

---

**Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200404483**

**Vítima: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**

**Data do Acidente: 06/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200404483**

**Vítima: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**

**Data do Acidente: 06/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 945,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

**Recebedor: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**

**Valor: R\$ 945,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000000608-4**

**Conta: 0000023857-0**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3200404483

Nome do(a) Examinado(a): ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA PEDRO LOURENÇO GUERREIRO, 120, , Maracanaú/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 99002124865

Data e local do acidente: 06/12/2019 - Maracanaú/CE

Data e local do exame: 03/12/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -3.74672 , longitude: -38.50831

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do quarto metacarpo da mão direita, trauma contuso no joelho direito.

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

Submetido a tratamento conservador com imobilização e fisioterapia para mão. Submetido a drenagem de hematoma no joelho direito. Alta definitiva em novembro de 2020.

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

Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça lateral alterado, movimento de pinça pulpar alterado, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 90°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 80°, hiperextensão do polegar aos 10°, hiperextensão do segundo dedo aos 10°, hiperextensão do terceiro dedo aos 8°, hiperextensão do quarto dedo aos 8°, hiperextensão do quinto dedo aos 8°. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual na mão direita.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Diminuição residual da força de preensão Palmar associado a mínima limitação dos movimentos e mínima hipotrofia muscular. Mobilidade preservada para o joelho.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Mão Direita - Residual - 10%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. Greice Freitas Guimarães  
Médico - CRM 9050

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima: **969-502-933-72 Anderson Alberto de Sousa Santos**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: **Anderson Alberto de Sousa Santos** 6 - CPF: **96950293372**  
7 - Profissão: **Policial Militar** 8 - Endereço: **R. Pedro Lourenço Guerreiro** 9 - Número: **120** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Sd. Bondeirantes** 12 - Cidade: **Maracanã** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61934220**  
15 - E-mail: **andersonalbertoconcursos@yahoo.com.br** 16 - Tel (DDD): **85 993468472**

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: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☒ R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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 POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco 237**

AGÊNCIA:   CONTA:   AGÊNCIA: **0608** **4** CONTA: **23857** **0**

(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/benefício do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo, desde, que somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o encaminhamento do 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 não submeter laudo de perícia médica presencial, caso necessário, às instâncias da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não signifi prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disponível, de seu conceito.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Causa Parentesco com a vítima: 26 - Vítima de seu companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima possui irmão(s) (vivo(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima possui pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso cessar, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e produzirem esta condição, estando, ante, a isso, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido a partir da responsabilidade material por infração do artigo 259 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: **Maracanã, 08 de Julho de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL  
Impresso nº 2020299582



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 534 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **13/05/2020 14:50:06**  
Data / Hora da Ocorrência: **06/12/2019 15:10:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV DR MENDEL STEINBRUCH - MARACANAÚ**  
**MARACANAÚ/CE**  
Ponto de Referência: **ASSAI SUPERMERCADO**

**Noticiante(s)**

Nome: **ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**  
Nascimento: **21/06/1983** CPF: **969.502.933-72**  
OUTROS: **58723916** Órgão Emissor: **PM** UF: **CE**  
Filiação: **FRANCISCA EDNEUSA DE SOUSA SANTOS**  
**ALUIZIO ALBERTO DOS SANTOS**  
Endereço: **RUA PEDRO LOURENÇO GUERREIRO, 120**  
Bairro: **JARDIM BANDEIRANTES** CEP:  
Município: **MARACANAÚ/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Histórico**

Afirma a noticiante que é policial militar lotado no 21º batalhão da PM; QUE estava trafegando na motocicleta de placa HXP 7451, de propriedade do estado do Ceará, com o seu filho menor, JESUS GABRIEL GERMANO DE SOUSA SANTOS, quando um veículo HILUX, placas PBT 1110, invadiu a pista preferencial, atravessando na frente da motocicleta conduzida por este noticiante; QUE o este declarante e seu filho tomabaram ao chão; QUE ambos foram encaminhados ao Hospital Municipal Dr. João Elisio de Holanda; QUE sofreu fratura na mão direita; QUE JESUS GABRIEL sofreu escoriações pelo corpo. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA JULIANA FONTENELE AZEVEDO BATISTA - MAT.: 30119606

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Anderson Alberto de Sousa Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 969-502-933-72 4 - Nome completo da vítima: Anderson Alberto de Sousa Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Anderson Alberto de Sousa Santos 6 - CPF: 96950293372  
7 - Profissão: Policial Militar 8 - Endereço: R. Pedro Lourenço Guerreiro 9 - Número: 120 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Ed. Bandeirantes 12 - Cidade: Maracanã 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61934220  
15 - E-mail: andersonalbertoconcursos@yahoo.com.br 16 - Tel (DDD): 85 993468472

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:  
☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☒ R\$1.501,00 ATE R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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 POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco 237

AGÊNCIA: 0608 4 CONTA: 23857 0

(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/benefício do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo, desde, que somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o encaminhamento do análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em não submeter laudo de perícia médica presencial, caso necessário, às instâncias da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não signifi prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso dispor do seu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Causa Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Vítima de seu companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima de seu companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima possui irmão(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima possui pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso cessar, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e produzirem os documentos exigidos, e, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a partir da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo): \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: Maracanã, 08 de Julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO BRADESCO 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: 237                    AGÊNCIA: 1234                    CONTA: 12345

---

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 16/12/2020   |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   | 320040448301 |
| VALOR TOTAL:           | 945,00       |

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:    ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

BANCO:        237

AGÊNCIA:    00608

CONTA:        000000023857

---

Número da Autenticação

BANCO BRADESCO 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: 237                    AGÊNCIA: 1234                    CONTA: 12345

---

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 16/12/2020   |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   | 320040448301 |
| VALOR TOTAL:           | 945,00       |

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:    ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

BANCO:        237

AGÊNCIA:    00608

CONTA:        000000023857

---

Número da Autenticação



82650000000-3 28300009800-6 01072900301-1 04004722015-3

GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria do Estado

Fatura Mensal

Av. Lacerd Villela Duarte, 1030 - Vila Lacerd - Fortaleza-CE | CEP: 60402-901  
CNPJ: 07504188/0001-07 | CDT: 00000000-5 | Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195 | Internet: www.cagece.com.brCDD JOSE WALTER CE  
JOAO BATISTA DE LIMA NETO  
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM  
ED. 781-445 FORTALEZAPara falar com a Cagece, você liga 0800 275 0195, ou, se preferir,  
dirija-se a uma de nossas Lojas de Atendimento, entre 8:00h e 17:00h.

| Inscrição   | Local     | Sector     | Quadra  | Lote | Complemento | Responsável | Sequencial |
|-------------|-----------|------------|---------|------|-------------|-------------|------------|
| 10729003    | 001       | 055        | 390     | 0167 | 0000        | 99999       | 000194     |
| ECONOMIAS   |           |            |         |      |             | SITUAÇÃO    |            |
| Residencial | Comercial | Industrial | Pública | Água | Esgoto      |             |            |
| 001         | 000       | 000        | 000     |      |             |             |            |

## Qualidade da Água (Parâmetros da Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde)

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta fatura  
com os padrões estabelecidos pela portaria 2914/11 do Ministério da Saúde.

| Parâmetro          | Turbidez (JT) | pH        | Cor (J96) | Cloro (mg/L) | CT (%) | CTT/E.Coli |
|--------------------|---------------|-----------|-----------|--------------|--------|------------|
| Padrão da Portaria | 5,0           | 6,0 a 9,5 | 15        | Mín. 0,2     | *      | Ausente    |

\* Sistema que produz 40 ou mais amostras / mês: ausência em 5% das amostras analisadas.  
Sistemas que analisam menos de 40 / mês: apenas 1 (uma) amostra poderá apresentar resultado positivo.

## Conheça os Parâmetros

**Turbidez:** Ocorre devido às partículas em suspensão deixando a água com aparência turva.**pH:** Utilizado para medir a acidez ou alcalinidade da água.**Cor:** Ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.**Cloro:** Produto químico utilizado para eliminar bactérias.**Coliformes Totais (CT):** Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias provenientes da natureza.**Coliformes Termotolerantes / E. Coli (CTT/E.Coli):** Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias de origem animal (fezes).

Em condomínios, afixar estas informações em local visível aos consumidores.

**OBSERVAÇÃO:** Diretrizes anormais, medidas corretivas são adotadas para o retorno a normalidade.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à CAGECE (Resolução 130, Art. 73 - ARCE e Resolução DE, Art. 4º, §1, Lei - ACFOR).

Agência Reguladora de Fortaleza: ACFOR: 0800 285 1919.

Agência Fiscalizadora de Demais Localidades: ARCE: 0800 853 3838

Maiores informações: Telefone: 0800 275 0195; Lojas de Atendimento da Cagece de 8 às 17h,  
ou no site: www.cagece.com.brAtualize seu CPF. Procure uma de nossas Lojas de Atendimento.  
É obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,  
conforme Resolução 130, art. 73, da Agência Fiscalização ARCE: 0800 275 3838.Nº IMOV. NÃO LOCALIZADO ☐NOME USUÁRIO ERRADO ☐RECEBUE-SE A RECEBER ☐Cor  
RS 0  
23.04.2017

AGF. JOSE BONIFAC

UN-MTS - Correios

82650000000-3 28300009800-6 01072900301-1 04004722015-3

GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria do Estado

Fatura Mensal

Av. Lacerd Villela Duarte, 1030 - Vila Lacerd - Fortaleza-CE | CEP: 60402-901  
CNPJ: 07504188/0001-07 | CDT: 0909/204-5 | Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195 | Internet: www.cagece.com.brCDD JOSE WALTER CE  
JOAO BATISTA DE LIMA NETO  
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM  
ED. 7B1-445 FORTALEZAPara falar com a Cagece, você liga 0800 275 0195, ou, se preferir,  
dirija-se a uma de nossas Lojas de Atendimento, entre 8:00h e 17:00h.

| Inscrição | Local | Sector | Quadra | Lote | Complemento | Responsável | Sequencial |
|-----------|-------|--------|--------|------|-------------|-------------|------------|
| 10729003  | 001   | 055    | 390    | 0167 | 0000        | 99999       | 000194     |

## ECONOMIAS

## SITUAÇÃO

| Residencial | Comercial | Industrial | Pública | Água | Esgoto |
|-------------|-----------|------------|---------|------|--------|
| 001         | 000       | 000        | 000     |      |        |

## Qualidade da Água (Parâmetros da Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde)

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta fatura  
com os padrões estabelecidos pela portaria 2914/11 do Ministério da Saúde.

| Parâmetro          | Turbidez (JT) | pH        | Cor (J96) | Cloro (mg/L) | CT (%) | CTT/E.Coli |
|--------------------|---------------|-----------|-----------|--------------|--------|------------|
| Padrão da Portaria | 5,0           | 6,0 a 9,5 | 15        | Mín. 0,2     | *      | Ausente    |

\* Sistema que produz 40 ou mais amostras / mês: ausência em 5% das amostras analisadas.  
Sistemas que analisam menos de 40 / mês: apenas 1 (uma) amostra poderá apresentar resultado positivo.

## Conheça os Parâmetros

**Turbidez:** Ocorre devido às partículas em suspensão deixando a água com aparência turva.**pH:** Utilizado para medir a acidez ou alcalinidade da água.**Cor:** Ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.**Cloro:** Produto químico utilizado para eliminar bactérias.**Coliformes Totais (CT):** Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias provenientes da natureza.**Coliformes Termotolerantes / E. Coli (CTT/E.Coli):** Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias de origem animal (fezes).

Em condomínios, afixar estas informações em local visível aos consumidores.

**OBSERVAÇÃO:** Diretrizes anormais, medidas corretivas são adotadas para o retorno a normalidade.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à CAGECE (Resolução 130, Art. 73 - ARCE e Resolução DE, Art. 4º, §1, Lei - ACFOR).

Agência Reguladora de Fortaleza: ACFOR: 0800 285 1919.

Agência Fiscalizadora de Demais Localidades: ARCE: 0800 853 3838

Maiores informações: Telefone: 0800 275 0195; Lojas de Atendimento da Cagece de 8 às 17h,  
ou no site: www.cagece.com.brAtualize seu CPF. Procure uma de nossas Lojas de Atendimento.  
É obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,  
conforme Resolução 130, art. 73, da Agência Fiscalização ARCE: 0800 275 3838.Nº IMOV. NÃO LOCALIZADO ☐NOME USUÁRIO ERRADO ☐RECEBUE-SE A RECEBER ☐

AGF. JOSE BONIFAC

UN-MTS - Correios

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 | Central Ouvidoria: 0800 071 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/SIJOT/ECASWEB/UDOCORIGINAL.aspx?TIPO=1&COD.CO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, 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 renda mensal, a fim de possibilitar 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 COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, 2º CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÊM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECLAMAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSCITADAS DE ATIVIDADES NÃO PERMITIDAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Yacir Batista de Lima Neto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 641604.173 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Anderson Alberto de Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.502.933 / 72

do sinistro da DPVAT cobertura DAMS da vítima Anderson A. de Sousa Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.502.933 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ 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 no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua diamante

Bairro:

Meridim

Cidade:

Fertaluz

Número:

27

Estado:

CE

Complemento:

Alto Guape

CEP:

60461-445

Tel. (DDD):

(85) 988044184

E-mail: Catolilinetto.lima@segura@gmail.com

Local e Data: Fertaluz 14/10/2020

Yacir Batista de Lima Neto  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: [www.seguradoralider.com.br](http://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 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/EIBLIC/ECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&COLIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MILICADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO VITAESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, COM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Batista de Lima Neto

inscrito (a) no CPF/CNPJ 071.604.173 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Anderson Alberto de Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o N.º 969.500.933 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Anderson A. de Sousa Santos

inscrito (a) no CPF sob o N.º 969.500.933 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ 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-DPVA<sup>1</sup>, 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 Diamante</u>            | Número: <u>97</u>        | Complemento: <u>Celso Gergel</u>  |
| Bairro: <u>maridim</u>                   | Cidade: <u>Fortaleza</u> | Estado: <u>CE</u>                 |
| E-mail: <u>anderson.alima@igmail.com</u> | CEP: <u>60.611-445</u>   | Telefone: <u>(85) 9.3809.4134</u> |

Local e Data: Fortaleza 14/10/2020

João Batista de Lima Neto  
Assinatura do Declarante

1. Eu, declarante abaixo assinado, sou proprietário e controlador de uma empresa, com assessoria, inscrita em cartão, por ser pessoa física, e declaro que:

2. Ao preencher esta declaração, o médico facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhes conforme solicitado, e quando for o caso, de acordo com o conhecimento. Deverá ser enviada com a declaração, a menos que separei e apresentei, as explicações necessárias.

3. Se as explicações solicitadas não forem suficientes, todos os detalhes que o médico perguntar podem ser indicados na parte dos anexos, e eu, declarante, assumo a responsabilidade.

Outras características das formigas são estímulos químicos e táteis, uma linguagem de cores e o processo de engajados.

ANDERSON ALBERTO DE SANTOS 06/12/2019

<sup>a</sup> Values are means  $\pm$  SD.  $n = 14$  for  $\text{pH}^{\text{a}}$ ,  $12$  for  $\text{pH}^{\text{b}}$ ,  $15$  for  $\text{pH}^{\text{c}}$ ,  $11$  for  $\text{pH}^{\text{d}}$  and  $10$  for  $\text{pH}^{\text{e}}$ .

08/07/2020

de ne leșea și țigărilor străduindu-se să scape de la miza și extorcție a leșilor.

METACARPO D7e + FRATURA NO JOELHO D7e

[illegible]

CVS-62.3

c/p 3 gō:

C10.V.23

[illegible]**EM CASO DE MORTE**

¿Por qué se debe a la hora de la muerte?

On: 11 Aug 2015 09:00:14 UTC  
 See: <http://www.industrydocuments.ucsf.edu/docs/000000>

¿a parte de ellos es, finalmente, los otros no es del 12?

$$f(t) = (1 - \alpha) + \alpha \exp(-\beta t) \quad \alpha, \beta \in (0, 1) \quad (1)$$

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 257: 101–107

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278: 1039-1043.

### CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 103–111

ABEMV

ԱՆՈՒՆԵ՞Ց ԵՄ ԵՄԱՅՈՒՆԵՐԸ ԸՆԴՈՒՆՈՒՄ ?

CONSERVADOR + IMOBILIZACÃO

NAD

ARTICULAR SERV. MÉDICOS E  
FISIOTERÁPICOS LTDA  
CNPJ: 13.251.274/0001-03

[illegible]

Dr. João Batista Gomes da Silva  
Médico - CRM: 5155  
CPF: 228.733.923-21

Qual o tratamento realizado?

NÃO

Tratamento físico, fisio?

☐ Sim

☒ Não

Tratamento psicológico?

As lesões sofridas têm consequências graves a médio e longo prazo?

☐ Sim

☒ Não

Houve uma lesão ou danos físicos graves a médio e longo prazo?

☐ Sim

☒ Não

Quando ocorrer o atendimento pelo profissional de saúde, a vítima sofreu lesões graves a médio e longo prazo?

☒ Sim

☐ Não

Nome do médico responsável pelo atendimento?

DR. DANILLO CANUTO CRM 205011-SP

Qual a alta médica emitida (considerando o período de tratamento que tenha sido realizado)?

05/04/2020

Tratamento realizado com sucesso?

ALTA COM SEQUELAS

☐ Não

Se sim, qual o tratamento realizado com sucesso?

Qual o tempo necessário para a recuperação integral da parte acometida das lesões?

ALTA MÉDICA COM SEQUELAS

Tem sido necessário o uso de medicamentos para o tratamento da lesão?

Qual o tipo de medicamento utilizado?

☐ Sim

☐ Não

Qual o nome do medicamento utilizado?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual o medicamento utilizado para o tratamento?

☒ Sim

☐ Não

Qual o nome?

Se sim, qual o tipo de lesão sofrida e qual o grau de lesão sofrida?

☐ Sim

☒ Não

Tratamento realizado com sucesso?

☐ Sim

☐ Não

Qual o tempo necessário para a recuperação integral da parte acometida das lesões?

Se sim, qual o tipo de lesão sofrida e qual o grau de lesão sofrida?

☐ Sim

☒ Não

Qual o tempo necessário para a recuperação integral da parte acometida das lesões?

ARTICULAR SERV. MÉDICOS E  
FISIOTERÁPICOS LTDA  
CNPJ: 13.251.274/0001-03

INCAPACIDADE FUNCIONAL DA MÃO DE  
30% E JOELHO DE 20% POR DOR A MOBI-  
LIZAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

Dr. João Batista Gomes da Silva  
Médico - CRM: 5155  
CPF: 228.712.923-11

GRAFICO DAS LESÕES (HACHURAR AS PERDAS E CIRCULAR AS ANQUILOSES E FRATURAS NÃO CONSOLIDADAS).



ALTA MEDICA DEFINITIVA COM  
SEQUELAS

Dados do médico assistente

5155

85 32834784

08 07 20 08 07

W. A. Rife

08/07/2020

Dr. João Batista Gomes da Silva  
Médico - CRM: 5155  
CPF: 228.775.923-91

ARTICULAR SERV. MÉDICOS E  
FISIOTERÁPICOS LTDA  
CNPJ: 13.251.274/0001-03

Compacto Plus

M

00

ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

IJF Time: 00:00

D

WC 8342

DN : 20/2/2020

21 15



IJF Time: 00:00

M 00

00

ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

DN : 20/2/2024





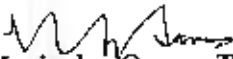
GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



## CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar do Sr. **ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**, portador do RG n.º 587.239-1-6, PM-CE, inscrito no CPF n.º 969.502.933-72, dia 06/12/2019 às 15h10, Município de Maracanaú-CE, na Avenida Mendel Steinbruch, Bairro Pajuçara, próximo ao Assai Supermercado, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e carro, sendo removido para o **Hospital de Maracanaú**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 17 de fevereiro de 2020.

  
**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORA EXECUTIVA**



## RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

MARTIN ROBERTO de  
S. SILVA  
Sobrito.

# 1685 Físico. No exame  
p/ mão / pulso @  
Hx: síndrome da  
7. Insuficiência  
Dorsal 3887  
no 4.0 METAS NYW +  
378.720 ATP SUBOZ

Data:

11/07/2020

Ass./Carimbo do Médico

BRUNO ALVES  
CRM 10.000  
CREMED-SSA



## ACOLHIMENTO/CLASSIFICAÇÃO

|                                                                        |                       |                                  |    |     |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|----|-----|-----|
| NOME: <u>Augusto de Sousa Santos</u>                                   |                       | DADOS VITAIS:                    |    |     |     |
| DATA: <u>11/12/19</u>                                                  | HORA:                 | PA:                              | T: | FR: | FC: |
| SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | IDADE: <u>36 anos</u> | DOR:                             |    |     |     |
| QUEIXA PRINCIPAL:<br><u>Exema em olho</u>                              |                       | CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:          |    |     |     |
| HISTÓRIA BREVE:<br><u>Acidente de moto</u>                             |                       | AMARELO <input type="checkbox"/> |    |     |     |
| CONDUTA:<br><u>Dr. Marcelo Consilheiro</u>                             |                       | VERDE <input type="checkbox"/>   |    |     |     |
|                                                                        |                       | AZUL <input type="checkbox"/>    |    |     |     |

ENFERMEIRA

ENFERMEIRA(O)

## ATENDIMENTO AMBULATORIAL ANAMNESE DO PACIENTE

|                                                |                      |                      |                    |
|------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------|
| <b>DADOS DO PACIENTE</b>                       |                      | ( ) Prioridade       | Registro: 44643    |
| Nome: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS         |                      | CNS: 705005412307855 |                    |
| Idade: 36 anos 5 meses 28 dias                 |                      | Data Nasc: 21/06/83  |                    |
| Nome da mãe: FRANCISCA EDNEUSA DE SOUSA SANTOS |                      | Nome do pai:         |                    |
| Endereço: PEDRO LOURENÇO GUERREIRO             |                      | Nº: 120              |                    |
| Bairro: JARDIM BANDEIRA                        |                      | Município: MARACANAÚ |                    |
| RG: 58723916                                   | Orgão Expedidor:     | Expedição:           | CPF:               |
| 58723916                                       |                      |                      |                    |
| Celular                                        | Telefone Residencial |                      | Telefone Comercial |
| 8899746847                                     |                      |                      |                    |
| <b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>                    |                      |                      |                    |
| Data atendimento: 19/12/19                     |                      | Hora: 13:34:30       |                    |
| Médico: HOSPITAL 19                            |                      | CRM:                 |                    |
| Especialidade:                                 |                      | Unidade: RECEPCAO    |                    |
| Convenio: SUS                                  |                      | Categoria: SUS       |                    |
| AMBULÂNCIA:                                    |                      | MOTORISTA:           |                    |
| NÚMERO DA AR: 120                              |                      | Situação:            |                    |
| Atendente: NATANAEL DA SILVA CARNEIRO          |                      |                      |                    |

AMARELO: ( )

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
VERDE: ( )

AZUL: ( )

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

*Pele resaca quebrou a noite há 13 dias. Reforço da pomada. (D)*

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

*Comunidade sem manifestação da doença da criança (D)*  
*At. em 4º mês de vida (D)*

EXAMES SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO: *Furúnculo*

CID:

PROCEDIMENTO: *Tratamento farmacológico 4º mês de vida (D)*

PREScrição MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

## UPA PAJUÇARA

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traumatologia conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

**Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.**

PACIENTE: Anderson Alberto Jo. Soares Junior  
IDADE: 36 A SEXO: MASCULINO

GLASGOW: 15 SAT O<sub>2</sub>: 98%  
PA: 120 x 70 PULSO: 82

### DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Paciente, 36 anos, M, 1,73 m, vítima de Acidente  
traumático: queda de altura, quedas de altura  
repetidas - 4/5 em Joelho Direito e Esquerdo  
dor e inchaço em ambos joelhos, sem perda de ST  
HD: Trauma bilateral, inchaço Joelho D  
e Esquerdo, ST preservado.

Ateli.

Dr. Danilo Canuto  
CRM-SP 205.011

06/12/2019

Guia de Atendimento 02 ...

**HMJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA**  
**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**  
**RUA JOAO DE ALENCAR, S/N, CENTRO/MARACANAU-CE**  
**CEP:61900-150 FONE:(85)35215500**



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| 1301374494                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 06/12/2019 15:48:02                                   |  | <b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>              |  | CIRURGIA GERAL                        |  | * DIURNO                       |  | 9                                 |  |
| Paciente<br><b>ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                       |  | Data Nascimento<br><b>21/06/1983</b>     |  | Idade<br><b>36 A 5 M 15 D</b>         |  | CNS                            |  | CPF                               |  |
| Nome Doc                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Documento                                             |  | Orgão Emissor                            |  | Data Emissão                          |  | Sexo                           |  | Estado Civil                      |  |
| <b>IDENTIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>58723916</b>                                       |  | <b>PM</b>                                |  |                                       |  | <b>M</b>                       |  | <b>CASADO(A)</b>                  |  |
| Mãe<br><b>FRANCISCA EDNEUSA DE SOUSA SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  | Pai<br><b>ALUISIO ALBERTO DOS SANTOS</b> |  | Naturalidade<br><b>CEILANDIA - DF</b> |  | Nacionalidade<br><b>BRASIL</b> |  | Contato<br><b>(85) 99757-1116</b> |  |
| Endereço<br><b>- RUA JOSE FERREIRA DA SILVA - 310 - JARDIM BANDEIRANTES - MARACANAU - CE</b>                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                       |  | Cidade                                   |  | UF                                    |  | Ocupação                       |  |                                   |  |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Plano Convênio<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> |  | Nº da Carteira                           |  | Validade                              |  | Autorização                    |  | Sis. Prenatal                     |  |
| Motivo de Atendimento<br><b>PRONTO ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Caráter de Atendimento<br><b>URGÊNCIA</b>             |  | Profissional de Ajud.                    |  | Procedência                           |  | Temp.                          |  | Peso                              |  |
| Setor<br><b>SPA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Tipo de Chegada                                       |  | Procedimento Sol.                        |  | Registrado por:<br><b>LEDAMS</b>      |  |                                |  |                                   |  |
| Queixa Principal                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue                                                                                                                                                                       |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  | GSC                            |  | TOTAL                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  | AQ: 1234 RV: 12345 MRW: 123456 |  |                                   |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <u>15:48 h</u> )                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| <i>paciente trouxe relato de sangramento por via vaginal com início há 3 dias.</i>                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| <i>ECG=15. Mucosa normal, sem alterações, reflexos, peristaltismo normal.</i>                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| <i>indolente - pré-eclâmpsia.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:                                                                                  |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                       |  | APRAZAMENTO                              |  |                                       |  | OBSERVAÇÃO                     |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| Condução                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação<br><input type="checkbox"/> Transferência para: |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| Data e Hora da Saída/Alta: / /                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| óbito                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anomalia Patológica                                                                                                                             |  |                                                       |  |                                          |  |                                       |  |                                |  |                                   |  |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

 Impresso por: ledams  
 Data Hora: 06/12/2019 15:50:02

 COMPREnda O ORIGINAL  
 EM: 06/12/2019  
 15:50:02


1301374494



Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda



Elaboração: 28/02/2012

Revisão: 17/09/2013

Código: HMJEH05

## RECEITUÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_

*Anderson Albuquerque de Lima*

*6*

*un. and*

*2 MAX 500 400 3 — 196*

*Am 4 de 12/15 2012*

Data: \_\_\_\_\_

*06/12/15*

*Dr. Fábio Feitosa*  
Cirurgia Geral  
CRM : CE - 12900

Assinatura - CRM/CRO/COREN

Elaboração: 28/02/2012

Revisão: 17/09/2013

Código: HMJEH05

RECEITUÁRIO

Nome: Anderson Roberto de Lencastre

do

un. 0.00

7 MAXILAR 400 mg

Amo 12/12/2013

Dr. Fábio Feitosa  
Cirurgia Geral  
CRM: CE - 12900

Data: 08/12/13

Assinatura - CRM/C

com, Tenente auricélio  
Sexta 98868 0836.

SAMU 140

20190777475 →

NOME: FCC VALTER PEREIRA DA SILVA

05/04/84 -

017.043.143.68.

LOCAL - ANGICOS, BARREIRAS  
MAG.

IPBT 1110 →  
PROP.

Guarda municipal de maracanaú.

Sgt Ramires. 87131841  
SSPDS, CIOPS

31012876  
ITALO-VIG  
ILLES-SEC.  
PAULO

CI. ADRCA, ERIVANDO

SSPDS



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

P / Anderson Alberto de Amorim

Tato Leão p/ mãe D

Funções - ulna

HP: Fato 4º metacarpo

29/10/19

Dr. Carran  
Médico  
CREMEC 16021



Prefeitura de  
**Fortaleza**

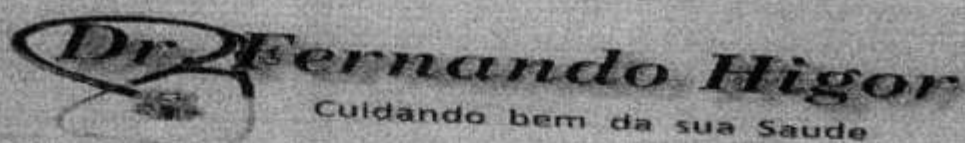
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES

*Registro*

|                                                                                                                                       |                                       |                                                 |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Nome: <i>Anderson Augusto</i>                                                                                                         |                                       | Nº AIH/RAE:                                     |                                                                   |
| Paciente Externo?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                        | Unid. Internação/ENF/LEITO            | Idade:                                          | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem. |
| <b>JUSTIFICATIVA</b>                                                                                                                  |                                       |                                                 |                                                                   |
| <i>Falt do S.</i>                                                                                                                     |                                       |                                                 |                                                                   |
| <b>EXAMES RADIOLOGICOS</b>                                                                                                            |                                       |                                                 |                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Crânio                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Face         | <input type="checkbox"/> Coluna Cervical __AP/P | <input type="checkbox"/> Clavícula __AP                           |
| <input type="checkbox"/> Tórax __AP/P                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Ombro __AP/P | <input type="checkbox"/> Braço __AP/P           | <input type="checkbox"/> Antebraço __AP/P                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Punho __AP/P e <i>oblique</i>                                                                     | <input type="checkbox"/> Mão __AP/OBL | <input type="checkbox"/> Bacia AP               | <input type="checkbox"/> Quadril AP/AXIAL                         |
| <input type="checkbox"/> Escanometria dos MMII                                                                                        | <input type="checkbox"/> Perna __AP/P | <input type="checkbox"/> Joelho __AP/P          | <input type="checkbox"/> Tornozelo __AP/P                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                                          |
| <b>EXAMES LABORATORIAIS</b>                                                                                                           |                                       |                                                 |                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Hemograma                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Glicemia     | <input type="checkbox"/> Uréia                  | <input type="checkbox"/> Creatinina                               |
| <input type="checkbox"/> Cloro                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sódio        | <input type="checkbox"/> Plaquetas              | <input type="checkbox"/> Cálcio                                   |
| <input type="checkbox"/> PTTA                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Lipase       | <input type="checkbox"/> Amilase                | <input type="checkbox"/> Colinesterase                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                                          |
| <b>ULTRA-SONOGRAFIA</b>                                                                                                               |                                       |                                                 |                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Fast                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Abdome Total | <input type="checkbox"/> Tórax                  | <input type="checkbox"/> MSD                                      |
|                                                                                                                                       |                                       |                                                 | <input type="checkbox"/> MID                                      |
|                                                                                                                                       |                                       |                                                 | <input type="checkbox"/> MSE                                      |
|                                                                                                                                       |                                       |                                                 | <input type="checkbox"/> MIE                                      |
| <b>OUTROS EXAMES</b>                                                                                                                  |                                       |                                                 |                                                                   |
| <p><b>Dr. Francisco José Sales de Vasconcelos</b><br/>Ortopedista e Traumatologista<br/>CRM: 3686 - CPF: 074.300.243-20<br/>MFA 5</p> |                                       |                                                 |                                                                   |
| Assinatura e Carimbo do Solicitante:                                                                                                  |                                       | Data / /                                        | Hora: h minutos                                                   |



### Lauda Médico

Atesto para os devidos fins que a paciente Anderson Alberto de Sousa Santos RG: 587.239-16, foi por mim examinado após sofrer acidente com motocicleta onde sofreu trauma em punho esquerda. O mesmo realizou exames complementares onde foi evidenciando melhora do quadro de luxação de punho esquerdo estando o mesmo apto a realizar qualquer atividade física e laboral que lhe seja oferecida.

Conclusão: Paciente apto a retornar suas atividades laborais

CID: Z10.0

Anderson - 969.502.933-72  
Agendado P/ 16/01 às 13h

Fortaleza 07/01/2020

curti em 08/01

APTO

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira  
CRMCE 12721  
MÉDICO

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira  
CRMCE 12721  
Clínica Médica



## Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traumatologia conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

**Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.**

PACIENTE: Guilherme Almeida da Silva  
IDADE: 36 SEXO: M

CEASGOW: 15 SAT O<sub>2</sub>: —  
PA: — PULSO: —

### DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Acidente de trânsito, queda de altura, lesão de membro superior direito, fratura de rádio e ulna.  
Ex. F. encaminhado para tratamento.

15/12/2020

10:20h

[Assinatura]  
Dr. Fábio Fabiano  
Cirurgião Geral  
CRM: 10.120

## Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traqueostomia) conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

**Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.**

PACIENTE: Enfermeiro Artur de Jesus da Silva Junior 1 2  
 IDADE: 36 SEXO: M

GLASGOW: 15 SAT O<sub>2</sub>: 100  
 PA: 120/80 PULSO: 72

### DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Paciente com quadro de trauma  
torácico (fratura de costela)  
com lesão de penetração

15/05/2023  
15:30h

Dr. João Elísio de Holanda  
Coordenador Geral  
CRM RJ - 12001



Elaboração: 06/01/2012

Revisão: 24/08/2015

Código: HMJEH01

**ATESTADO MÉDICO**

(Formulário utilizado em diversos setores)

Atesto que o segurado

Anderson Alberto da Silva

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

série \_\_\_\_\_, necessita de 07 (sete)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Maracana, 06/12/15  
Local e data

ATE 12/

Assinatura - CRM/CRO

Dr. Fábio Feitosa  
Cirurgia Geral  
CRM - CE - 12900

Nota- Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto N° 60501, de 14.03.67 e será expedido para justiça de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

COPEM AGENDADO P/ 27/12 a5

Rua João Alencar s/n - Centro - Maracanaú/CE

CEP: 61900-150

CNPJ: 10.553.026/0001-10

PABX: 3521.5500 / Fax 3521.5586



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA  
"24 horas de proteção à vida"



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: **Albino de Souza Leão** 4 - Nº PRONTUÁRIO:   
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 6 - DATA DE NASCIMENTO: 7 - SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMININO  
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: 9 - TELEFONE DE CONTATO:   
DDD: Nº TELEFONE:   
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):   
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 12 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 13 - UF: 14 - CEP:

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 17 - QTDE:

### PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S) SOLICITADO(S)

|                                         |                                    |           |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| 18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 19 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 20 - QTDE |
| 21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 22 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 23 - QTDE |
| 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 25 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 26 - QTDE |
| 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 28 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 29 - QTDE |
| 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 31 - NOME PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 32 - QTDE |

### JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: 34 - CID 10 PRINCIPAL 35 - CID 10 SECUNDÁRIO 36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES:

Fratura do fêmur D  
de esquerda

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Dr. Francisco José Sales de Vasconcelos** 39 - DATA SOLICITAÇÃO: 42 - ASSINATURA/ CARIMBO COM Nº CR **SVIH**  
**CRM: 3008 - CPF: 074.390.343-20**  
**Ortopedista e Traumatologista**  
**Dr. Francisco José Sales de Vasconcelos**  
40 - DOCUMENTO: 41 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO SOLICITANTE:

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 49 - Nº AUTORIZAÇÃO (APAC):   
45 - DOCUMENTO: 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO AUTORIZADOR:   
( ) CNES ( ) CPF   
47 - DATA AUTORIZAÇÃO: 48 - ASSINATURA/ CARIMBO (No REGISTRO DO CONSELHO) 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:   
/ / a / /

Secretaria do Planejamento e Gestão  
Coordenadoria de Perícia Médica  
Resultado de Exame Pericial

|                                                       |  |                                   |  |                        |               |
|-------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------|---------------|
|                                                       |  |                                   |  | Código:                | 7204412200302 |
| <b>DADOS DO PERICIADO</b>                             |  |                                   |  |                        |               |
| NOME<br>ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS              |  |                                   |  |                        |               |
| DT DE NASC.<br>21/06/1983                             |  | CPF<br>969.502.933-72             |  | ESTADO CIVIL<br>CASADO |               |
| NATURALIDADE<br>BRASÍLIA/DF                           |  | MUNICÍPIO<br>MARACANAÚ            |  | ESTADO<br>CE           |               |
| ENDEREÇO<br>CENTRAL 62 - JARDIM BANDEIRANTES 61934075 |  |                                   |  |                        |               |
| MATRÍCULA<br>58723916                                 |  | ÓRGÃO<br>POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ |  |                        |               |

|                                                                                                 |  |                                   |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>DADOS DA PERÍCIA</b>                                                                         |  |                                   |                           |
| RESULTADO DO EXAME<br>LICENÇA NA FORMA DO ART. 62, §1º, INCISO V DA LEI 13729/2006.             |  |                                   |                           |
| TIPO LICENÇA<br><input type="checkbox"/> INÍCIO <input checked="" type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO |  |                                   |                           |
| DIAGNÓSTICO<br>S62                                                                              |  | TEMPO DE LICENCIAMENTO<br>12 DIAS | A PARTIR DE<br>20/02/2020 |
| OBSERVAÇÃO EXTERNA<br>APTO A SEGUIR                                                             |  |                                   |                           |

Fortaleza, segunda-feira, 02 de março de 2020

Secretaria do Planejamento e Gestão  
Coordenadoria de Perícia Médica  
Resultado de Exame Pericial

| DADOS DO PERICIADO                                 |            |              |                          |
|----------------------------------------------------|------------|--------------|--------------------------|
| NOME ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS              |            |              |                          |
| DT DE NASC.                                        | 21/06/1983 | CPF          | 969.502.933-72           |
|                                                    |            | ESTADO CIVIL | CASADO                   |
| NATURALIDADE                                       | BRASIL/DF  | MUNICÍPIO    | MARACANAÚ                |
|                                                    |            | ESTADO       | CE                       |
| ENDEREÇO CENTRAL 62 - JARDIM BANDEIRANTES 81934075 |            |              |                          |
| MATRÍCULA                                          | 58723916   | ÓRGÃO        | POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ |

| DADOS DA PERÍCIA                                                                                        |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| RESULTADO DO EXAME                                                                                      |            |
| SUSPENSÃO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE NA FORMA DO ART. 64 DA LEI 13.729/2006                    |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                             | M25.5      |
| A PARTIR DE                                                                                             | 05/01/2020 |
| OBSERVAÇÃO EXTERNA                                                                                      |            |
| MÉDICO ASSISTENTE CREMEC 12721 INFORMA QUE O PERICIADO ESTA APTO AO RETORNO AS SUAS ATIVIDADES LABORAIS |            |

Fortaleza, quinta-feira, 16 de janeiro de 2020



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

# Secretaria do Planejamento e Gestão

## Coordenadoria de Perícia Médica

### Resultado de Exame Pericial

Código: 4812048191227

| DADOS DO PERICIADO                                 |             |              |                          |
|----------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------------------|
| NOME ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS              |             |              |                          |
| DT DE NASC                                         | 21/06/1983  | CPF          | 989.502.933-72           |
|                                                    |             | ESTADO CIVIL | CASADO                   |
| NATURALIDADE                                       | BRASÍLIA/DF | MUNICÍPIO    | MARACANAÚ                |
|                                                    |             | ESTADO       | CE                       |
| ENDEREÇO CENTRAL 62 - JARDIM BANDEIRANTES 61934075 |             |              |                          |
| MATRÍCULA                                          | 58723916    | ÓRGÃO        | POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ |

| DADOS DA PERÍCIA                                                                             |       |                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------|------------|
| RESULTADO DO EXAME                                                                           |       |                        |            |
| LICENÇA NA FORMA DO ART. 62, §1º, INCISO V DA LEI 13729/2006.                                |       |                        |            |
| TIPO LICENÇA <input checked="" type="checkbox"/> INÍCIO <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO |       |                        |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                  | S62.3 | TEMPO DE LICENCIAMENTO | 30 DIAS    |
|                                                                                              |       | A PARTIR DE            | 06/12/2019 |
| OBSERVAÇÃO EXTERNA                                                                           |       |                        |            |
| SEM OBSERVAÇÕES INFORMADAS.                                                                  |       |                        |            |

Fortaleza, sexta-feira, 27 de dezembro de 2019

# TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTEM 30 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

RG/PASEP  
135.46427.19-9

NOME  
9980170

CPF  
001-0

UF  
CE

*João Batista de L. Neto*

ASSINATURA DO TITULAR  
FOLGEMOS DIREITO





## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

CNPJ: 01.429.235/0003-05

ENDEREÇO: Rua 24 de maio, 444

MUNICÍPIO: Fortaleza

UF: CE

EMP. MOVIMENTAMENTO: PONT. SERVIÇO

CARGO: OPERADOR DE CARGAS

DATA: 22/07/25

DATA ASSINATURA: 02

MÊS: Julho

ANO: 2025

ASSINATURA

EMPREGADO: R\$ 139,00 / Quilômetro

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

ASSINATURA: Armando Lima Carmo Filho

Cargo: Presidente

DATA ASSINATURA: 31

MÊS: Outubro

ANO: 2025

ASSINATURA

EMPREGADOR: PAQUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

ASSINATURA: Armando Lima Carmo Filho

Cargo: Presidente

DATA ASSINATURA: 31

MÊS: Outubro

ANO: 2025

ASSINATURA

DATA ASSINATURA: 31

MÊS: Outubro

ANO: 2025

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS**

**DOC. Identidade / Out. Emissão de**  
 03082124665 SSP CE

**CPF**  
 969.352.933-70 **Data Nascimento**  
 21/06/1982

**Nome**  
 ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS  
**Nome da Mãe**  
 FRANCISCA RIBEIRA DE SOUSA SANTOS

**Estado**  
 CEARÁ **Sexo**  
 M **Cor da Pele**  
 BR

**Nº Registro**  
 035279447432 **Data de Registro**  
 08/04/2012 **Data de Validade**  
 29/06/2012

**END. RESIDÊNCIA:**

*Anderson do Carmo de Sousa Santos*  
 REPRESENTANTE DO INTERESSADO

**LOCAL**  
 FORTALEZA, CE

*(Assinatura)*  
 DATA DA REGISTRAÇÃO: 08/04/2012  
 LOCAL: FORTALEZA, CE

**11006966891**  
**CEL64531750**

**CEARA**



Bradesco

DEBÍTO



6500 4206 5780 9101

VÁLID THRU  
06/24

ANDERSON ALBERTO DE SOUSA

elo

Emitido pelo Banco Bradesco S.A., em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

AGÊNCIA

CONTA

0608 4 0023857 0



elo  
DEBÍTO

ASSINATURA AUTORIZADA - AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil: 0800-0022 / 0800-570-0022

Acesso ao Exterior: +55 (11) 4050-0022

SAC: 0800-704-4333 (Declarado)

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800-722-8099

Evilândia: 0800-727-9933

NO EXTERIOR

Banco24Horas

ATM  
pulse

Discover Club  
DEBÍTO

DISCOVER

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200404483 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do quarto metacarpo da mão direita, trauma contuso no joelho direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça lateral alterado, movimento de pinça pulpar alterado, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 90°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 80°, hiperextensão do polegar aos 10°, hiperextensão do segundo dedo aos 10°, hiperextensão do terceiro dedo aos 8°, hiperextensão do quarto dedo aos 8°, hiperextensão do quinto dedo aos 8°. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual na mão direita.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador com imobilização e fisioterapia para mão. Submetido a drenagem de hematoma no joelho direito. Alta definitiva em novembro de 2020.

**Sequelas permanentes:** Diminuição residual da força de preensão Palmar associado a mínima limitação dos movimentos e mínima hipotrofia muscular.  
Mobilidade preservada para o joelho

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/12/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS              | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 7%        | R\$ 945,00            |
| Total                                    |                                              |                                                      | 7 %       | R\$ 945,00            |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200404483 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do quarto metacarpo da mão direita, trauma contuso no joelho direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça lateral alterado, movimento de pinça pulpar alterado, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, sem amputação, articulação metacarpofalangeana do polegar aos 90°, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 90°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 80°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 80°, hiperextensão do polegar aos 10°, hiperextensão do segundo dedo aos 10°, hiperextensão do terceiro dedo aos 8°, hiperextensão do quarto dedo aos 8°, hiperextensão do quinto dedo aos 8°. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual na mão direita.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador com imobilização e fisioterapia para mão. Submetido a drenagem de hematoma no joelho direito. Alta definitiva em novembro de 2020.

**Sequelas permanentes:** Diminuição residual da força de preensão Palmar associado a mínima limitação dos movimentos e mínima hipotrofia muscular.  
Mobilidade preservada para o joelho

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/12/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS              | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 7%        | R\$ 945,00            |
| Total                                    |                                              |                                                      | 7 %       | R\$ 945,00            |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200404483 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. P4,10,11,17

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200404483 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. P4,10,11,17

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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

Outorgante: Anderson Alberto de Sousa Santos  
brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão Policial, residente e  
à Rua Pedro Lourenço Guimarães Nº 120  
bairro Sol Bandeirantes, Município de Monacama, UF CE  
CEP: 61934-220, nascido 21/06/1983 CPF nº 969502933-72  
RG nº 587.239-J-6, Emissor PM-CE em 01/02/2013

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, Tec. em Seg do  
Trabalho, residente e domiciliado à Rua DIAMANTE, nº 27, bairro NONDUBIM, Município de  
FORTALEZA, UF: CE, CEP: 60761-445, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF  
nº 671.604.173-72, tel.: (85) 988094184; 981552525, autorizo watshapp, sms  
e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o  
outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer  
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou  
em acidente(s) de trânsito o(a)

Sr.(a) Anderson Alberto de Sousa Santos  
Ocorrido(s) em 06/12/2019, cobertura IPA ☒ DAMS ☒ MORTE ☐.

Conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo  
requerer informações, cópias documentais, parecer médico, comprovantes de depósitos de  
indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e  
Seguradora Lider, marcar perícias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais,  
abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem  
precisos junto a órgãos públicos, como PEFOCE, SAMU, delegacias de polícia, hospitais,  
cartórios, autarquias de trânsito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais  
amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar  
documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um  
advogado.

Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos  
corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial,  
prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU,  
PREVISUL, TOO, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI,  
ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA,  
PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE, SOMPO, CARDIF, superintendencia juridica  
da ensej e outras, Aspra associação.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON /  
PROCON -CE ou no instituto nacional da seguridade social INSS.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados  
pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação:  
boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e  
etc.

Fortaleza 08 de julho de 2020.

Anderson Alberto de Sousa Santos

MONDUBIM

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRITAL DO MONDUBIM  
ALEXANDRA JACKELINE MOURA ROLIM SILVA - OFICIALA INTERINA

CNPJ: 74.169.820/0001-90 - Rua Odeante Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 60.711-445 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3208.2621 / 3467.0768 - E-mail: cartariodemondubim@hotmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma indizada de  
ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS  
que confere o/ o padrão reg. nesta serventia, ou fe  
Fortaleza 07 de julho de 2020. Em test. de verdade

Antonio Marconio do Nascimento Escrivente Autorizado  
Valor Total: R\$ 7,87

Controle de cada documento  
seu original tem que ser autenticado

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321202/20

**Vítima:** ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

**CPF:** 969.502.933-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/12/2019

**Titular do CPF:** ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

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

### ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS : 969.502.933-72

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](http://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: 11/11/2020  
Nome: ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS  
CPF: 969.502.933-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2020  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

ANDERSON ALBERTO DE SOUSA SANTOS

ANDERSSON COSTA SILVA