

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 42514682 SSP CE

CPF: 212.225.333-91 DATA NASCIMENTO: 20/01/1960

FILIAÇÃO: SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CATANAL: ☒ C

Nº REGISTRO: 01096091990 VALIDADE: 10/07/2020 1ª HABILITAÇÃO: 27/07/1985

OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Portador: *Antonio Sebastiao de Oliveira*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: CRATEUS, CE DATA EMISSÃO: 23/07/2015

Assinatura do Emissor: *Luiz Vitor de Souza*

ASSINATURA DO EMISSOR

07344641758
CE148478786

CARTÓRIO
 GILVAN PACIFICO
 CNPJ 14.775.395/0001-09 - CNS 01781-4
 Independência-CE (88) 996421819 994740013
 E-Mail <cartonogilvanpacifico@gmail.com>

AUTENTICAÇÃO

Esta fotocópia confere com o original exibido. Dou fé.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

3.11.2017 Dalany Martins Araújo, Escrevente

SABEM SEU VICE-LULA SIM

10 ABR 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012410666720
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - RNTRC - EXERCÍCIO
02 739223348 0000000000 2016

NOME
ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA

PEDRA BRANCA/CE

CNPJ/CPF - PLACA
21222533391 HVU0294

PLACA ANT./UR - CHASSI
*****/CE 9BWY2VRK9YRY02753

ESPECIE TIPO - DISTRIBUTIVA
CAR/CAMINHAO/TANQUE***** DIESEL

MARCA/MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
VW/17.210 MOTOR CUMMINS 2000 2000

CAPACIDADE - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
16.00T/214CV/3EX ALUGUEL. BRANCA

COTA ÚNICA - VEIC. COTA ÚNICA - VEIC. CO. ÚNICA
I P V A ***** ** **/ **/ ** ISENTO

PAG. I P V A - PARCELAMENTO/DTAL - NAO INCIDE

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE HABILITAMENTO
105.81 0.42 110.38 30/06/2016

OBSERVAÇÕES
AL.FID. BV FINANCEIRA S A CFI; EXIS
TEM MULTAS SUB JUDICE; *****

LOGO - DATA
PEDRA BRANCA 04/07/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APRESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

CE Nº 012410666720 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

21222533391

HVU0294

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2016 04/07/2016

VIA - CNPJ / CNPJ - PLACA
02 21222533391 HVU0294

RENAVAM - MARCA / MODELO
739223348 VW/17.210 MOTOR CUMMINS

ANO FAB. - CAT. ÚNICA - Nº CHASSI
2000 10 9BWY2VRK9YRY02753

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) - DETRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
47.61 5.29 52.91

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15 0.42 110.38

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 30/06/2016

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC: 771898/73 LACRE
MOTOR: 30743972
CNPJ 09.240.000/0001-04
www.seguradoratider.com.br


CARTÓRIO
GILVAN PACIFICO
CNPJ 14.775.395/0001-09 - CNS 01781-4
Independência-CE (88) 996421819 994740013
E-Mail <cartoriogilvanpacifico@gmail.com>

AUTENTICAÇÃO

Esta fotocópia confere com o original exibido. Dou fé.
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Daiany Martins Araújo, Escrevente.
06.11.2017



SABEM SEGURADORA S/A
10 ABR 2016
RECEBIDO

 NÚCLEO DE ARRECAÇÃO EXTRATO GERADO EM: 12/06/2017	EXTRATO PARA DE TAXAS / MULTAS		Nº DAE SEFAZ: 2017.86.089935	Nº documento: 4.70616773-6	Último Lic.: 2016	
			Data emissão: 12/06/2017 10:	Nº atendimento:	Código placa: 0822210294-8	
Nome Proprietário / Solicitante: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA			CPF / CNPJ: 212.225.333-91			
Placa: HVU0294	Chassi: 9BWY2VRK9YRY02753	Município: PEDRA BRANCA	Marca / Modelo: VW/17.210 MOTOR			
Código	Descrição (Taxa / Multa)	Orgão	Nº Auto	Data Infração	Vencimento	Valor (R\$)
253	EXPEDIÇÃO DE CRV/CRLV (1)					19,72
201	LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS 2017 (1)					118,33
OBS: Valores Válidos até o dia 12/06/2017						
ATENÇÃO: Portar extrato pago, por 60 dias, anexo ao CRLV/2016, até receber o CRLV/2017. Não o recebendo no prazo, procure o Detran imediatamente.				RESUMO		
				TAXAS 138,05		
				MULTAS 0,00		
				301 DETRAN 0,00		
				312 PRF/RENAINF 0,00		
				313 PREF. 0,00		
Página Extrato 1/1	Credenciado NAO	Atendente GETRAN	Débito IPVA NAO	Total à Pagar 138,05		
856400000019 380500062019 706122017868 089935599004						
Autenticação Mecânica						Via Usuário

 NÚCLEO DE ARRECAÇÃO EXTRATO GERADO EM: 12/06/2017	EXTRATO PARA DE TAXAS / MULTAS		Data emissão: 12/06/2017 10:23	Nº DAE SEFAZ: 2017.86.0899355-99	Nº Documento 4.70616773-6	
			Chassi / CPF: 9BWY2VRK9YRY0275	Placa: HVU0294	Débito NAO	Nº Atendimento
Nome Proprietário / Solicitante:			ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA			
Atendente:			GETRAN			
TAXAS			253 254 201 253 254 201			
MULTAS			Total Multas (R\$): 0,00			
DETRAN - 301 0,00	PRF/RENAINF - 312 0,00	PREFEITURA - 313 0,00	Total Taxas		Total à Pagar	
			138,05		138,05	
856400000019 380500062019 706122017868 089935599004						
Autenticação Mecânica					Via DETRAN / Registro	

CAIXA

Loterias CAIXA

Loj

GILVAN PACIFICO
 CNPJ 14 775 395/0001-09 - CNS 01781-4
 Independência-CE [86] 996421819 994740013
 E-Mail <cartonogilvanpacifico@gmail.com>

AUTENTICAÇÃO
 Esta fotocópia confere com o original exibido. Dou fe.
 VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
06.11.2017 Data: Martins Araújo, Escrevente.



Autenticação
 HK789 579

10 ABR 2018

[Handwritten Signature]

 SEGURADORA LÍDER		SEGURO DPVAT		Exercício:	2017	Nº documento:	2.70672125-6
				Data emissão:	24/06/2017	Código placa:	0822210294-8
				Hora:	09:15:53	Código taxa:	
Nome Proprietário / Solicitante:						CPF / CNPJ:	
ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA						212.225.333-91	
Placa:		Marca / Modelo:		Chassi:			
HVVU0294		VW/17.210 MOTOR CUMMINS		9BWY2VRK9YRY02753			
Ano fabricação:		Ano / Modelo:		Renavam:			
2000		2000		739223348			
Código seguro:	Prêmio líquido	ISO (0,38 %)	Prêmio total (R\$):	Código corretor:			
10	70,81	0,27	71,08	SUSEP			
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)							
						Via Usuário	
866300000001 710809248606 800073922331 480021117068						Autenticação Mecânica	

 SEGURADORA LÍDER		SEGURO DPVAT		Exercício:	2017	Nº documento:	2.70672125-6
				Data emissão:	24/06/2017	Código placa:	0822210294-8
				Hora:	09:15:53	Código taxa:	
Nome Proprietário / Solicitante:						CPF / CNPJ:	
ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA						212.225.333-91	
Placa:		Marca / Modelo:		Chassi:			
HVVU0294		VW/17.210 MOTOR CUMMINS		9BWY2VRK9YRY02753			
Ano fabricação:		Ano / Modelo:		Renavam:			
2000		2000		739223348			
Código seguro:	Prêmio líquido	ISO (0,38 %)	Prêmio total (R\$):	Código corretor:			
10	70,81	0,27	71,08	SUSEP			
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)							
						Via LÍDER	
866300000001 710809248606 800073922331 480021117068						Autenticação Mecânica	



CNPJ 14 / 75.395/0001-09 - CNS 0178114 Independência-CE (06) 996421619 994740013 E Mail <antonio@liderpacifico@gmail.com>	AUTENTICAÇÃO Esta fotocópia confere com o original exibido. Dou fé. VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE Dailany Martins Araújo, Escrevente. 06.11.2017
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Loterias CAIXA

Loterias CA



01.05.1135-9
 10/04/2017: 0861116611-1
 04.04.2017: 0747
 24/06/2017
 09:15:53
 086300000001 710809248606 800073922331 480021117068
 09:15:53

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160373 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE PUNHO

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160373 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do punho esquerdo associado a lesão tendinosa.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura distal do radio esquerdo (fixação interna).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 05/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho esquerdo.

Médico examinador: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO


Outorgante: ANTONIO SEBASTIÃO DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil **SOLTEIRO**, profissão **MOTORISTA**, residente e domiciliado à **RUA SANTA TEREZINHA, nº. 524**, bairro **SÃO VICENTE**, Município de **INDEPENDENCIA**, Estado de(o) **CEARA**, Cep.: **63.640-000**, portador(a) da CNH nº **01096091990**, DETRAN/CE e CPF nº **212.225.333-91**.

Outorgado: **DANILO GOMES ARTUR**, brasileiro(a), estado civil **SOLTEIRO**, profissão **AUTONOMO**, residente e domiciliado(a) à **RUA DOUTOR JOÃO TOMÉ, nº 1379**, bairro **FÁTIMA I**, Município de **CRATEÚS**, Estado de(o) **CEARA** Cep.: **63.700-000**, portador (a) do RG nº **336987699 SSP/CE** e CPF nº **873.649.133-00**.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **ANTONIO SEBASTIÃO DE OLIVEIRA**, ocorrido em **24/10/2017**, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

CRATEÚS/CE, 20 de FEVEREIRO de 2018.


Outorgante **ANTONIO SEBASTIÃO DE OLIVEIRA**
CPF Nº **212.225.333-91**



CARTÓRIO MARTINS
Mara Goulart Albuquerque Nascimento
2ª TABELA
CRATEÚS - CEARÁ



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180160373**

Vitima: **ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **24/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180160373**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12672066



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180160373
Vitima: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 24/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO GOMES ARTUR

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180160373**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA**

Sinistro: **3180160373**
Vítima: **ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **24/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO GOMES ARTUR**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180160373** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3180160373
Vítima: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 24/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO GOMES ARTUR

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180160373** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2018

Carta nº: 13029951

A/C: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180160373
Vítima: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 24/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO GOMES ARTUR

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000050265-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
-----------------------------------------	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160373 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do punho esquerdo associado a lesão tendinosa.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura distal do radio esquerdo (fixação interna).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 05/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho esquerdo.

Médico examinador: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180160373

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): STA TEREZINHA, 524 - Independência/CE -
CEP 63640-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 01096091990 - DETRAN -
23/07/2015

Data e Local do Acidente : 24/10/2017 - INDEPENDÊNCIA - CE

Data e Local do Exame : 19/06/2018 RUA JOÃO TOMÉ, 987 - CRATÉUS/CE

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

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

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR DE INDEPENDENCIA E ENCAMINHADO PARA CRATEÚS APRESENTANDO DOR E EDEMA NO PUNHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FICAÇÃO INTERNA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM MAIO DE 2018.

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

CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 30°, EXTENSÃO A 25°,
ADUÇÃO A 20° E ABDUÇÃO A 10°

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

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

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PUNHO PELA LESÃO TENDINOSA E
PELO BLOQUEIO ARTICULAR

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “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.

Região Corporal

PUNHO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

212.225.333-91

Nome completo da vítima

Antonio Sebastião de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antonio Sebastião de Oliveira		CPF titular da conta 212.225.333-91	Profissão Motorista
Endereço Rua Santa Terezinha		Número 524	Complemento
Bairro São Vicente	Cidade Independência	Estado CE	CEP 63.640-000
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0747 D/V
 CONTA NRO. 50265 D/V 4

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

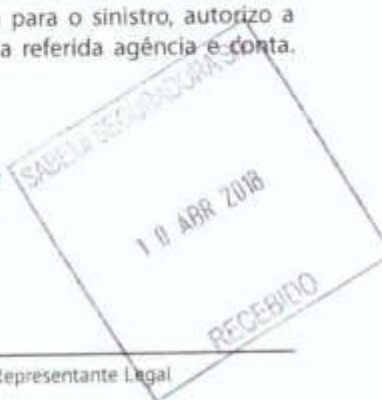
BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V
 CONTA NRO. D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cratius-028 de fevereiro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 202.225.333-91 Nome completo da vítima: ANTONIO SEBASTIÃO DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>ANTONIO SEBASTIÃO DE OLIVEIRA</u>		CPF titular da conta	<u>202.225.333-91</u>	Profissão	<u>MOTORISTA</u>
Endereço	<u>RUA SANTA TEREZINHA</u>		Número	<u>524</u>	Complemento	
Bairro	<u>SÃO VICENTE</u>	Cidade	<u>INDEPENDÊNCIA</u>	Estado	<u>CEARA</u>	CEP
Email					Telefone (DDD)	<u>(85) 99968-0286</u>
				CEP		
				<u>63.640-000</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0747 D/V 4 CONTA NRO. 50.265 D/V 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome _____ NRO _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CATEUS-CE, 19 de ABRIL de 2018
Local e Data

Daniel Gomes Antunes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 127 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/02/2018 11:26:04**
Data / Hora da Ocorrência: **24/10/2017 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE ALTAMIRA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **INDEPENDENCIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA**
Nascimento: **20/01/1960** CPF: **212.225.333-91**
CNH: **01096091990** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA**
SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA SANTA TEREZINHA, 524**
Bairro: **SAO VICENTE**
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP: **63.640-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99983-0242**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVU0294** Uf: **CE** Município: **PEDRA BRANCA** Chassi:
9BWY2VRK9YRY02753 Renavam: **739223348** Tipo do Veículo:
CAMINHAO Marca / Modelo: **VW/17.210 MOTOR CUMMINS** Ano
Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **DIESEL** Cor:
BRANCA Proprietário: **ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que no dia e hora supracitados, seguia guiando o veículo acima discriminado, quando o compressor de ar do veículo estourou e faltou freio no mesmo, o declarante então pulou do caminhão para tentar pegar algumas pedras e fazer com que o mesmo parasse; O declarante relata que quando pulou do caminhão caiu ao solo e o caminhão encostou numa barreira chegando a parar devido o impacto; QUE na queda sofreu fratura do punho esquerdo, conforme boletim de atendimento apresentado; Que foi socorrido por seu filho, que o levou até o Hospital Municipal desta cidade; QUE este Município não dispõe de SAMU, Corpo de Bombeiros ou outra instituição similar que realize atendimento às vítimas de acidente de trânsito; QUE o declarante possui Carteira Nacional de Habilitação na categoria C; QUE apresentou como testemunhas as pessoas de ALAN BRUNO ALVES DE OLIVEIRA, filho de Antonio Sebastião e Oliveira e Marilene Alves Camelo, portador do RG 20070893939 SSP-CE, CPF 045.838.883-17, residente na Rua Santa Terezinha, 524, Bairro São Vicente, Independência-CE e MARIA JOZILANIA CAMPOS DO NASCIMENTO, filha de Jose Arteiro do nascimento e Maria Noelia Campos do Nascimento, portadora do RG 2005010149980 SSP-CE, CPF 040.345.273.-23, residente no rua Renato Braga, 962, Bairro Fátima II, Crateús-CE; QUE está sendo agenciado pela pessoa de JULIO CESAR, responsável pelo escritório JULIO CESAR SEGUROS, localizado na Rua João Tome, Crateus/CE. Nada mais disse.//////



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 480 - 127 / 2018

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340) do CPB

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Gabriela Rodrigues Ribeiro
GABRIELA RODRIGUES RIBEIRO - MAT.: 30106911

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Maria Letícia da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
FERNANDO DE CASTRO VEIGA - MAT.: 30104315

x Maria Regilância Campos do Nascimento -

x Alon Bruno Alves de Oliveira



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Antonio Sebastião de Oliveira CPF da Vítima 212.225.333-94 Data do Acidente 24/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

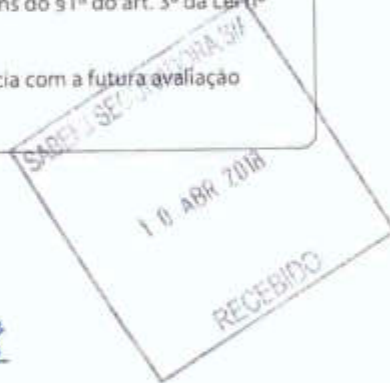
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



Cratun-le, 28 de fevereiro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 24/10/2017 19:35

Página 1

v2017001

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Cartão 124778	Atendimento 0004	Nome do Paciente ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA	CNS 703009839843078	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 42514682	Estado Civil Outro	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 20/01/1960	Local INDEPENDENCIA/CE	Idade 57 Ano(s)		
Mãe SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA		Mão RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA		
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Bairro SAO VICENTE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS	CPF do Responsável	Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 24/10/2017	Hora 19:35	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento NAILTON GREYK DE CASTRO FERNANDES		CRM/UF 9575/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA		
Observação				
Idade	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Dados Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Reu Pronto. @

~~Reu Pronto~~

Mela por 23 dias em
Lito por 10 dias em
Lito por 10 dias em



(19:50) Estag. Karol

Assinatura
325.421

Greyek de Castro
Médico
CRM-CE 9575

NAILTON GREYK DE CASTRO FERNANDES - CRM: 9575

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000050265-4

Nr. da Autenticação 9AF238BE35217EB1



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 513435310

Companhia Energética da Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-010 | Fortaleza, CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848.1

A Tarifa Básica de Energia Elétrica

forçada para valor 10,438 de

20 de abril de 2018

Esta é a segunda via de

FEV/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
6567453 DV **7**

VENCIMENTO
23/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
90,47

End. da Unidade Consumidora RU DR JOAO TOME 01379 CS ALTOS CENTRO CRATEUS

RG / CPF / CNPJ 873.649.133-00 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 3966 3871 1 95 0 95

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

16/02/2018

Prev. Próxima
Leitura

15/03/2018

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7F34.CDB8.1186.19CC.6E3E.5FF1.A568.6C91

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
65,04 27% 17,56

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

QUOTA PROPORCIONAL PARCEL MULTA JUROS CORRECAO

0,90

MULTA MORATORIA

1,33

QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO

23,20

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

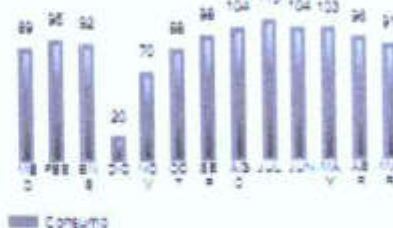
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 6,75

Conjunto CRATEUS

Mês DEZ/ 2017

	Padrão Individual Mensal	Trim. Anual	Apuração Individual Mensal	Trim. Anual
DIQ (h)	5,55	11,10	22,21	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00
DMIC (h)	3,20		0,00	

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:
Data de Emissão:

6567453-7
28/02/2018

N° da Nota Fiscal: 513435310
Referência: FEV/2018

Total a Pagar (R\$): 90,47

N° de Controle: 0006567453 00037 4347 2 61

83820000000-2 90470031000-2 00065674530-4 00374347200-9



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221264 ou 0800 0221206 (exclusiva para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Danielo Gomes Antun inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Sebastião de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.225.333 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Sebastião Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.225.333 / 91, 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 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 Dr. João Tomé</u>	Número	<u>1379</u>	Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Crato</u>	Estado	<u>CE</u>
Email	<u>santodehora21@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>9.9690-3249</u>	Telefone celular (DDD)	<u>88.9.9436-7269</u>

Crato de 28 de fevereiro de 2018
Local e Data

Danielo Gomes Antun
Assinatura do Declarante





Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Identificação	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
24778	0004	ANTONIC SEBASTIAO DE OLIVEIRA	703009839843078	
Documento(s)	Idade	Estado Civil	Sexo	
42514682	57 Ano(s)	Outro	Masculino	
Data de Nascimento	Local	Mãe	UF	Telefone
20/01/1960	INDEPENDENCIA/CE	RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA	CE	88 99830242
Nome do Paciente	Bairro	CEP	Município	
SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA	SAO VICENTE	63700-000	CRATEUS	
Endereço	Conjuge			
RUA MANOEL AGOSTINHO, 613				
Profissão	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
		RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	CRATEUS	CE
Responsável				
MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS				

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
24/10/2017	19:35	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
NAILTON GREYK DE CASTRO FERNANDES	9575/CE	CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário			
Trânsito	WILMA SABOIA LOIOLA			
Observação				
	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída
				() Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Pressão (mmHg)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
Peso (kg)				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)



Re a Rmto. (P)

~~Re a Rmto. (P)~~

Motivo do atendimento: (19:50) Estágio Karol
Re a Rmto. (P)
Re a Rmto. (P)

(19:50) Estágio Karol

Assinatura
325.421

Greyek de Castro

Médico

CRM: 9575

NAILTON GREYK DE CASTRO FERNANDES - CRM: 9575

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 25/10/2017 07:49

Página 1

v2017001

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 124778 Atendimento 0006 Nome do Paciente ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
Documento(s) Identidade: 42514682
Data de Nascimento 20/01/1960 Local INDEPENDENCIA/CE
Pai SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA Mãe RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613 Bairro SAO VICENTE CEP 63700-000 Município CRATEUS UF CE
Profissão Empresa Cónjuge
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS CPF do Responsável Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613 Município CRATEUS UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 25/10/2017 Hora 07:49 Convênio SUS
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM/UF 6945/CE Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente Transito Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE
Observação

Sala Data de Exatidão Tipo de Exatidão () Alta () Obito

Sinais Vitais
Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (mmHg) 80 H (mmHg) PA (mmHg) 130x90

Ativo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

510299

Paciente em atendimento
no pulso E em olecrano
e simetria
na região a indicata
no olecrano E esp
pulso olecrano
pulso olecrano
pulso olecrano
pulso olecrano
pulso olecrano

RECEBIDO
10 DE ABR 2018
969702-9.1.1

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945

Dr. Regina S. Resende
Médica
CREMEC 10991

Josilane Campos
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 26/10/2017 08:42

Página 1
v2017001

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Matrícula	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
24778	0007	ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA	703009839843078	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
Identidade: 42514682			Outro	Masculino
Data de Nascimento	Local		Idade	
0/01/1960	INDEPENDENCIA/CE		57 Ano(s)	
SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA	Mãe	RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA		
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA MANOEL AGOSTINHO, 513	SAO VICENTE	63700-000	CRATEUS	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone	
			88 99830242	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS		RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	CRATEUS	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
16/10/2017	08:42	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA	6945/CE	CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente	Funcionário			
	MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA			

Observação	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída
	___/___/___ às ___ hs	() Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Altura (cm)	T (°C)
Peso (kg)		P (bpm) 98
		R (rpm)
		PA (mmHg) 130x80

Resumo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

3/10/2017

Munha pul
ole pul
R x pul 4 u



JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

DADOS DO PACIENTE

Nome					Prontuário/Atendimento	
ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA					124778/0008	
Data de Nascimento		Local		País Nacionalidade		
20/01/1960		INDEPENDENCIA		Brasil		
Idade		Etnia		Estado Civil		
57 Ano(s)				Outro		
Sexo		Raça/Cor		Religião		
Masculino		Parda		NÃO DETERMINADA		
Documento(s)				CNS		
Identidade: 42514682				70.3009.839.8430-78		
Endereço		Nº		Município		
RUA MANOEL AGOSTINHO		613		CRATEUS-CE		
Bairro		CEP		Fone Empresa		
SAO VICENTE		63700-000				
Fone		Profissão		Empresa		
(88) 9983-0242						
Responsável		CPF do Responsável		Fone Responsável		
MARIA JOSILANE CAMPOS DO NASCIMENTO						
Endereço Responsável		Cônjuge				
Mãe		Pai				
RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA		SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA				

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora		Quarto/Leito		Aposento		Clínica		Setor	
26/10/2017 12:38		056-0001		ENFERMARIA		CIRURGICA		CLÍNICA CIRURGICA	
Convênio		Matrícula		Autorização		Dias		Guia	
SUS						0			
Médico						CRM		6945	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA									
CID Principal						CID Complementar			
Observação									
Internado nesse setor por falta de vaga									
Usuário		Procedimento SUS						Sispre natal	
MARAIZA VIEIRA BARBOSA									
Data Saída		Hora		Condição da Saída				Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



CRATEUS, 26 de outubro de 2017.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: MARAIZA VIEIRA BARBOSA
Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÁO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SBSC - MSB

2 - CDES

24181073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SBSC - MSB

2 - CDES

24181073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio Sebastião de Oliveira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/01/1960

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

124778

9 - SEXO

Masc. ☒

1

Fem. ☐

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda Silvana de Oliveira

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Várzea

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE

16 - CEP

63100000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com quadro de
dor em abdome e
náuseas / vômito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FU

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

5525

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Análise de sangue

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020172

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

08193322835

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/10/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Frederico Santos

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

Med. 160921

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/10/17

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

08193322835-46

RECEBIDO
10 ABR 2018

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Paciente: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
Data da Int: 26/10/2017 Dt de Nasc: 20/01/1966
Convênio: SUS Prontuário: 124778
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA

CIRÚRGICA

LEITO

PACIENTE

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA		
	REALIZADA		
CIRURGIÃO	Dr. Daniel		CRM
AUXILIARES	1º		CRM
	2º		CRM
	3º		CRM
	4º		CRM
			CRM

ANESTESIOLOGISTA Dr. Mohammed

TIPO DE ANESTESIA Sedação

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A) Dinah

CIRCULANTE Fabiana

ACHADOS OPERATÓRIOS

Apêndice normal
Fígado normal
Pâncreas normal
Bexiga normal



DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
27/04/17	07:30 Paciente continua no setor de observação internado após alta por clínica cirúrgica. Monitorização dos sinais vitais realizada. Procedimento redução calçante em M.S.E após algar ao local. Grande melhora.	Maria Eliomar Souza Téc de Enfermagem COREN/CE 924
27/04/17	As 09:40 Porteiro de pronto e Transporte para clínica Cirúrgica o pedido M. Família.	Maria Eliomar Souza Téc de Enfermagem COREN/CE 924
27-04-17	10:00 Paciente recebe alta hospitalar depois de alta com dia de retorno x Jorgelândia Campos.	Maria Eliomar Souza Téc de Enfermagem COREN/CE 924

RECEBIDO
14 APR 2018

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Cartão 24778	Atendimento 0017	Nome do Paciente ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA	CNS 70.1009839843078	Guia de Autorização
CPF: 212.225.333-91	Identidade: 42514582	Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 20/01/1960	Local INDEPENDENCIA/CE	Mãe RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA	Idade 57 Ano(s)	
Nome SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA	Bairro SAO VICENTE	CEP 63100-000	Município CRATEUS	UF CE
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Conjuge		Telefone 88 99830242	
Profissão	Emprego		Município CRATEUS	UF CE
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS	CPF do Responsável	Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/12/2017	Hora 07:35	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/RUF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente	Função MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA			
Observação	Data/Hora Liberação	Tempo	Tempo	Tempo
Sala				
Sinais Vitais	T (°C) 36°C	P (bpm) 80	R (irpm) 17	PA (mmHg) 120x80
Peso (kg) 84	Altura (cm)			

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

SpO2 96%

Pré e Pós
do exame
A + pré e pós



JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

42017301

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
Nascimento: 20/01/1960 Local: INDEPENDENCIA País/Não validade: Brasil Estado Civil: Solteiro Religião: N/A DETERMINADA
Sexo: Masculino Raza/Cor: Parda Etnia: CEP: 63700-000
Documento(s): CPF: 212.225.333-91 Identidade: 42514632
Endereço: RUA MANOEL AGOSTINHO Nº: 613 Bairro: SAO VICENTE Município: CRATEUS-CE
Fone: (85) 9963-0342 Profissão: Em res: Fone Empresa: Fone Responsável:
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS DO NASCIMENTO CFF do Responsável: Fone Responsável:
Endereço Responsável: Cór Juge:

Mãe: RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA Pai: SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora: 20/12/2017 11:38 Quarto/Leto: 013-0002 Agente: ENFERMARIA Clínica: CLÍNICA CIRÚRGICA Setor: CLÍNICA CIRÚRGICA
Convênio: SUS Matricula: Autunção: Dias: 0 Guia: CRM: 6945
Médico: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CID Complementar:
CID Principal: Observação:
AIH: 2317101137230 Procedimento SUS: Sispreatal:
Usuário: MARAIZA VIEIRA BARBOSA
Data Saída: Hora: Causa da Saída: Usuário Saída:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

Notificado



CRATEUS, 20 de dezembro de 2017.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: MARAIZA VIEIRA BARBOSA

Assinatura do responsável



DADOS DO PACIENTE

Prontuário 124778	Atendimento 0019	Nome do Paciente ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA	CNS 703009839843078	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 212.225.333-91	Identidade: 42514682	Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 20/01/1960	Local INDEPENDENCIA/CE	Idade 57 Ano(s)		
Pai SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA	Mãe RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA			
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Bairro SAO VICENTE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Telefone 88 99830242				
Profissão	Endereço	Conjuge		
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS	CPF do Responsável	Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/12/2017	Hora 08:19	Convênio SUS	Matrícula	GIQ
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/RP 6945/CE	Type Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente	Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	à	hs	Tipo de Sala () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	84	Altura (cm)		T (°C)	36	P (b/m)	80	F (n/m)		PA (mmHg)	120/80
-----------	----	-------------	--	--------	----	---------	----	---------	--	-----------	--------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

SP9- 964

primeira parte
da parte
e a parte da

[Handwritten signature]

SAÚDE SEGURADORA S/A
10 ABR 2018
RECEBIDO

[Handwritten signature: Josilane Campos]
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: ANTONIO SEBASTIÃO DE OLIVEIRA
 Idade: 12/778 Convênio: SUS
 Nascimento: 20/01/1960
 Mãe: RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA
 Local: CRATEUS-CE

DN: 1-1-1

PRONTUÁRIO: 1

ETOR: CCT LEITO: 13.2 CONVÊNIO: SUS DATA: 20/12/17

	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO
01	<i>20/12</i>	
02	<i>q. de 100 mg aq. oral</i>	<i>OK</i>
03	<i>q. de 100 mg aq. oral</i>	<i>500 (12:55) 500 ()</i>
04	<i>q. de 100 mg aq. oral</i>	<i>15V 21 03</i>
05	<i>q. de 100 mg aq. oral</i>	
06		
07		
08	<i>14C</i>	
09	<i>14C</i>	
10	<i>14C</i>	
11	<i>14C</i>	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Evolução Médica:

Prescrição médica
Assinatura
Assinatura



Assinatura e Carimbo

Arquives

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO PAULO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CDEB

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CDEB

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

SABESP/GRUPO
10 ABR 2016
RECEBIDA

Dr. Frederico Saucha
Médico - Auditor
CPF: 004.736.473-46