

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MÍNISTERO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CHAPÉU MANGA / NACIONAL / DE HABILITACAO**

INTERPRINT LTDA

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

**11155694522**

		
DOCUMENTO / ORG EMISSOR UF: 42514682 SSP CE CPF: 212.225.333-91 DATA NASCIMENTO: 20/01/1960 PELAÇÃO: SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA PERMISSÃO: ACC CATEGORIA: C Nº REGISTRO: 01096091990 VALIDEZ: 10/07/2020 1ª HABILITAÇÃO: 27/07/1985		
OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIV REMUNERADA: <i>Assinatura de DVN</i>		
ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL: CRATEUS, CE DATA EMISSÃO: 23/07/2015 <i>Indr. NARCENELOS PONTE</i> 07344641758 CE14B478786 ASSINATURA DO EMISSOR <b>GILVAN PACIFICO (CAR)</b>		
<b>CARTÓRIO</b> <b>GILVAN PACIFICO</b> CNPJ 14 775 395/0001-09 - CNS 01781 4 Independência-CE [88] 996421819 994740013 E-Mail <cartoriogilvanpacifico@gmail.com> <b>AUTENTICAÇÃO</b> Esta fotocópia confere com o original exibido. Dou fé. VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE 01.11.2017   Dalton Martins Araújo, Escrivente 		
 RST: U3 HK789577		





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - CE**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD. FENAVAM INTRC EXERCÍCIO  
02 739223348 0000000000 2016

**ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA**  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
PEDRA BRANCA/CE

CPR/CNPJ PLACA  
21222533391 HVU0294

PLACA ANT/UF CHASSI  
\*\*\*\*\*/CE 9BWY2VRK9YRY02753

ESPECIE TIPO MARCA/MODELO ANO/FABRICANTE ANO-MOD.  
CAR/CAMINHAO/TANQUE DIESEL  
VW/17.210 MOTOR CUMMINS 2000 2000

CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
ALUGUEL BRANCA

VENC. COTA ÚNICA VEND/COMBO  
1 P ISENTO  
PVA NÃO  
PARCELAMENTO/COTAS INCIDE

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IDE (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
105.81 0.42 110.38 30/06/2016

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

LOG/ DATA: PEDRA BRANCA 04/07/2016  
Líder Ponteira  
Assinatura de Líder



**AUTENTICAÇÃO**

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

CNPJ 14.775.395/0001-09 - CNS 01761-4  
Independência-CE [88] 996421819 994740013  
E-Mail <cartoriogilvanpacifico@gmail.com>



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS 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  
21222533391 HVU0294

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2016 04/07/2016

VIA CPR / CNPJ PLACA  
02 21222533391 HVU0294

REN/AVAM MARCA / MODELO  
739223348 VW/17.210 MOTOR CUMMINS

ANO/FAB. DM.ENE. NC/CHASSI  
2000 10 9BWY2VRK9YRY02753

PRÉMIO TARIFÁRIO  
FSA (R\$) DEMATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
47.61 5.29 52.91

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

X COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO  
30/06/2016

PROPRIETÁRIO:  
LOTE/DOC: 771898784 Lacre DPVAT  
CNPJ 09.240.000/0001-04  
MOTOR: 30743972  
www.seguradorafidler.com.br



 <b>NÚCLEO DE ARRECADAÇÃO</b>		<b>EXTRATO PARA DE TAXAS / MULTAS</b> EXTRATO GERADO EM: 12/06/2017		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				RESUMO		
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.				TAXAS	138,05	
				MULTAS	0,00	
				301 DETRAN	0,00	
				312 PRF/RENAINF	0,00	
				313 PREF.	0,00	
Multas em Processamento e em Defesa Prévias Serão Cobradas Posteriormente				Total à Pagar	138,05	
Página Extrato 1/1	Credenciado NAO	Atendente GETRAN	Débito IPVA NAO	Total à Pagar	138,05	
856400000019 380500062019 706122017868 089935599004						
Via Usuário						
Autenticação Mecânica						

 <b>NÚCLEO DE ARRECADAÇÃO</b>		<b>EXTRATO PARA DE TAXAS / MULTAS</b> EXTRATO GERADO EM: 12/06/2017		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
				Total Multas (R\$): 0,00	Total Taxas 138,05	Total à Pagar 138,05
856400000019 380500062019 706122017868 089935599004						
Via DETRAN / Registro						
Autenticação Mecânica						





# 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

Valorização 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".

# 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## 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



DANILO MARTINS  
Maria Gorila Albuquerque Nasamento  
2º TABELIA  
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**



---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 n°: 13029951

A/C: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180160373  
Vitima: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 24/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DANILLO 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## 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 - CRATEÚS/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 ás 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  
- Maceió - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Nome completo da vítima

212.225.333-91

Antônio Sebastião de Oliveira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Antônio Sebastião de Oliveira	CPF titular da conta 212.225.333-91	Profissão Motorista
Endereço Rua Santa Terezinha	Número 524	Complemento -
Barro São Vicente	Cidade Independência	Estado CE
Email	CEP 63640-000	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**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR:              | <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA          | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

Op - 013

AGÊNCIA Nº: 0747	CONTA Nº: 50265	D/V
------------------------	-----------------------	-----

(Informar digito se existir)

Op - 013

AGÊNCIA Nº: 0747	CONTA Nº: 50265	D/V
------------------------	-----------------------	-----

(Informar digito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	Nº:
AGÊNCIA Nº:	D/V
CONTA Nº:	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.

*Cratini - 28 de Janeiro de 2018*

Local e Data

*Antônio Sebastião de Oliveira*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*SAC LÍDER DPVAT  
10 ABR 2018  
RECEBIDO*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

212.225.333-91

Nome completo da vítima

Antônio Sebastião de Oliveira

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Antônio Sebastião de Oliveira	CPF titular da conta	212.225.333-91	Profissão	MOTORISTA
Endereço	RUA SANTA TERESINHA	Número	524	Complemento	
Bairro	SÃO VICENTE	Cidade	INDEPENDÊNCIA	Estado	CEARÁ
Email		CEP	63.640-000	Telefone (DDD)	188 99968-0286

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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  
Nº:

D/V

0747

CONTA  
Nº:

50.265

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NºC

AGÊNCIA  
Nº:

D/V

CONTA  
Nº:

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.

Caxias-CE, 19 de Abril de 2018

Local e Data

Damilo Gomes Asti

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

SABEMI SEGURADORA S/A  
19 ABR 2018

RECEBIDO



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

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



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 SEBASTIÃO DE OLIVEIRA**

Nascimento: **20/01/1960** CPF: **212.225.333-91**

CNH: **01096091990** Orgão Emissor: **DETTRAN**

Filiação: **RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA**  
**SEBASTIÃO BRANDINO DE OLIVEIRA**

Endereço: **RUA SANTA TEREZINHA, 524**

Bairro: **SAO VICENTE**

Município: **INDEPENDENCIA/CE**

País: **BRASIL**

UF:

10 ABR 2018

CEP: **63.640-000**

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.//////

DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

*Maria Jozilania Campos do Nascimento*

Pág. 1 de 2

Impresso em: 06/02/2018 11:44:14

*Alan Bruno Alves de Oliveira*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: Adriano Sotero Almeida

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

\*Maria Regilma Campos de Oliveira -

Alan Bruno Alves de Oliveira



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.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

*Antônio Sáenzia 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)

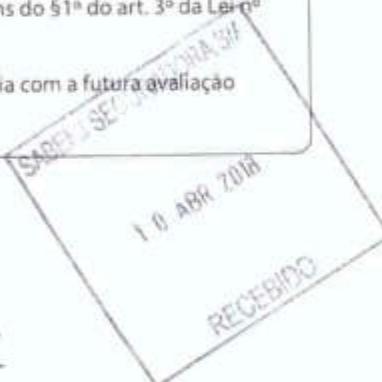
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### 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 Lider 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.



*Brasília, 28 de setembro de 2018*

Local e Data

*+ Antônio Sáenzia de Oliveira*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Identário 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)
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		Empresa		Conjuge		
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 GREYEK DE CASTRO FERNANDES			CRM/UF 9575/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA	
Observação				
Alta		Data/Hora Liberação ____ / ____ / ____	às ____ hs.	Tipo de Saída ( ) Alta    ( ) Internação    ( ) Óbito
Painéis Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)
				PA (mmHg)

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

*Re u prnt. P*

*450*

*Arte Mar 232 desse m/ → (10:50) Estag. Karol*

*01 p m.m.*

*Referencia 325.421*

*Nreyek de Castro*  
Médica  
*CRM-CE 9575*

*NAILTON GREYEK DE CASTRO FERNANDES - CRM: 9575*

*Josilane Campos.*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

*10 ABR 2018*

*REC 000*

# 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: 00000050265-4

---

Nr. da Autenticação 9AF238BE35217EB1







Esta é a segunda via de

**FEV/2018**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N.º **513435310**

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Valério, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza/CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 106.848-3

A taxa básica de juros da economia

foi revisada para 4,50% a.a.

26 de janeiro de 2012

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 11 03800 23 0249551

Medidor

Poste

Nome DANILo GOMES ARTUR

2054725

0000 A38W

Endereço Postal

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

RG / CPF / CNPJ 873.649.133-00

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

#### VENCIMENTO

**23/02/2018**

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

#### TOTAL A PAGAR (R\$)

**90,47**

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. Proxíma Leitura

15/03/2018

#### ÁREA 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 PROPORCIONA PARCEL MULTA JUROS CORRECÃO	0,90
MULTA MORATORIA	1,33
QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO	23,20

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

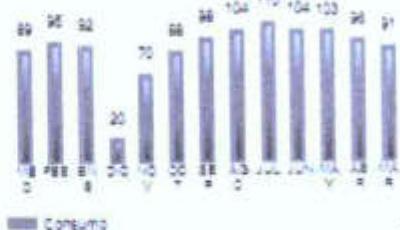
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 6,75

Conjunto CRATEUS

Mês DEZ/ 2017

DI (h)	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
5,55	11,10	22,21	0,00	1,36	1,36	10,34
3,23	6,47	12,95	0,00	1,00	1,00	6,00
3,20			0,00			

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

**6567453-7**

Nº da Nota Fiscal: **513435310**

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

Data de Emissão:

**28/02/2018**

Referência: **FEV/2018**

Nº de Controle: **0006567453 00037 4347 2 61**

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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221264 ou 0800 0221206 (exclusivo 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Danilo Gomes Antônio inscrito (a) no CPF/CNPJ 373.649.133 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Sébastião de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 212.225.333 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Sébastião 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	Rua Dr. Faú Tomé	Número	1379	Complemento	-
Bairro	Centro	Cidade	Ecatevi	Estado	EE
Email	sontordebora21@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	9.9690-3249	Telefone celular (DDD)	88 9.9436-7264

Chácara 28 de Fevereiro de 2018  
Local e Data

Danilo Gomes Antônio

Assinatura do Declarante





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS  
Guia de atendimento - EMERGENCIA

Impressão: 24/10/2017 19:35

Página 1

v2017001

DADOS DO PACIENTE

Centro	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Gua de Autorização
24178	0004	ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA	703009839843078	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
Identidade:	42514682		Outro	Masculino
Data de Nascimento	20/01/1960	Local		Idade
		INDEPENDENCIA/CE		57 Ano(s)
Nome	SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA	Mãe	RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA	
Endereço	RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Bairro	SAO VICENTE	UF
Profissão	Empres	CEP	63700-000	CE
Responsável	MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS	Município	CRATEUS	Telefone
				88 99830242
		CPF do Responsável	Endereço	
			RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	
				UF
				CE

DADOS DO ATENDIMENTO

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

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

Motivo do Aten

Re u prnt. P?

~~tempo~~  
Prova Mar 232 desse m<sup>o</sup> → (10:50) Estag. Karol  
Ctra Prova desse m<sup>o</sup> → (10:50) Estag. Karol  
01 p m.m.s.

Alferes  
325.421

Josilane Campos.  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

Greyek de Castro

Médico

CRM-CE 9575

NAILTON GREYEK DE CASTRO FERNANDES - CRM: 9575



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Impressão: 25/10/2017 07:49

Página 1

v2017001

DAOS DO PACIENTE

Prontuário 124778	Atendimento 0006	Nome do Paciente ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA		Número do Cadastramento 703000000000000078		Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 42514682				4. Estado Civil Outro		Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/01/1960	Local INDEPENDENCIA/CE					Idade 57 Ano(s)
Paiz 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 Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS	Empresa	Cônjugue		Município CRATEUS	UF CE	
CPF do Responsável	Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613					

DAOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 25/10/2017	Hora 07:49	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA\TRAUMATO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE	
Observação				
Sala	_____	_____	_____	( ) Alta
Sinais Vitais	Altura (cm)	T (°C)	P (ppm)	R (ppm)
Peso (kg)			80	
				PA (mmHg)
				130X90

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

*Perce em leme  
me rebel E em oleo  
e min leme sumi  
nog obre a mdcota.  
no ole puto E spa  
fule o le pule  
fule le lus  
womos + osd 1F D. 10/10*

SAB 11 SET 2016  
8 ABR 2016

RECEBIDO

*Assinatura*  
969711-9-1

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945

Dra. Bejines S. Resende  
Médica  
CREMEC 1092

*Josilane Campos*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

**Guia de atendimento - CONSULTORIOS**
**DADOS DO PACIENTE**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO**

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

Observação

zia \_\_\_\_\_ Data/Hora Liberação \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.      Tipo de Saída  
 nais Vitais      Altura (cm)      T (°C)      P (bpm)      R (impm)      PA (mmHg)      130X80  
 peso (kg)      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      98      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 otivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)  
 3/02/98

*Primeras punciones  
de muñeca  
y espalda*



JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

*Josilane Campos*  
 Assinatura Paciente/Responsável  
 Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS



FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 26/10/2017 12:38	Quarto/Leito 056-0001	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Setor CLINICA CIRURGICA
Convênio SUS		Matrícula	Autorização	Dias 0
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA				CRM 6945
CID Principal				CID Complementar

Observação

Internado nesse setor por falta de vaga

Usuário MARAIZA VIEIRA BARBOSA	Procedimento SUS	Sispronatal	
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.



:RATEUS, 26 de outubro de 2017.

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: MARAIZA VIEIRA BARBOSA

*Josilane Campos*

Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SBSC - MSB

Q9810713

24810713

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SBSC - MSB

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio Sebastião da Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

124778

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO  
20/01/1960

9 - SEXO

Masc. X1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raumuda Silvana da Oliveira

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Vila das

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE 63100-000

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rins cheio de urina e cale  
 urina em cheiro e  
 uriníssima / urin

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Rins com fundo  
 fundo de urina

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

S525

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040802011712

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNACAO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

26/10/17

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

Dr. Frederico Soárez

RECEBIDO  
10 ABR 2018

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

CRMESP/CE 16692

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

26/10/17

CRMESP/CE 136473-46

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

CIRÚRGICA

Paciente ANTONIO SEBASTIÃO DE OLIVEIRA  
Data da Int 26/12/2017 Id. de Nasc 30/01/1961  
Convenio SUS Frontuário 124778 DATA  
Município CRATEUS-CE  
Nome da Mae RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA

PACIENTE

LEITO

## INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA	
	REALIZADA	

CIRURGIÃO	Dr. Jamel	CRM
		CRM

AUXILIARES	1º	CRM
	2º	CRM
	3º	CRM
	4º	CRM

ANESTESIOLOGISTA	Dr. Mohammed
TIPO DE ANESTESIA	Sedacau.

PATOLOGISTA	
INSTRUMENTADOR(A)	Dr. Inacio

CIRCULANTE	Dr. Fabrício
ACHADOS OPERATÓRIOS	

- Fígado médio  
- fígado moloso  
- fígado granuloso  
- Câncer biliar



# Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILIC

Paciente: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA  
 Data da Int: 26/10/2017 Di de Nasc: 20/01/1960  
 Convênio: SUS Prontuário: 124778  
 Município: CRATEUS-CE

## ANESTESIA

DATA

Nome da Mae: RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA

LEITO

PACIENTE

TIPO DE CIRURGIA

TEMPO DE SALA

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	P. ARTERIAL

TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	MATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	URINA

AP RESPIRATÓRIA *(m)* ASMA *maya* BRONQU *maya*

AP. CIRCULATÓRIO *(m)* ECG

AP. DIGESTIVO *(m)* DENTES *m* PESCOÇO ALÉRGIA *maya*

AP URINÁRIO *m* ESTADO MENTAL *m*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO RISCO ATARÁXICOS

ANESTESIAS ANTERIORES CORTICÓIDES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA HORA EFEITO HIPOTENSORES OUTROS

HORÁRIO *(m)* INDUÇÃO

Agentes Anestésicos *(m)* SATISFATÓRIO EXCITAÇÃO

LARINGOESPASMO LENTA

TOSSE NÁUSEAS

VÔMITOS OUTROS

MANUTENÇÃO



*0 min e 10 min*

ANESTESIA SATISFATÓRIA

SIM  NÃO  
NÃO PORQUE?

10 APR 2018

DESPERTAR

REFLEXOS NASO

OBSTRUÇÃO CO<sub>2</sub>

EXCITAÇÃO NÁUSEAS

VÔMITOS OUTROS

PARA O LEITO CÂNULA

SIM  NÃO

CONDICIONES

BALANÇO

PERDA SANGUÍNEA APROXIMADA ml

VOLUME SANGUÍNEO REPOSTO ml

TEMPO CIRÚRGICO h

DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO h m

RECEBIDO

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA

CIRURGIA

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO<sub>2</sub> = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoenterica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.



SOCIEDADE BENEFICENTE  
HOSPITAL SÃO LUIZ

HF SAO CAMILO

Impressão: 19/12/2017 07:35

Página 1

v2010KB

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

ontário 24778	Atendimento 0017	Nome do Paciente: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA		CNS 70.3009839843078	Guia de Autorização	
CPF: 212.225.333-91		Identidade: 42514582		Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
ata de Nascimento 20/01/1960		Local INDEPENDENCIA/C				Idade 57 Ano(s)
SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA		Mae RAINUNDA SILVANA DE OLIVEIRA		UF CE	CE	Telefone 88 99830242
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613		Bairro SAO VICENTE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	
Profissão JAMIL SANCHES JORQUEIRA		Conjuge				
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS		CPF do Responsável	Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Município CRATEUS	UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/12/2017	Hora 07:35	Convenio SUS	CRM/UF 6945/CE	CID		
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA				Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente		Fun. Sobreira MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA				
Observação		Date/Hora Liberação	as. hs.	Tipo de Saída ( <input type="checkbox"/> Alta) ( <input type="checkbox"/> Internação) ( <input type="checkbox"/> Óbito)		
Sala						
Sinais Vitais Peso (kg) 84		Altura (cm)	T (°C) 35°C	P (bpm) 80	R (impr.) (+)	PA (mmHg) 120X80

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

Spor 36/-

musel / musel  
d'ee / musel  
at / musel & al



JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

## FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

12017301

Nome  
**ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA**

Nascimento  
**20/01/1960**  
 Local  
**INDEPENDENCIA**  
 Sexo  
**Masculino**  
 Documento(s)  
**CPF: 212.225.333-91** | Identidade: 42514632  
 Endereço  
**RUA MANOEL AGOSTINHO**  
 Fone  
**(88) 9963-0142**

Responsável  
**MARIA JOSEANE CAMPOS DO NASCIMENTO**  
 Endereço Responsável

Mãe  
**RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA**

Data/Hora  
**20/12/2017 11:38**  
 Convênio  
**SUS**  
 Médico  
**JAMIL SANCHES JORQUE RA**  
 CID Principal:

Observação  
**AIH: 2317101137230**

Usuário  
**MARAIZA VIEIRA BARBOSA**

Data Saída  
 Hora  
 Cadastrado na Saída

## DADOS DO PACIENTE

Nome <b>ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA</b>	Local <b>INDEPENDENCIA</b>	País/Nationalidade <b>Brasil</b>	Estado Civil <b>Casado</b>	Religião <b>NÃO DETERMINADA</b>	Prontuário/Atendimento <b>124778/0020</b>
Sexo <b>Masculino</b>	Raça/Cor <b>Pardo</b>	Profissão <b>Operário</b>	Nº <b>013</b>	Município <b>CRATEUS-CE</b>	Idade <b>57 Ano(s)</b>
Documento(s) <b>CPF: 212.225.333-91</b>	Identidade: 42514632	Bairro <b>SAO VICENTE</b>	Em rese	CNPJ do Responsável <b>70.3009.639.8430-78</b>	CEP <b>63700-000</b>
Endereço <b>RUA MANOEL AGOSTINHO</b>	Fone <b>(88) 9963-0142</b>	Pa <b>SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA</b>		Fone Empresa	
Responsible <b>MARIA JOSEANE CAMPOS DO NASCIMENTO</b>	Endereço Responsável			Fone Responsável	
Mãe <b>RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA</b>					

## DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora <b>20/12/2017 11:38</b>	Quarto/Leito <b>013-0002</b>	Aposento <b>ENFERMARIA</b>	Clin ca <b>CITURGICA</b>	Setor <b>CLINICA CIRURGICA</b>
Convênio <b>SUS</b>	Matrícula		Autorização	Dias <b>2</b>
Médico <b>JAMIL SANCHES JORQUE RA</b>				CRM <b>6945</b>
CID Principal:			CID Complementar	

Observação  
**AIH: 2317101137230**

Usuário  
**MARAIZA VIEIRA BARBOSA**

Data Saída  
 Hora  
 Cadastrado na 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.

*Maria Joseane*



CRATEUS, 20 de dezembro de 2017.

Assinatura do paciente  
 responsável pela impressão: MARAIZA VIEIRA BARBOSA

*Maria Joseane*

Assinatura do responsável



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

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
Profissão	E-mail	Conjuge			Telefone 88 99830242
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS	ISPF 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	CRM/IF 6945/CE	GD
Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA			Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente			Funcionária MAIRTA MOTA VENANCIO DO VALE		
Observação					
Sala	Data/Hora Liberação		ás	hs	Tipo de Saída ( ) Alta      ( ) Internação      ( ) Óbito
Sinais Vitais Peso (kg): 84	Altura (cm)	(°C)	36	80	PA (mmHg) 100/80 6

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

SP<sup>0</sup> = 96

Perdeu parte  
do pé direito  
não sente dor



Josilane Campos  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

Paciente: ANTONIO SEBASTIÃO DE OLIVEIRA  
Nº: 124778 Convênio: SUS  
Nascimento: 28/01/1960  
da Mãe: RAHMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA  
Endereço: CRATEUS-CE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DN: — 1 — 1 —  
PRONTUÁRIO: —DATA: 20/12/17

ETOR:	C C T	LEITO:	13.2	CONVÊNIO:	S U S	APRAZAMENTO
01			20112			
02			<i>gato tigre aque cada</i>		OK /	
03			<i>gato tigre</i>		500 (F2:55) 500 ( )	
04			<i>gato tigre 17461m</i>		15V 21 03	
05			<i>gato tigre</i>			
06						
07			<i>14 C</i>			
08			<i>14 C</i>		200	
09			<i>14 C</i>			
10						
11			<i>14 C 66</i>			
12						
13			<i>14 C 66</i>			
14						
15			<i>14 C 66</i>			
16						
17			<i>14 C 66</i>			
18						
19			<i>14 C 66</i>			
20						
21			<i>14 C 66</i>			
22						
23			<i>14 C 66</i>			
24						
25			<i>14 C 66</i>			

Evolução Médica:

SABESP/SEGURADORAS RJ

11 ABR 2018

RECEBIDO

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

S. M. D.

2 - CODIGO

2418101713

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

D. B. P. C.

4 - CODIGO

2418101713

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Belarmino de Oliveira

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

1221778

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/01/1960

9 - SEXO

Masculino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Josefa de Souza do Nascimento

10

11 - FONE DE CONTATO

N.º DO FONE

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

Manoel Góes, 613 - São Vicente

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São Vicente

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO + 18 - UF

CE 63 700-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Amostra com leucocitose  
 me manda com febre e  
 calafrios / mal

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

BPC

19 APR 2018

RECEB

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA/ DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Amostra ótima para

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Amostra ótima para

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

1

OA 1933 22935

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

2018/01/17

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

5

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

Dr. Frederico Simão

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Médico - Auditor

CPF: 004.736.473-46

00/12/17