

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210156800

Vítima: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000001

Conta: 000093426114-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 079.000.433-06 4 - Nome completo da vítima: ANDERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO

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

5 - Nome completo: ANDERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO 6 - CPF: 079.000.433-06
7 - Profissão: RECLUSO-ME 8 - Endereço: RUA: JOANA PEREIRA 9 - Número: 60 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM PARAIBA 12 - Cidade: NOVA OLINDA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63165-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8599909-1667

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: NUBANK
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 93A26L14 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOVA OLINDA - CE 26/05/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Impresso nº 2021579930

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 2725 / 2021****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/05/2021 11:34:53**
Data / Hora da Ocorrência: **03/02/2019 20:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE-166 - RODOVIA SANTANA DO CARIRI - NOVA OLINDA/CE**
Ponto de Referência: **BORRACHARIA CENTRAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ADERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO**
Nascimento: **18/03/1999** CPF: _____
RG: **20160918027** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
Filiação: **CICERA EDILANIA ALVES DA SILVA**
ADERSON SEBASTIÃO MENDES
Endereço: **RUA AVELINO FEITOSA, 871**
Bairro: **CRUZEIRO** CEP: _____
Município: **NOVA OLINDA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: _____
Email: _____

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **KHZ5950** Uf: **CE** Município: **NOVA OLINDA** Chassi: **9BWZZZ30ZLT076513** Renavam: **176253416** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **VW/GOL CL** Ano Fabricação: **1990** Ano Modelo: **1990** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **JOAO JACINTO CORREIA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma que por volta das 20h30 do dia 03.02.2019, conduzia o veículo GOL de placas: KHZ5950 nas rodovia CE-166, Rodovia Santana do Cariri, proximidades da Borracharia Central, vindo a perder o controle de direção ao bater no meio fio, causando capotamento do veículo; QUE foi socorrido por populares para o hospital de Nova Olinda com fratura de punho; QUE foi submetido a procedimento cirúrgico; QUE não é habilitado. E nada mais disse

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DE PAULA VIANA FILHO - MAT.: 139247-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO(A) DELEGADO(A):****LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-1-X**

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 079.000.433-06 4 - Nome completo da vítima: ANDERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO

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

5 - Nome completo: ANDERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO 6 - CPF: 079.000.433-06
7 - Profissão: RECUSO-NE 8 - Endereço: RUA: JOANA PEREIRA 9 - Número: 60 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM PARAIBA 12 - Cidade: NOVA OLINDA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63165-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8599909-1667

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: NUBANK
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 93A26L14 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOVA OLINDA - CE 26/05/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

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

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321015680001

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000093426114

Número da Autenticação

00F5680161A83527

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA	TIPO DE FORNECIMENTO
B1 RESIDENCIAL Residencial Pleno - N0010U01 - 885600 - 3806542-CPN-308	Monofásico
ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO RU JOANA PEREIRA, 00000, PISSARREIRA, 63165-000, NOVA OLINDA	3565865
CELEST. B. 10. 191 1000 1.444.001.100 2220 1.344.000.000 1.000.000.000	41414766

05/2021	10/06/2021	R\$ 66,14
---------	------------	-----------

INFORMAÇÕES FISCAIS

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica-Modelo 6
HASHCODE: 5C0C.C09E.4E90.7578.4452.9128.B534.3818
NOTA FISCAL Nº 112756554 - SÉRIE: ÚNICA
DATA DE EMISSÃO: 17/05/2021
DATA DE APRESENTAÇÃO: 17/05/2021
CFOP 5258: Venda de en. elétrica a não contribuinte
CPF/CNPJ Cliente: 079.000.433-06 INSC. EST: ISENT0

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 16/04 - 30/04 Vermelha : 01/05 - 17/05

Informamos que a tarifa da Enel Ceará foi reajustada, em média de 8,95%, por meio da Resolução Homologatória ANEEL nº 2859/2021, a qual possui vigência de 22/04/2021 a 21/04/2022.

Informações: www.enel.com.br

Por determinação da Aneel, a bandeira tarifária em vigor para MAIO/21 é a VERMELHA PATAMAR 1, deixando a energia mais cara. Para minimizar o impacto no valor da conta, Fique atento ao consumo de energia. Confira dicas de economia em [enel.com.br](http://www.enel.com.br)

DATAS DE LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
	15/04/2021	17/05/2021	32	16/06/2021

Descrição	Tarifa	Valor (R\$)
ADICIONAL BAND. ANARELA	0,00851	0,57
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03164	2,12
CIP - ILUM PUB PREF MUNICIPAL	-	4,48
CONSUMO	0,84493	56,61
MULTA	-	2,36
SUBTOTAL FATURAMENTO:		59,30
SUBTOTAL OUTROS:		6,84
TOTAL:		66,14

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO E CONSUMO NO PERÍODO								
Nº Medidor	P. Referência	Data Leit.	Leitura	Data Leit.	Leitura	Fator	Consumo	Unid.
2006343	C&W J&W 89	01.10.00	11.040	17.04.01	11.279	1	6.239	m³

[illegible]

DADOS DE INSCRIÇÃO						
300542	CEB	000000	000000	11	17	17-4-9
Tipo de Faltas: 010 - Exat. PER - Pontu. de 00000000 MEM - sistema falhou						

NOTIFICACAO DE PAGAMENTO DE CONTAS VENCIDAS					
ESTA ÚNICA COMUNICAÇÃO DEVE SER A ÚNICA E ÚNICA PARA O DEBÍTORE POR LIMITES A PARTIR DE 02-06-2021. NÃO SE APLICAM NORMAS E/OU DECRETOS DE REAJUSTES, O DEBÍTORE DEVE RELACIONAR CONTRATOS, FÓRTELA COMPROVADA EM 2 CÍDULAS DE PAGAMENTOS JÁ EM PAGAMENTO DE PUNTIÇAMENTO, CONTAR DE DEBÍTORE, EDITOR, SUJEITO A COMPROVAÇÃO, ONDE SE TEMO O ESTADO O PAGAMENTO, DESCONTABILIDADE.					
PERÍODO	DATA VENC.	PERÍODO	DATA VENC.	PERÍODO	DATA VENC.
04-2021	05-12	05-2021	06-04	06-2021	07-08
01-2021	01-01	02-2021	03-03	03-2021	03-03

NOME: **JOÃO DOMINGOS FERREIRA DA SILVA** EM VILA RUA BEGON
 PREFEITURA MUNICIPAL: **NOVA OLINDA**

**Cagece**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de inscrição:

022527508

DADOS DO CLIENTE

MARIA REGILANIA F ALENCAR

RUA JOAO ZACARIAS ANDRIM, 56, LINDEIRO
JUAZEIRO - CEP: 63030-085

Codificação: 021.010.0080.0064.0000.00.00

Padrão do imóvel: REGULAR

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço:

Medidor:

Leitura Anterior:

Leitura Atual:

Volumen(m³):

Média Semestral:

ÁGUA

A20F313684

12

20

8

7

DATAS

Leitura atual: 26/04/2021

Emissão: 26/04/2021

Lacre água: 5083505

Leitura anterior: 26/03/2021

Próxima leitura: 26/05/2021

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
No de amostras	067	067	067	067	067
Exigidas	067	067	067	067	067
Analisadas	081	081	081	081	081
Em conformidade	081	081	080	080	081

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

JURGS DE 0,033% AO DIA

MULTA DE 2%

Valor (R\$)

31,80

0,37

0,64

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano

Água (m³)

Exigido (m³)

abr/20

11

0

mai/20

11

0

jun/20

9

0

jul/20

8

0

ago/20

8

0

set/20

9

0

out/20

9

0

nov/20

7

0

dez/20

9

0

jan/21

8

0

fev/21

7

0

mar/21

7

0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição

Valor (R\$)

PIS

0,31

COFINS

1,56

SUBSIDIO

Descrição

Valor (R\$)

VALOR DO SERVIÇO

47,11

VALOR DO SUBSIDIO

14,30

VALOR TOTAL A PAGAR

32,81

MÊS/ANO
04/2021VENCIMENTO
07/05/2021TOTAL A PAGAR (R\$)
32,81

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

REGULACÃO DO CREDITO

Constatamos debito de R\$ 32,70. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS

AVISO DE CORTE

Consta em nossos registros, debito ate o mes 03/2021 no valor de R\$ 32,70 referente a servicos prestados pela Cagece. Caso o debito nao seja regularizado, o servico de fornecimento de agua sera cortado a partir de 30 (trinta) dias a contar do recebimento desta notificacao, conforme previsto nas Resolucoes No. 130/2010 da ARCE e 02/2006 da ACFOR. FAVOR DESCONSIDERAR ESTE AVISO CASO O DEBITO TENHA SIDO QUITADO.

**Cagece**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Valor devido

99902C31332293F - 0429 Ocrr:

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 022527508

Mes/ano: 04/2021

Vencimento: 07/05/2021

Total a pagar (R\$): 32,81

82600000000 8 32810009600 2 02252750800 0 07001622015 7





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.221.363 / 128, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ADERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.000.433 / 106

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDA da Vítima ADERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.000.433 / 106, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

Declaro Profissão: RECUSU-ME Renda: RECUSU-ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA JOÃO ZACARIAS AMORIM</u>	Número: <u>56</u>	Complemento: <u>COISA</u>
Bairro: <u>LIMOEIRO</u>	Cidade: <u>JUAREZINO DO NORTE</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>11</u>		CEP: <u>63030-085</u>
		Tel. (DDD): <u>11</u>

Local e Data: JUAREZINO DO NORTE-CE 26/05/2021

Maria Regilania Ferreira Alencar
Assinatura do Declarante



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ANA ALENCAR ALVES
LAUDO MÉDICO - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: Adriana Sales de Menezes Filho DN: 18/03/1994 Idade: _____

Sexo: M (☒) F (☐) Estado Civil: _____ Nº do Atendimento: _____

Endereço: Av. ... Nº: _____ Bairro: Centro

Cidade: Nova Olinda Estado: CE

Nº do Cartão SUS: _____

Médico(a): _____ CRM: _____

Impressão Diagnóstica: Fístula antebraço (Alergia) cateterismo de canal

Procedimento: Exc. Hospital de repouso

Soluto Rx

Tramadol 1mg + SF 0,9% 100ml, IV. 20/45

Anotações de Enfermagem: _____

SSVV: TEMP: _____ °C; PA: _____ X _____ mmHg; PESO _____ HG: _____ mg/dl; FR _____ rpm;

FC _____ bpm; BCF: _____ bpm;

Nova Olinda: 03/02/2019

Assinatura do Paciente ou Responsável: [Assinatura]

Carimbo e Assinatura do Médico

[Assinatura]
Médico
CRM: _____

DATA ATEND	03/02/2019				
PACIENTE	ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO			Nº ATEND	538829
DATA NASC	18/03/1999	IDADE	19	SEXO	MASCULINO
	20160918027	CPF	079.000.433-06		
RES	CICERA EDILANIA ALVES DA SILVA				
ENDEREÇO	RUA AVELINO FEITOSA 871 CASA			BAIRRO	CRUZEIRO
CIDADA	NOVA OLINDA	UF	CE	CEP	63165000
TELEFONE 1	8093296967	TELEFONE 2		MEDICO	ULISSES SILVA PEREIRA
PLANO DE SAÚDE	BPA SUS	PARAÍCULA	700701948458576	TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA URGÊNCIA MENOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 03/02/2019 21:06 Término da Classificação: 03/02/2019 21:05
 Classificador.....: FRANCIBERBENIA DOS SANTOS BEZERRA Coren: 310530
 Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA
 PERÍCIAS: TOLIFE
 QUEIXA: DOR EM MSE
 ORIGEM: HOSPITAL DE NOVA OLINDA
 TIPO DE CHEGADA: PRONTO ATENDIMENTO

GRUPO DE

ATENDIMENTO MÉDICO

PCT RELATA ACIDENTE DE TRANSITO, COM TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQ
 ACOM DOR E LIMITAÇÃO, SEM SINAIS DE SIND DE COMPARTIMENTO E SEM SINAIS DE EXPOSICAO

DOR E LIMITAÇÃO

RX ANTEBRAÇO ESQ AP/P

FRATURA ANTEBRAÇO ESQ

INDICADO TTD CIRURGICO

107 00176406 4
 Dr. Ulisses Silva Pereira
 Cirurgião do Ombro
 CREMOC 11917 TEOT. 14491

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável





HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEONARDO BEZERRA

DATA ATEND	25/02/2019					Nº ATEND	542836
PACIENTE	ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO					SEXO	MASCULINO
DATA NASC	18/03/1999	IDADE	19				
RG	20160918027	CPF	079.000.433-06				
MÃE	CICERA EDILANIA ALVES DA SILVA						
ENDEREÇO	RUA AVELINO FEITOSA 871 CASA					BAIRRO	CRUZEIRO
CIDADE	NOVA OLINDA	UF	CE			CEP	63165000
TELEFONE 1	88993296967	TELEFONE 2				MEDICO	ANTONIO FEITOSA NETO
PLANO DE SAÚDE	BPA SUS	MATRICULA	700701948458576			TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação:
Classificador.....
Porta de Entrada.....: 990008-RECEPCAO URGENCIA

Término da Classificação:<B046XXXX>
Coren:

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ 23 DIAS SEGUNDO O PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

FRATURA EM RADIO DISTAL

CONDIÇÃO

ORIENTAÇÃO PARA CIRURGIA

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável



DATA ATEND	11/03/2019			NR ATEND	544824
PACIENTE	ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO			SEXO	MASCULINO
DATA NASC	18/03/1999	IDADE	19		
RG	20160918027	CPF	079.000.433-06		
MÃE	CICERA EDILANIA ALVES DA SILVA				
ENDEREÇO	RUA AVELINO FEITOSA 871 CASA			BAIRRO	CRUZEIRO
CIDADE	NOVA OLINDA	UF	CE	CEP	63165000
TELEFONE 1	88993296967	TELEFONE 2		MEDICO	MARCELO PARENTE OLIVEIRA
PLANO DE SAÚDE	BPA SUS	MATRICULA	700701948458576	TIPO DE ATEND	RETORNO

PRIORIDADE CLÍNICA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação:
Classificador.....
Porta de Entrada.....: 000104-RECEPCAO ELETIVA

Término da Classificação:<B046XXX>
Coren:

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE
2ª SEMANA PÓS-OPERATÓRIO
RELATA DOR LEVE/MODERADA

FO COM BOM ASPECTO

RAIO X CONTROLE OK

CD: VPM.

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDIÇÃO
RETIRAR OS PONTOS. TALA LUVA EM NEUTRO.

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável



57191

Prontuário 134481
Internação 542859

Impresso 25/02/2019 16:00

DADOS DO PACIENTE

Paciente ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO Naso. 18/03/1999 Idade 19 Sexo M

Matrícula 700701948458576

Responsável ADERSON SEBASTIAO MENDES

FILHO

Endereço RUA AVELINO FEITOSA 871 CASA
Cidade NOVA OLINDA
Mãe CICERA EDILANIA ALVES DA SILVA
CPF 079.000.433-06
Natural CRATO
Profissão MECANICO

Bairro CRUZEIRO Cep 63165000
Telefone 88993296967994285967
Pai ANDERSON SEBASTIAO MENDES
RG 20160918027 CE SSP
Raça PARDO
Est. Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico ITALO BRITO ALENCAR ALVES
Clínica INTERN. CLINICA
Setor POSTO MASCULINO
Modaço AM03
Atento AM3.08

Data/Hora 25/02/2019 15:59
Convênio SUS INTERNADOS
Carater URGENCIA
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA
Atendente MARILENE

RESUMO DE TRATAMENTO

AD - Por e edema em
resdu

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP =

ACV 120/80 110

AR 11/40

NEUROLOGICO along. 15

ECG AO = RV =

PUPILAS

CONDUTA -

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DIAGNÓSTICO

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13180023977

ASSINATURA Alu 26-02-19

TRASNE. P/ MEDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

ad
26 / 02 / 19

Aderson S. M. Filho
Paciente/Responsável

Médico(a): 13476

ITALO BRITO ALENCAR ALVES
CRM-CE 21246
ALENCAR ALVES

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA) HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 131065
i-*a

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Data Solic.: 25/02/2019 15:31:16
Data Pr Ini: 25/02/2019 16H
Data Atend.: 25/02/2019 14:40:42

Sexo: MASCULINO
Convênio: BPA SUS
Data Pr Enc: 26/02/2019 16H
Atendimento: 542836(A)

Dt Nasc: 18/03/1999 19A 11M 7D
Prescrição: 131065

Leito:

Dietas
Item Elem Código Descrição
001 01 DIETA LIVRE

Medicações
Item Elem Código Descrição
002 01 00010103 SORO GLICOSADO 500 ML; 5% AMPOLA INJETAVEL
003 01 00010065 DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML
DILUIDA EM 8ML AD DE 06/06HS -

Dose Via Frequência Qtde Total Centro de Custo
1

Nome de Segurança Opção Comercial Dose Uni Via Frequência
SORO GLICOSADO 500 ML 1 AMP EV
DIPIRONA SODICA 4 AMP EV

Cuidados
Item Elem Código Descrição
004 01 CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

Dose Uni Via Frequência Qtde Total Saída Horários
1 ESPECIAL 1 01

Ass. Prestador: ANTONIO FEITOSA NETO (CRM 006680)
Impresso em 25/02/2019 15:31:41 pelo Usuário FEITOSA

Medicamento Administrado Por:
Horário 25.02.19

26/02/19

Dr. Manoel Brito Almeida
CRM: 1145740

Medicação Administrada Por:
Gestor CRM: 1145740
Horário 22: Data 25/02/19

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Convênio: BPA SUS

Prontuário: 134481
Médico: FEITOSA

Leito: Atend.: 542836
Data/Hora: 25/02/2019 15:33

PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA DO RADIO PARA TRATAMENTO CIRURGICO


Médico(a): ANTONIO FEITOSA NETO
CRM: 006680-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.08 Atend.: 542859
Enfermeiro(a): MARIARITA

Data/Hora: 25/02/2019 16:20

TARDE

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS E NEGA COMORBIDADES, COOPERATIVO E SEGUE ACOMODADO NO LEITO.

Maria Rita
Técnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN:551295-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.08 Atend.: 542859
Enfermeiro(a): GABRIEL

Data/Hora: 25/02/2019 20:00

NOITE

PACIENTE EM TRATAMENTO CLINICO COM DR. ITALO. HD FRATURA DE RADIO DISTAL. EVOLUI CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES. SSVV PA- 110/60 mmHg T-36,6 C MANTEM VENOCLEASE TIPO AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA. SEGUE M.C.P.M E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Gabriel
Técnico(a): GABRIEL FELIX DE MOURA SILVA
COREN:1145740-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra

FICHA DE EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario....: 134481
Enfermeiro(a): MAIRA

Leito: AM3.08 Atend.: 542859
Data/Hora: 26/02/2019 00:11

ALTA ADMINISTRATIVA.


Enfermeiro(a): MAIRA SILVA DE SAMPAIO
COREN: 279315-CE

Nome: Aderson Sebastião Mendes Filho.

Identidade: _____ Prontuário: _____

Sexo: masculino Idade: 19

Diagnóstico: _____

Solicitação: _____

Data: 25/02/19

RELATÓRIO

Conclusão: _____

normal

Dr. Adão Henrique Ribeiro Justo

CARDIOLOGISTA

CRM 435377-122.108.223-127

Médico/Cardiologista: _____

ADERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO

ID: _____

Data Nasc.: 18-Mar-1995

Sexo: Masc

25-Fev-2019 17:12:17 Freq Vent: 68 BPM

Eixos P-R-T: -10° 91° Intervalo PR: 119ms

Dur QRS: 101ms QT/QTc: 400/417ms

PR Médio: 877ms QTcB: 421ms QTcf: 417ms

25-Fev-2019 17:12:17

III

aVR

V1

II

aVL

V2

III

aVF

V3

V4

V5

V6

Paciente..... **ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO**

Pedido..... **060065355**

Médico..... **MARCEL PITA**

Origem..... **HSR**

Data Nasc..... **18/03/1999**

Convênio..... **HSR - HE**

Data da Coleta..... **25/02/2019**

Acomodação...

Hemograma Completo

Material biológico: Sangue Total/EDTA

ERITROGRAMA

Hemácias.....	4,57 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,70 g/dL
Hematócrito.....	43,70 %
Volume corpuscular médio (VCM).....	96 fL
Hemoglobina corp. média (HCM).....	30 pg
Conc. hemog. corp. média (CHCM)....	31 g/dL
RDW.....	11,20 %

Valores Referenciais

4,3 a 5,9 milhões/mm ³
13,0 a 17,5 g/dL
40 a 53 %
80 a 100 fL
26 a 34 pg
31 a 36 g/dL
10 A 15%

Método: Automatizado

LEUCOGRAMA

Leucócitos.....	8.300 /mm ³	4.500 a 11.000/mm ³
	% /mm ³ %	/mm ³
Blastos.....	0 0 0	0
Promielócitos.....	0 0 0	0
Mielócitos.....	0 0 0	0
Metamielócitos.....	0 0 0 a 1	0 a 100
Bastonetes.....	0 0 1 a 3	até 840
Segmentados.....	53 4.399 35 a 65	1.700 a 8.000
Linfócitos.....	38 3.154 20 a 40	900 a 2.900
Eosinófilos.....	4 332 2 a 5	50 a 500
Monócitos.....	5 415 3 a 8	300 a 900
Basófilos.....	0 0 0 a 1	até 200
Plaquetas.....	355.000 /mm ³	150.000 a 450.000 /mm ³

Observações..... Hemácias normocíticas e normocrômicas.

Assinado Eletronicamente por Beatriz Sousa, CRBM 6454
Assinatura Digital
008851080085355P0620190225222450038

Beatriz Sousa
Beatriz Sousa
Biomédica CRBM 6454

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Prontuário 134481
Internação 542881

Impresso 26/02/2019 00:55

54191

DADOS DO PACIENTE

Paciente ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO Nasc. 18/03/1999 Idade 19 Sexo M

Matrícula 700701948458576
FILHO

Responsável ADERSON SEBASTIAO MENDES

Endereço RUA AVELINO FEITOSA 871 CASA
Cidade NOVA OLINDA
Estado CICERA EDILANIA ALVES DA SILVA
CEP 079.000.433-06
Natural CRATO
Profissão MECANICO

Bairro CRUZEIRO Cep 63165000
Telefone 88993296967994285967
Pai ANDERSON SEBASTIAO MENDES
RG 20160918027 CE SSP
Raça PARDO
Est. Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico MARCELO PARENTE OLIVEIRA
Clínica INTERN. CIRURGICA
Setor POSTO MASCULINO
Acomodação AM03
Leito AM3.08

Data/Hora 26/02/2019 00:54
Convênio SUS INTERNADOS
Caráter ELETIVA
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA
Atendente GILVAN

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA -

*Exame físico normal sem alterações
de função de estômago*

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

AR

ABDOMEN

TELOLOGICO

AO = RV = RM =

EXFÍLOS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA - *Exame físico normal sem alterações*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO *Exame físico normal etc.*

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13150024000

TRANSF. P/ MÉDICO

ASSINATURA KAROLAYNE

CONDIÇÕES DE ALTA Curada

ALTA EM 27/02/19

x Aderson Sebastiao M. Filho
Paciente/Responsável

Médico(a): 13172 MARCELO PARENTE OLIVEIRA



HOSPITAL

São Raimundo

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PACIENTE:	ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO	REGISTRO:	
CLÍNICA:	ORTOPEDIA	DATA:	26/02/2019
CIRURGIÃO:	MARCELO PARENTE	1º. ASSISTENTE:	
2º. ASSISTENTE:		3º. ASSISTENTE:	
4º. ASSISTENTE:		INTRUMENTADOR:	TÉC. ENF. EDGLÉ E WASHINGTON
ANESTESIOLOGISTA:	Dr. JOSÉ MORAES	ANESTESIA:	
HORA INÍCIO:		HORA TÉRMINO:	
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO:	FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQ.		
CIRURGIA REALIZADA:	TRAT CIR FRAT DO RÁDIO DISTAL ESQ.		
DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:	O MESMO		
ACIDENTES:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL COM MESA PARA APOIO DO MSE SOB ANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DO MSD COM FAIXA DE ESMARCH
3. ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE VOLAR RADIAL PARA ACESSO DE HENRY
5. DISSECÇÃO POR PLANOS COM IDENTIFICAÇÃO E PROTEÇÃO DO FEIXE RADIAL
6. EXPOSIÇÃO DA FRATURA E REDUÇÃO DIRETA COM EXTREMA DIFICULDADE DEVIDO O LONGO TEMPO DE EVOLUÇÃO
7. CONTROLE FLUOROSCÓPICO
8. FIXAÇÃO DA FRATURA COM FIOS DE KIRSCHNER, UMA PLACA EM T PARA RADIO DISTAL E PARAFUSOS SOB CONTROLE FLUOROSCÓPICO
9. DRENO ASPIRATIVO
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVO
12. RETIRADA DO GARROTE
13. TALA

Marcelo Parente Oliveira
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 13112



BOLLETTINO

Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso

NOME DO PACIENTE
ADOLFO SANCHEZ ALVARO FERRAZ

DIAGNÓSTICO: Enfermidade do Aparelho Digestivo.

OPERAÇÃO
FABRIL DO PIAU 1500.

[illegible]

12/20

transfiro	—	r	or
-----------	---	---	----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible]

Journal of Management Inquiry 25(4) 391-407

[illegible]

Av. Teodorico Teles, 99 - C

Av. Teodorico Teles, 99 - Crato - CE - Fone: 3523.2600

 EcoPrint

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (REC.DICA) HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição:131126



Paciente: ADEKSON SEBASTIAO MENDES FILHO
 Data Solic.:26/02/2019 11:33:06
 Data Pr Ini:26/02/2019 11H
 Data Atend.:26/02/2019 00:54:00

Sexo: MASCULINO
 Convênio: SUS INTERNADOS
 Data Pr Enc:27/02/2019 11H
 Atendimento:542881(I)

Dt Nasc: 18/03/1999 19A 11M 8D
 Prescrição: 131126

Leito: AM3.08

Dietas
 Item Código Descrição Via Frequência Saída Horários

001 00000605 DIETA BRANDA AFÓS COMPLETA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA -

Medicações
 Item Código Descrição Dose Uni Via Frequência Qtde Total Saída Horários

002	00010102	SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETAVEL	1	FRS EV	12/12	2	ESTOQ 11	14 02 23
003	00010103	SORO GLICOSADO 500 ML; 5% AMPOLA INJETAVEL	1	AMP EV	12/12	2	ESTOQ 11	14 23
004	00010029	CEFALOSOLINA SODICA; FRASCO-PO 1GR PO DILUIR EM ÁGUA DESTILADA -	1	FRP EV	08/08	3	ESTOQ 11	16 19 03
005	00010065	DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML DILUIR EM ÁGUA DESTILADA -	1	AMP EV	06/06	4	ESTOQ 11	17 23 05
006	00010055	TRAMADOL,CLORIDRATO DE; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAV DILUIR EM SGSN 200ml -	1	AMP EV	08/08	3	ESTOQ 11	14 19 03
007	00010054	KANITIDINA; 25MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL DILUIR EM ÁGUA DESTILADA -	1	AMP EV	12/12	2	ESTOQ 11	14 02 23
008	00010019	BROMOPRIDA; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL DILUIR EM ÁGUA DESTILADA - SE NECESSÁRIO. -	1	AMP EV	08/08	3	ESTOQ	SN

Cuidados
 Item Código Descrição Frequência

009 00000639 CUIDADOS GERAIS SSVV + CCGG - PREVISÃO DE ALTA PARA AMANHÃ -

Exames
 Item Código Descrição Dose Uni Via Frequência Qtde Total Saída Horários

010 00000043 RATO X PUNHO EM AP E PERFIL CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO -

Marcelo Parana
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PR 13172

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

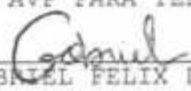
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.08 Atend.: 542881
Enfermeiro(a): GABRIEL Data/Hora: 26/02/2019 02:00

NOITE

PACIENTE PASSOU DE ALTA ADMINISTRATIVA. ADMITIDO NESTE SETOR PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO COM DR.MARCELO HD. PRÉ-OPERATÓRIO DE FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. EVOLUI CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES. SEGUE COM VENOCLEASE TIPO AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, EM DIETA ZERO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO.


Tecnico (a): GABRIEL FELIX DE MOURA SILVA
COREN:1145740-CE

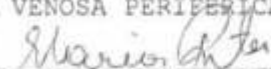
Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.08 Atend.: 542881
Enfermeiro(a): AILDA Data/Hora: 26/02/2019 10:30

ENCAMINHADO AO CC PARA PROCEDIMENTO COM DR MARCELO, RETORNANDO SOBRE EFEITO ANESTESICO, EM HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFERICA. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.


Tecnico (a): AILDA RIBEIRO SILVA
COREN:971296-CE

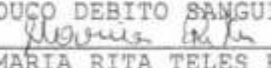
Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.08 Atend.: 542881
Enfermeiro(a): MARIARITA Data/Hora: 26/02/2019 15:00

EVOLUI EM PO DE PUNHO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. FO COM DRENO DE SUÇÃO COM POUÇO DEBITO SANGUINOLENTO. MEDICADO CPM. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.


Tecnico (a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN:551295-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.08
Enfermeiro(a): GABRIEL

Atend.: 542881
Data/Hora: 25/02/2019 05:00

NOITE

EM TEMPO PACIENTE APRESENTOU REAÇÃO ALERGICA A DIPIRONA

Tecnico(a): GABRIEL FELIX DE MOURA SILVA
COREN:1145740-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.08
Enfermeiro(a): EMERSON

Atend.: 542881
Data/Hora: 26/02/2019 21:00

CLIENTE P.O EVOLUI CONCIENTE ORIENTADO, NORMOTENSO,
AFBRIL, MCPM, MANTEM AVP P/TERAPIAS MEDICAMENTOSA,
TEM DRENO DE SUÇÃO EM F.O REALIZOU RX ANEXO AO
PRONTUARIO, SEM INTEROCRRENCIA.

P.A:120X80
T:36

Fco. Emerson Pereira de Franca
Tec. de Enfermagem
COREN 911652

Tecnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA
COREN:911652-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario: 134481
Médico: SAMIR

Leito: AM3.08 Atend.: 542881
Data/Hora: 27/02/2019 08:34

PO OSTEOSSINTESE PUNHO ESQUERDO

SEM QUEIXAS.

EF
BEG, EUPNEICO, ORIENTADO
PERFUSAO DISTAL OK

CD
ALTA COM ORIENTAÇÕES
RET AMBULATORIAL
RET PS S/N

Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16346-8

Médico(a): SAMIR SAMAAN FILHO
CRM:16346-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.08
Enfermeiro(a): AILDA

Atend.: 542881
Data/Hora: 27/02/2019 MANHÃ

PCT CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, APÓS VISITA MEDICA, REBEU ALTA HOSPITALAR DE MELHORA, RETIRADO AVP, DRENO DE SUÇÃO COM 150ML. ENTREGUE RECEITA, ATESTADO E RETORNO.

Técnico(a): AILDA RIBEIRO SILVA
COREN:971296-CE

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição:131168
Í -+d8Î

Paciente: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO
Data Solic.:27/02/2019 08:33:41
Data Pr Ini:27/02/2019 10H
Data Atend.:26/02/2019 00:54:00

Sexo: MASCULINO
Convênio: SUS INTERNADOS
Data Pr Enc:28/02/2019 10H
Atendimento:542881(1)

Dt Nasc: 18/03/1999 19A 11M 9D
Prescrição: 131168

Leito: AM3.08

Cuidados	Dose	Uní	Via	Frequência	Qtde	Total	Saida	Horários
Item Elem Código	Descrição							
001 01	ALTA HOSPITALAR							

Ass. Prestador: SAMIR SAMAN FILHO (CRM 16346)
Impresso em 27/02/2019 08:33:52 pelo Usuário SAMIR

Dr. Samir Saman F.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 15.345.114-107.6548-6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria Regilania Ferreira Alencar




POLETA/ABR/90

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF 000 000 000-00

RAIMUNDO MOREIRA DE ALENCAR E MARIA IVONETE FERREIRA ALENCAR

JUAZEIRO DO NORTE-CE

NASC. NASC. 20/11/1989

143 JUAZEIRO DO NORTE-CE

DATA DE NASCIMENTO

20/11/1989

CPF 000 000 000-00

143 JUAZEIRO DO NORTE-CE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
042.221.363-28

Nome
MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Nascimento
20/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria Regilania Ferreira Alencar




POLETA/ABR/90

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF 000 000 000-00

RAIMUNDO MOREIRA DE ALENCAR E MARIA IVONETE FERREIRA ALENCAR

JUAZEIRO DO NORTE-CE

NASC. NASC. 20/11/1989

143 JUAZEIRO DO NORTE-CE

DATA DE NASCIMENTO

20/11/1989

CPF 000 000 000-00

143 JUAZEIRO DO NORTE-CE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
042.221.363-28

Nome
MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Nascimento
20/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210156800 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.P.3,4,7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS E FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.P.9,13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: *AMD500

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210156800 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: *

Resultados terapêuticos: *

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *AMD500

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: ADERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: MECANICO
Identidade: 2016091802-7 CPF: 079.000.433-06
Endereço: R. JOANA PEREIRA 60 Bairro: PISSARRASNA
Cidade: NOVA OLINDA - CE CEP: 63165-000

Data do Acidente: 03/02/2019 Cobertura: INVALIDA

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Maria Regilania Ferreira Alencar
Nacionalidade: Juazeiro do Norte Estado Civil: Solteira
Profissão: Autônoma
Identidade: 2001029048787 CPF: 042.221.363-28
Endereço: Rua João Zacarias Amorim nº 56 Bairro: Limoeiro
Cidade: Juazeiro do Norte - CE CEP: 63.030-085

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, ADERSON SEBASTIÃO MENDES FILHO

NOVA OLINDA - CE, 26 de MAIO de 2021.

Aderson Sebastião Mendes Filho
Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126393/21

Vítima: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO

CPF: 079.000.433-06

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR : 042.221.363-28

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

ADERSON SEBASTIAO MENDES FILHO : 079.000.433-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/05/2021
Nome: MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR
CPF: 042.221.363-28

MARIA REGILANIA FERREIRA ALENCAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2021
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTO I
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTO I