_\_\_\_  
 43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:  
 EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESV. REGAD.  PRESENTADO  NÃO SEGURADO.

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_ 46 - Nº DO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ 47 - Nº DO DOCUMENTO (CASC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_  
 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_ 49 - ASSINATURA ESCRITO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): \_\_\_\_\_

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

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



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  
Ass. de 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

Rua 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 Início: 19:05 Hr Término: 20:30

CIRURGIA

0401020037 ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL  
 Anestesia: 05 BLOQUEIO RARUI

EQUIPE MEDICA

CIRURGIÃO 00000011 ANTONIO AGOSTINHO NOURA  
 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
00000789DINHORF 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

CONFERE COM O ORIGINAL  
 Andreia R. Montenegro  
 COORDENADORA

001  
 001  
 001

CENTAURIO VID. E PREVIDENCIA S/A.

08 AGO. 2015

DPVAT - CTBA

Compom = 03.

Usoelma 39g = 01

Comp - 05

Cloroxidina - 80ml.

A. tuchelo - 98ml.

Esporoachapo - 70cm.





PRESCRIÇÃO: 1176344 DATA: 02/05/2015 11:26  
USUARIO: AGOSTINHO  
ATENÇÃO: 422243 DT NASC: 17/02/1969 (46 ANOS)  
CONVÊNIO: SUS - SIA  
PACIENTE: ANTONIO APOSTOLINO MOURA DA COSTA  
PES: 65,00 ALT: 1,70 CATEG: UNICA  
INTERVALO: 02/05/2015 11:03 (11:03) (11:03)  
M.DICO: ANTONIO APOSTOLINO MOURA - SERVIÇO DE BUROCRACIA PLASTICA REPARAO  
UNID. INT: 01 ONCOLOGIA - N.º 1122 - ONCOLOGIA - CONCERTINA DEFERENTE  
CID: J07.1 CERRADO DE NEVROS 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)

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

Antonio Apostolino Moura  
Médico  
CREMEC 5423

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

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO - SERVIÇO DE BUROCRACIA PLASTICA REPARAO





SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SIQUEIRA  
M. 200 - Sistema de Gerenciamento da Unidade  
- Redistribuição de Prescrições Medicadas

PRESCRIÇÃO: 1411979 - Data: 02/08/2015 08:19  
USUÁRIO: AUGUSTINHO  
ATENDIMENTO: 423294 - DT INSC: 02/08/1987 - (CASA DE SA) (100)  
CONVENIO: SUS - SIM  
PACIENTE: 66408 - GENESOM SILVA DA COSTA  
FESQ: ALTRA - SUP. COEFORCA  
INTERVALO: 02/08/2015 11:00 - 02 DIAS (E) INY  
M. 9100 - ANTONIO AGOSTINHO JOURN - SERVIÇO: CIRURGIA PLÁSTICA REPARAD  
UNID. INT.: OF. ONCOLOGIA - LEITO: 108 - ONCOLOGIA COBERTURA: ENFERMARI  
CID: L97 - CERA DENTÁRIOS INFERIORES NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE  
DIAGNOSTICO:  
PROTÓCOLO:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Referência de Notícia

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REALIZOU PROCEDIMENTO QUIRÚRGICO DE PERIARTRITE DA  
ESCALA DE CERVICAL.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA  
1 - DIETA LIVRE

Qty Unidade: 1 SI Apl. Frequência Data Horários  
02/08 08:19

FLUIDOTERAPIA  
2 - SORO RINGER LACTADO 500 ML FRASCO 1000ML

Qty Unidade: 1 FRASCO SI Apl. Frequência Data Horários  
02/08 08:19

MEDICAMENTOS ENDÓGENOS  
3 - B.E. GEFALITINA 100MG/50ML

Qty Unidade: 1 FRASCO SI Apl. Frequência Data Horários  
02/08 08:19

Justificativa: prescrite

4 - AGUA DE RESILADA 100 ML 200ML

Qty Unidade: 2 APPL SI Apl. Frequência Data Horários  
02/08 08:19

5 - AGUA DE RESORTAVEL 200ML

Qty Unidade: 1 UNID SI Apl. Frequência Data Horários  
02/08 08:19

6 - S.S. DIFERENÇA 500 ML 1 UNID

Qty Unidade: 1 UNID SI Apl. Frequência Data Horários  
02/08 08:19

7 - AGUA DE RESILADA 100 ML 200ML

Qty Unidade: 1 UNID SI Apl. Frequência Data Horários  
02/08 08:19

8 - S.S. DIFERENÇA 500 ML 1 UNID

Qty Unidade: 1 UNID SI Apl. Frequência Data Horários  
02/08 08:19

PROCDIMENTOS DE ESPECIALIDADE  
9 - SINAIS VITALIS 100 ML 1 UNID

Qty Unidade: 1 UNID SI Apl. Frequência Data Horários  
02/08 08:19

CENTAURUS VIDA E  
PREVIDENCIA S/A

02/08/2015

DPVAT - CTBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

*[Handwritten Signature]*

Augusto Augusto Moura  
Médico  
CREMEO 5430







SANTA CASA DE MISERICÓRDIA 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

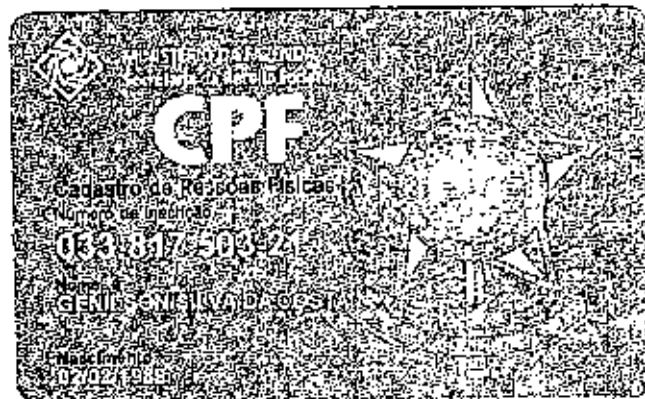
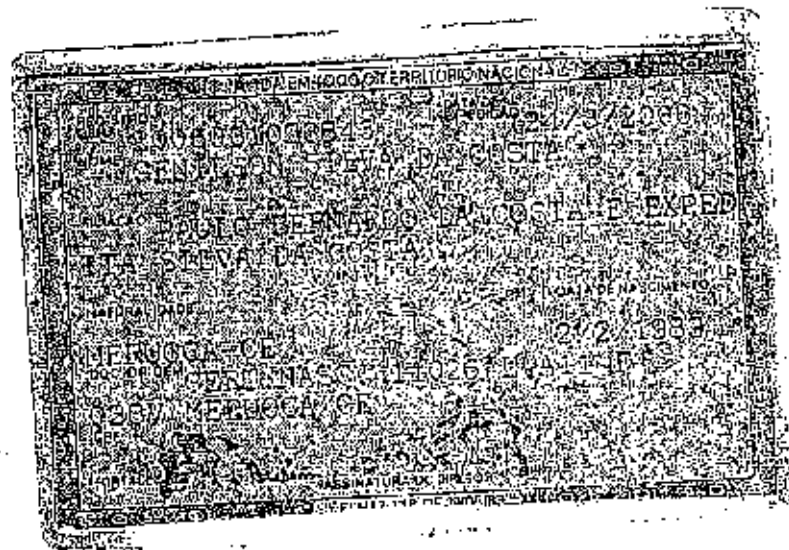
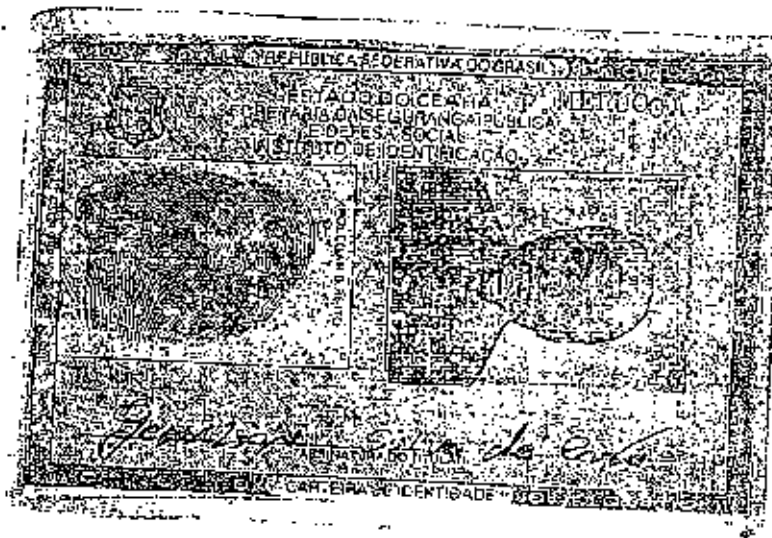
Antônio Agostinho Moura  
Médico  
CRM: 5330

DPVAT - CTBA

DATA: 22/08/2015

Hora:

Ass./CRM:



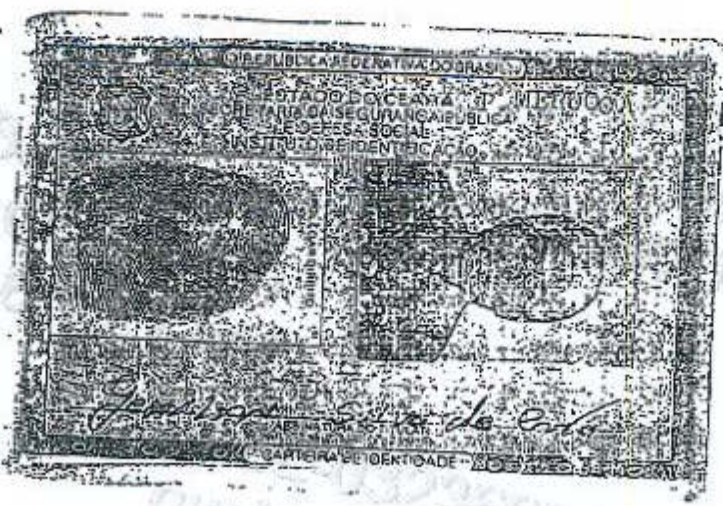
033.84.503-21

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

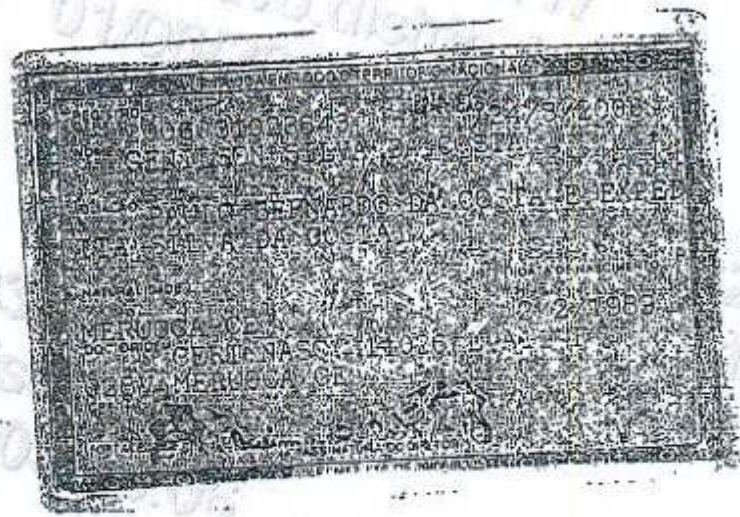
CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 AGO. 2017  
DPVAT - CTBA



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



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. SOBRAF. MOTOS VEICULOS LTDA

NERUGOCA 05/05/2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DETRAN - 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.dpvatseguroedetransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 023 1203

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

PLACA 14895610000147

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

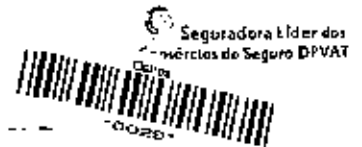
CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A. DPVAT - CTBA  
21 ABR. 2017  
DPVAT - CTBA

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).

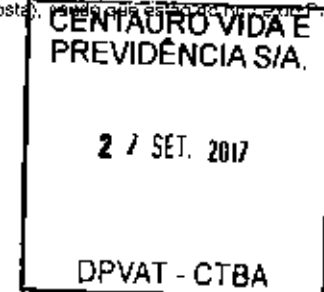
26/01/2017 11:25:39 CTBA MICHEL Processo c/ pendência documental

**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)



**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, FRANCISCO 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  
 vítima 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

Francisco A. C. Xavier  
 Assinatura do Declarante



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



<b>PINHEIRO MORAIS</b> <small>Ofício de Notas e Registros</small> <small>R. José Lapiano, 34 - Alameda ACE</small>	Reconheço a(s) firma(s) de <u>Francisco Genilson Xavier</u>
	At por autenticidade - <u>1</u> - e semelhança e dou Fé.
	Em testemunho <u>1</u> da verdade
	Merموca/Ce, <u>28</u> de <u>abril</u> de <u>2016</u>
	Karina Ribeiro Pinheiro Moraes - Titular Marcus Paulo Rodrigues Moraes - Substituto Marlene Gomes Gertrudes-Substituto Francisco da Rocha Souza-Substituto





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

**CENTAURO - ON**

14 MAIO 2018

**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 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, 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

RECONHECIMENTO DE FIRMAS

Reconheço as Firmas (s) de: *Genilson Silva da Costa* Autenticado

Nome: *Genilson Silva da Costa* Sobral - CE

21 SET 2017

Em Testemunho de Verdade:

DR. ILDEFONSO CHALCANTO DE ALMEIDA - Substituto

MARIA APARECIDA SILVA - Substituto

RITA DE CÁSSIA SÁBIO COSTA - Substituto

CO 2006031023843

PLA 02

RECONHECIMENTO DE FIRMAS

CG064123

150

CONFIRMADO - CM

14 MAIO 2018

DPVAT/CTBA



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>	Autenticidade
	Em Testemunha de: <u>Edison Almeida</u>	Data: Fe. <u>21 SET 2017</u>
<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



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, 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

Recebi em (s) Firms (s) de: Genilson Silva da Costa Autenticado  
 Local: Sobral - CE Des. Fé.  
 21 SET 2017 Sobral - CE  
 Em Testemunho: [Assinatura] da verdade.  
 Gel. ILDEFONSO CARVALHO DE ALMEIDA - Titular  
 MARIA APARECIDA SILVA - Substituto  
 RITA DE CÁSSIA GABRIEL COSTA - Substituto