

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180326094 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CHAVES GOMES **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIDA CORTO CONTUSA EM JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - SUTURA + LIMPEZA CIRÚRGICA + ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS PRESENTES NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO CHAVES GOMES

Nº Sinistro: 3180326094

Vitima: FRANCISCO CHAVES GOMES

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180326094**.

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 13121266



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO CHAVES GOMES

Nº Sinistro: 3180326094
Vitima: FRANCISCO CHAVES GOMES
Data do Acidente: 16/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180326094**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

778.748.543-49

Nome completo da vítima

FRANCISCO CHAVES GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO CHAVES GOMES		CPF titular da conta 778.748.543-49	Profissão PORTEIRO
Endereço RUA PEDRO COELHO		Número 117	Complemento
Bairro ITAOCÁ	Cidade FORTALEZA	Estado CE	CEP 60.740-400
Email LASEGUROS.DPVAT@HOTMAIL.COM			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
 ☐ 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.
1563

D/V

CONTA

NRO.
00025827

D/V

6

(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.

FORTALEZA, 08 de JUNHO de 2018

Local e Data

Francisco Chaves Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1924 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **07/05/2018 09:10:51**Data / Hora da Ocorrência: **16/10/2017 06:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL, 5581**

Complemento:

Bairro: **JANGURUSSU**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **DISTRIBUIDORA DE GESSO MIL****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO CHAVES GOMES**Nascimento: **09/01/1975** CPF: **778.748.543-49**CNH: **06063137387**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARLENE CHAVES GOMES****FRANCISCO DE ASSIS GOMES**Endereço: **RUA PEDRO COELHO, 30 CASA**Bairro: **ITAOCA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.740-460**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98622-0367****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OZA2241** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KC1680FR301066** Renavam: **1050481353** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** AnoFabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO CHAVES GOMES** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OZA-2241-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. PERIMETRAL E ESTAVA CHOVENDO NO LOCAL; QUE UM PEDESTRE QUE ESTAVA EMPURRANDO UMA BICICLETA E ATRAVESSANDO A VIA, QUE AO PERCEBER QUE VINHA UMA MOTO NA VIA, TENTOU RETORNAR E A VITIMA AO FREAR PARA NAO COLIDIR, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E DERRAPOU NA PISTA, VINDO AINDA A SE CHOCAR COM A BICICLETA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULAR QUE PASSAVA NO LOCAL, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/05/2018 09:21:15

Cartório Cavalcanti Filho

Oscar Jorge Ribeiro Cavalcanti

Rua 7 de setembro, 100

Fone: (85) 3225-0341 - 114

A U T F M T F A

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do

apresentado.

Fortaleza, 15 de maio de 2018. 08:10:51. Mendrin.

Porta-Sigilo: Gomes, Rito (Secretaria)

Encl.: R\$ 1,28 JALAS: R\$ 1,07 Total: R\$ 2,35 Fone: 3261



Cartório Cavalcanti Filho

Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI

Rua 7 de setembro, 100 • CEP: 60.720-000 • Parangaba • Fortaleza • Ceará
Fone: (85) 3225-0541 • Fax: 3245-1906 • e-mail: ccavalcanti@ccavalcanti.com.brReconheço por autenticidade a firma abaixo:
FRANCISCO CHAVES GOMES

e Dou fé, Fortaleza, 9 de maio de 2018. 08:23:57. Cod.: (1960879665701) 1

Regina Marcia da Guia Farias (Escrevente Autorizada)

Emol.: R\$ 2,58 TAXAS: R\$ 1,58 Total: R\$ 4,16 Func: Jose Gadelha

Válido somente com o selo de autenticidade

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

CJ134.712

Cartório Cavalcanti Filho

Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI

Rua 7 de setembro, 100 • CEP: 60.720-000 • Parangaba • Fortaleza • Ceará
Fone: (85) 3225-0541 • Fax: 3245-1906 • e-mail: ccavalcanti@ccavalcanti.com.br**AUTENTICAÇÃO**Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original
apresentado.

Fortaleza, 15 de maio de 2018. 08:10:52. Usário: sue

Maria Sueli Gomes Pinto (Escrevente)

Emol.: R\$ 1,28 TAXAS: R\$ 1,07 Total: R\$ 2,35 Func: sue

Válido somente com o selo de autenticidade





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1924 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

Cartório Cavalcanti Filho
Rua 7 de setembro, 160 • CEP: 60.720-000 • Parangaba • Fortaleza • Ceará
Fone: (85) 3225-0541 • Fax: 3245-1908 • e-mail: ccavalcanti@netmail.com.br

AUTENTICACÃO
Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado.
Fortaleza, 15 de maio de 2018, 08:06:43, Usuário.: sueli

Maria Sueli Gomes Pinto (Escrevente)
Emol.: R\$ 1,28 TAXAS: R\$ 1,07 Total: R\$ 2,35 Fun.
Válido somente com o selo de autenticidade



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

FRANCISCO CHAVES GOMES

CPF da Vítima

778 748.543-49

Data do Acidente

16/10/17

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.

FORTALEZA, 08 de JUNHO de 2018

Local e Data



X FRANCISCO CHAVES GOMES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE FRANCISCO CHAVES GOMES		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5083880	Nº DO BE 236166
NOME RESPONSÁVEL MARLENE CHAVES GOMES		NASCIMENTO 09/01/1975(42 ANOS)	SEXO M	RAÇA/COR PARDO	
RUA PEDRO COELHO 117 PARANGABA		MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP NI	UF CE	
TELEFONE (65) 98883-9330		OCORRÊNCIA			
1.4 OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
CORIAÇÕES EM JOELHO E		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO			
		ESCALA DE DOR 3 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS		PULSO NI		GLICEMIA NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSILENE GOMES DE BRITO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 16/10/2017 07:41:00			
ÁREA ATENDIMENTO		ATENDIMENTO MÉDICO			
15 - EMERGÊNCIA CIRÚRGICA		<i>Excoriações em ME e Joelho ex- fusão Cupula de + (ATB) - Prof. do Tórax Cupula de +</i>			
CIC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X		PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO			
MEDICAMENTO		CID			

Q3010/0072

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 16 JUL 2018

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () OBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL

Assinado por rosilene gomes de brito em 16/10/2017 07:41:00

Declaro verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 7º

INTERPRETE
09 11 12

Francisco Chaves Gomes
francisco chaves gomes

04.835.157/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tenente Osório
Messegana - CEP 60.110-000

Sigues

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO CHAVES GOMES
End. Leitura: RU PEDRO COELHO, 117, ITAOCÁ
Cidade: FORTALEZA

CEP: 60740-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 001

Setor: 020
Subsetor: 00Quadra: 022-1
Subquadra: 00

Lote: 0209

CEP:
Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem³	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R12F260998	804	817	13	12

DATAS

Leitura Atual: 04/05/2018

Emissão: 04/05/2018

Lacre Água: 1263141

Leitura Anterior: 01/01/2018

Próxima Leitura: 06/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	534	534	532	534	534
Em conformidade	507	522	520	500	531

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	38,80	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	14,97	MAR/17	12	0
		ABR/17	13	0
		MAY/17	13	0
		JUN/17	12	0
		JUL/17	12	0
		AGO/17	10	0
		SET/17	11	0
		OUT/17	13	0
		NOV/17	13	0
		DEZ/17	13	0
		JAN/18	13	0
		FEB/18	10	0
		MAR/18	10	0
		ABR/18	17	0

Em caso de dívida ou agendamento
de perícia, ligue nos telefones:
(85) 98854-1292 / 99250-8688

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PTIS	8,49	VALOR DO SERVIÇO	60,10
COFINS	2,47	VALOR DO SUBSIDIO	13,42
		VALOR TOTAL A PAGAR	81,85

ONDE PAGAR SUA FATURA: 1: 352623053797729 L: 3647 H: 11 51:48 R: 074 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BNC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
Mobile

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155 Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1918. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

Consulência Jurídica
Edu. E Mkt. Participa.
Consultoria

155
Sistema de Atendimento

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 002800225

Código de Responsável:

Mês/Ano: 05/2018

Local: 001

Setor: 020

Quadra: 022-1

Lote: 0209

Comp: 0000

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 17/05/2018

Total (R\$): 81,85

82650000000 3 51850009300 1 00280022501 9 00068222015 7



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 16 JUL 2018
Nome:

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 779.233.323-04 / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO CHAVES GOMES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 778.748.543 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
FRANCISCO CHAVES GOMES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 778.748.543 / 49, 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 ANSALUZIA</u>		Número <u>455</u>	Complemento
Bairro <u>PEDRAS</u>	Cidade <u>FORTALEZA</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60.874-610</u>
Email <u>MASEGURADOS@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(85) 98854-1292</u>

FORTALEZA, 08 de JUNHO de 2018
Local e Data

x Alexandre de Oliveira
Assinatura do Declarante





CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Francisco Chaves Gomes, encontra-se internado nesta unidade hospitalar desde o dia 24.10.17, sob registro de N° 314044, sem previsão de alta.

Fortaleza, 26 de Outubro de 2017

Atenciosamente,



REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Francisco Clara Gomes

Data da Operação: 22/10/17 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: <u>Victor Ribeiro</u>	1º Auxiliar: _____
2º Auxiliar: _____	3º Auxiliar: _____
Instrumentador: _____	Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pré-operatório: lesão
permeio infectado no joelho

Tipo de Operação: limpeza cirúrgica

Diagnóstico Pós-operatório: _____

Relatório Imediata Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Ante durante a operação: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
APOSTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
Emanuelle Monteiro
Mat. 753

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- 1 - Ponto em ODH sob sedação
- 2 - Contusão e cirurgia - compimento
- 3 - Cebulor: brio machado em joelho direito
- 4 - Realizado: - debridamento cirúrgico
- revascularização de bordas
- aproximação de bordas
- 5 - Curativo

[Assinatura]

COMPREV. SEC. MUN. DE SAÚDE
E PREVENÇÃO DE RISCOS
REC: 16 JUL 2018
Nome: _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 16 JUL 2018

ATA: / /

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glicemias	Insulinas	Ru	a
11:				
16:				
20:				
06:				

SINAIS VITAIS			
HORÁRIO:	22h		
P.A.:	130/80		
TEMP.º:	36,8º		
P / MIN.:			
M.V. / MIN.:			

[illegible]

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
REC 16 JUL 2018
Nome:

TESTO QUE COM CONFERE COM ORIGINAL

Emmanuel Monteiro
1904-1964

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

NAME:

Two charges come

IDADE: / 10 ENF.:

LEITO:

Nº. PRONTUÁRIO:

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
1:	74	0	buena
15:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS			
HORÁRIO:	900h		
P. A.:	120 x 90		
TEMP.°:	36		
P. / MIN.:	—		
M. V. / MIN.:	—		

[illegible]

COMPRES SEGUROS
E PREVIDENCIA SA
REC. 16 JUL 2018
NOTA:

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			/ /	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
02/11/17	FISIOTERAPIA Paciente masculino, 42 anos, Evoluí Acomodado, calmoso, orientado, cooperativo, disposto em um ambiente, não apresenta mais. Realizo fisioterapia no MM. <i>Fabiola M. Ramos</i> FISIOTERAPEUTA CREFITO: 154362-F HOSPITAL DISTINTAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL <i>Emanuelle Monteiro</i> Mat. 763 <i>Retinal de Jorgense</i> <i>Est. 12</i> <i>Vanessa de Paula Gomes</i> 22-EST-BO-000-000-000 SOLUÇÃO DE PAGAMENTO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. REC. 16 JUL 2018
03/11/17	FISIOTERAPIA Paciente masculino, 42 anos. Evoluí Acomodado, calmoso, orientado, disposto em um ambiente. Realizo fisioterapia no MM e respiratória. <i>Fabiola M. Ramos</i> FISIOTERAPEUTA CREFITO: 154362-F
31/10/17	Oculista Exame oftalmológico, 42 em HN. PO LC + sutura pequena D. corneal, opaco, eufico, apical deixa de 2.0. Hipermetropia: Prescrição com lentes D. com dioptrias: 1.00/1.00/1.00 relatando os pontos por onde o campo de visão Dr. Jansen. Blumstein fisiologia presentes

DATA

EVOLUÇÃO

Pneu

Café

A

Jansen de Sousa Gomes
CRM: 153-72
R. 153-72

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

E

Emanuele Monteiro

Méd. 753

FISIOTERAPIA

04

11

17

Paciente 42 anos, HD. P.O de limpeza cirúrgica em Joelho (D) evolui consciente, orientado, verbaliza adeq. responde em ar ambiente, refere dor e fadiga muscular em MIE (D) realiza fisioterapia manual em MIE (D) e tornozelo (D), não mobiliza Joelho (D).

Emanuele Silva de Sousa
Fisioterapeuta
CREMIO 224681-F

COMPREV SEGUR
E PREVIDÊNCIA S/A

REC. 16 JUL 2018

USIAA
(M)

7 Regenera

Evolui estável, 42a 40a; PO LC + sutura Joelho D Consciente, orientado, responde, apend. Sente dor e fadiga muscular. Removido curativo, drenagem secreções purulentas. Flunivasas fisiológicas presentes. —
Apagaram 6644.

CRM - MÉDICO (A)

Jansen de Sousa Gomes
CRM: 153-72
R. 153-72

Atte. Jansen

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Prontuário

..

Leito

Data Internação

Diagnóstico

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
31/10/17 11:45	Paciente FCG, 7014, HD: DO de estudo EVOLUÇÃO ortopédica de joelho D, evoluindo estável, consciente, orientado, calmo. Higienizado, deambulando, dirto VO, unificado. Condição sono e repouso, expulso em AA. AUP em MSF normalizado. Alim-unidade presentes no período. Refere dor no movimento do membro. Realizado bloqueio de ponto central de PO para dor (com secreção sangüinolenta em média quantidade). Realiza curativo em joelho D com curativos jergonier. Utiliza SFO 900, quando quanto mobilização de membro: deves sob as curvaturas de enformação. <i>[Assinatura]</i>
31.10.17	Fisioterapia Paciente com HD: lesão injectada no joelho D, segue em ambiente, consciente, orientado, unificado, repouso dor no joelho D e joelho se toca no MTO. Realizado fisioterapia motora no quadril e tornozelo D e preservados o joelho (já se mobilizado). <i>[Assinatura]</i>
01/11/17	<i>[Assinatura]</i> HOSPITAL DISTRICTAL DR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL <i>[Assinatura]</i> Emanuele Monteiro 11/11/17
01.11.17 10:00	Paciente evolui estável, consciente, orientado, cooperativo, aleitou com a dieta oferecida, higienizado no banheiro, sendo realizado curativo em joelho direito. <i>[Assinatura]</i>

COMPREV
E PREVENÇÃO
REC. 16 JUL 2016

Nome:

Prontuário:

DATA

EVOLUÇÃO

FISIOTERAPIA

- 01 Paciente 42 anos M. P.O. de limpeza
 11 cirúrgica em joelho (D) evolui consciente
 17 orientado cooperativo e responde em
 ao ambiente, sat O₂ 97% refere dor em
 joelho (D) e fraqueza muscular em MIE,
 realiza fisioterapia motora em MIE,
 quadril e tornozelo (D), não mobiliza
 joelho (D),

Emanuella Silva de Sousa
 Fisioterapeuta
 CREFITO 224981-E

Plan

Chute

Jorge de Sousa
 CPF 390.005.153-12

02/11/17

F.C.G. M, 42 anos com Hct: PO e em joelho
 D. evolui consciente, orientado, subalergico; não
 apresenta coagulação, responde ao teste, acurácia
 dentro da normalidade, apresenta evolução favorável
 e id. da cirurgia, sem as chances de infecção
 e pós alta bem

Keyla Maria Alves Silva
 COREN-CE 114.781

Enfermeira

HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 MESO QUE LOMPA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

1247 763

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A

REC. 16 JUL 2018

CRM - MÉDICO (A)

SAME

Franklin Phillips Jones

Enferm.

Lotto

Data Internacional

Diagnóstico

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

[illegible]

29/12/17

pl w an

HOSPITAL DISTITAL M^{te} ROSE BARRROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

Pro Hermes Martins Soares
Cirurgião Geral
CRM 6805

Emanuelle Monteiro

Mat. 753

29110117 Eugene

Kivoli, 42cm + 10. 20 PO KU + Sutura,
elemento infectado no Joelho D. lamela, over-
tado, monofase, episo 1, apul. Queixa de
ta ofenda. MIB iduracido e hiperico
Renovado curativo da lesão e apresenta
necrose bordas na sutura. Aguarda reu-
laxo, melhora. Deveria espontânea. —

29/10/12
2lv
Paciente apresentar novas flechas no
folho frondoso (digo dentro do folho)
de 15 relendo alguns e incômodo na ho-
rta da proeminente. Segue sob observação
AMR
MURCOW?

Arthur M. Barr
Enfermeiro
COREN - CE 335066

COMPREV SEGR
E PREVENZIONE SIA.

REC. 10 JUL 2018

Name _____

DATA

EVOLUÇÃO

Ple

Atte

/

31/10/17
 CPF: 015.163.72
 J. C. G. de S. Gomes

30.10.17

Enfermagem

13:23

J.C.G., 22a., por HD: DO de LC + sutura.
 Evolui consciente, orientado, VNHB's, eufórico
 em os ambiente, tolerando dieta V.O., a/c
 CVP pervio, eliminações espontâneas, renovação
 curativo, s/ queixas. Segue sob os cuidados de
 equipe.

Grazielle Mara
 Enfermeira
 CRM 117.117

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

31/10

LC estéril

Atte

Emanuelle Monteiro

Apresenta ferida em
 vista da sutura.
 Retirado os pontos.

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 18/10/2017

NOME:

CRM - MÉDICO (A)

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

SAME

Nome:

Francisco Alves Fome

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

10/11/14 - Paciente com ferida infectada no joelho, olho direito no olho esquerdo.
F. C. 42a. com HD de aparência infectada.

Dr. João Maria
Médico
RM 399

24/10

18:00

F. C. 42a. com HD de aparência infectada sem HD de aparência infectada; aparência de supuração com HD de aparência infectada. Aparecimento de supuração medicamentosa. Aparecimento de supuração e eliminação de sangue com aparência de supuração.
Exatidão de aparência infectada.
Exatidão de aparência infectada.

25/10/14

Paciente com lesão infectada no joelho com HD de aparência infectada.
Bom na aparência.

HISTÓRIA DISTANTE DE JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

NÃO QUE COMA CONFERE COM ORIGINAL

+ B. Aguarda vgs no SR PT de hidratação.

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

Dr. Raphael Farias de Carvalho
UROLOGISTA - TISBU
CRM-CE 10893

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 10 JUL 2018

25/10/14

F. C. 42a. HD = lesão infectada em joelho. Exatidão de aparência infectada, V/BH, hemodinamicamente estável, de aparência infectada e/ou supuração. Aparecimento de supuração e eliminação de sangue com aparência de supuração.
Exatidão de aparência infectada.
Exatidão de aparência infectada.

Maria Alice Rocha Oliveira

Enfermeira

COREN-CE 454.339

Prontuário

DATA 26/10/17

EVOLUÇÃO

Exame físico do animal
Realizado exame

27/10/17

Cil. 6000

Serumato infectado pelo vírus
Necrose do limpa cerúmen
Realizado exame

27/10/17

11:30h

F.C.G., 42a, 3º DIL, com HD de Exame infectado em jato (D).
Sua corcova, dorso, umbigo, abdômen, e região final pupulosa.
Muita (T = 36°C), comotiva (P.A. = 120x80 mmHg), em um ambiente
Em sala que está naquela ordem. Rótulo amarelo. Em uma de Rótulo
(D+), Rótulo (D+), dependa provavelmente cirúrgico.

Claudia Marcelle B. do Nascimento
Médica Veterinária
CRM-VET 486.027

27/10/17

SN
22hs

F e 642a por de limpeza cirúrgica
em lesão de galho 5 consequente orelha
cooperativa e preceito em um ambiente
Sot. 95% FC 89 p4x130x80mmHg e liberado
dieta 20 após feita anestesia, não
urinou no período

Dra. M. Helena M. da Rocha
Corpn. 037272

HOSPITAL DISTRITAL N.º JOSÉ BATISTO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE COMA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Méd. 763

27/10/2017
20:00h
20:00h
20:00h

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 16 JUL 2018
CRM - MÉDICO (A)
Nome:

3U3

Dealing with the

Nº DO BE
180307
RACIÃO
PARDO

PARDÓ

CE

80.740-460

QC 11.15.12

ALFREDO CRUICKSHANK

29 (ADULT)

541.141

NE

OLIGOMER
NE

GRANVILLE

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
24/10/2017 14:17:50

— **VERGIL** **SHRILL**

fragments of 4 gals. no
 selling ship. can infer
 local. Filled in yep
 mixed

0301010072

DR. JOSEPH J. MEDINA
CRM 3

DECISÃO JUDICIAL () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERVENÇÃO OBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
 TIPO DO CORPO: () TAMBÉM () IRI () ANAT. PATOL

RECEIVED JULY 14 1964

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo toda e completa responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA Francisco Chaves Gomes

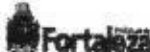
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

COMPREV SEGUROS
E PREVISIONAL S/A.
REC. 16 JUL 2018
Nome: _____



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO DE FORTALEZA
AV. Odeir de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 66.226-900
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7333

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - ORRIFON - SINA - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº da AIH:

231710332243

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE FRANCISCO CHAVES GOMES

ENDEREÇO DO PACIENTE RUA PEDRO COELHO, 117.

BAIRRO ITAOCÁ

MUNICÍPIO FORTALEZA

UF CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

1. ☒ MASC

3. ☐ FEM

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

MARLENE CHAVES GOMES

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

171.116.843-20

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

ATESTADO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

24/10/17

Emanuelle Monteiro

Dr. João Francisco B. L. F. Morais
Diretor Médico HDMa JBO
CRM 3631

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com ferimento em
pedaço em folheto direito e com
exulsa de ulceração. Necessária cirurgia
de urgência.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento de Complicação

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Exame físico + Exame Físico.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão infectada com
abscesso de ulceração

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia de urgência

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

24/10/17

24/10/17

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 16 JUL 2018



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE: *Francisco Chaves Gomes*

PRONTUÁRIO:

UNIDADE:

ENFERM:

LEITO: *210*

INÍCIO DO TRATAMENTO

DATA DA ALTA

DATA DO RETORNO

MÉDICO(A) PARA RETORNO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Tumor pelo ep. vel 4 jul

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL:

ACESSÓRIO 1:

ACESSÓRIO 2:

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO RELIZADO

*Interv. de lnx
Dm. de abscissas*

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

lpx. V.O.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 16 JUL 2018

☐ CONDIÇÕES DE ALTA

☐ CURADO

☐ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

*Retornar próximo quinta-feira
às 8h para revisão com
Dr. Jansen*

DATA:

05/11/17

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Francisco Carlos Gomes

vítima de acidente de trânsito, em 16/10/2018, sofreu:

trauma no joelho direito
com fratura exposta.
CID - S80.0 S81.0

e submeteu-se a tratamento(s):

limpeza cirúrgica
de ferimento, curativos
resuflon por 13 dias
fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:



Cicatriz exposta no
joelho direito. Ferimento
ligamentar. Inabilidade de
do joelho, movimento claudican-
te, fadiga muito
na marcha. Comprometi-
mento funcional
moderado do paciente.
Oximetria de saturação

15/05/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Fco. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810

Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente: Edilson Barros de Oliveira
Endereço: R. Pedroso, 117
Bairro: Parangaba Fone: _____
Prescrição: Ampliação de vídeo
2) GASTAXINA 500mg - 20bg
3) Pipocul 100mg - 20bg
4) Pipocul 2X 100mg
46/10/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Identificação: _____

Órgão Emissor: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome Completo: _____

Identificação: _____

Órgão Emissor: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____

1ª via da Farmácia 2ª via do Paciente



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV
H.D.Mª JOSÉ B. DE OLIVEIRA.



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Endereço: Av. General Ósorio de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba
Fone: 85 - 3131-7321 / 3131-7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará
CNPJ: 07.835.044/0002-61

Paciente: Fa Chade bone

Endereço: Tr. Letha

Bairro: Parangaba

Prescrição: Prescrição de vídeo

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identificação: _____

Orgão emissor: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

UF: _____

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____

1ª via da farmácia - 2ª via do paciente

Diagnóstico: Síndrome patelofemoral
de patela E.

Tratamento: Exercícios
musculares
do joelho
e
alongamento
da cadeia posterior

Obs.: _____

Dulce
Fisioterapeuta

Nº SS	DATA	ATENDENTE
01	06/02/18	
02	08/02/18	
03	16/02/18	
04	20/02/18	
05	27/02/18	
06	06/03/18	
07	26/03/18	
08	02/03/18	
09	06/03/18	
10	08/03/18	



Diagnóstico: Síndrome patelofemoral
de patela E.

Tratamento: Exercícios
musculares
do joelho
e
alongamento
da cadeia posterior

Obs.: _____

VIVIANE SILVA
Fisioterapeuta

Nº SS	DATA	ATENDENTE
01	12/03/18	
02	14/03/18	
03	16/03/18	
04	05/04/18	
05	11/04/18	
06	19/04/18	
07	25/04/18	
08	02/05/18	
09	17/05/18	
10	21/05/18	

AVISOS IMPORTANTES

1. PASSE PELA RECEPÇÃO, ANTES DE INICIAR SEU TRATAMENTO DIÁRIO.

2. TRAZER UMA TOALHA PARA USO PESSOAL

3. ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA

4. PROIBIDO ACOMPANHANTES NO SETOR DE FISIOTERAPIA EXCEÇÃO FEITA A APENAS A CRIANÇAS, IDOSOS E PACIENTES DE CADEIRA DE RODA, ESTA MEDIDA EVITA O AGLOMERADO DEIXA O SETOR ORGANIZADO E PERMITE MAIOR EFICIÊNCIA NO TRATAMENTO



ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
FISIOTERAPIA

Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fones: (85) 3292-0153 / 3232-3222

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA CONVÊNIOS

Nome F. S. Chaves
Gomes
Convênio _____

Data 01.02.2002

SEG. À SEXTA 07:30 ÀS 19:00

Diagnóstico: _____

Tratamento: _____

Obs.: _____

Fisioterapeuta

Nº SS	DATA	ATENDENTE
01	08/05/18	[assinatura]
02	29/05/18	[assinatura]
03		[assinatura]
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. REC. 16 JUL 2018
NOME: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1097288309	NOME FRANCISCO CHAVES GOMES
	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 98675 MTPS CE
	CPF DATA NASCIMENTO 778.748.543-49 09/01/1975
	PLACAR FRANCISCO DE ASSIS GOMES MARLENE CHAVES GOMES
PROIBIDO PLASTIFICAR 1097288309	PERMISSÃO ACC CAT. HAB. [] [] AB
	Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO 06063137387 12/11/2018 08/05/2014
	OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV. REMUNERADA;
	ASSINATURA DO PORTADOR 
	LOCAL DATA EMISSÃO FORTALEZA, CE 08/05/2015
ASSINATURA DO EMISSOR 61740608936  CE147432758	
DETALHE DA CARTA	

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 REC. REC. 16 JUL 2018
 Nome:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 16 JUL 2018
Nome: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIONÊTICAS

 Polegar Direito



PROIBIDO PLASTIFICAR

Alexandre de Oliveira

IDENTIFICADO REGULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 93017019257 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/05/2017

NOME ALEXANDRE DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 04/09/1978

DOC. ORIGEM CERT. CASAM.. C/ AVERB. DIV - CARTÓRIO: ANT BEZERRA

TERMO: 56110 FOLHA: 277 LIVRO: B-99 FORTALEZA - C

CPF 779.233.323-04

2 VIA

Alexandre de Oliveira

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **013194205810**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 CDD RENAVAM 01050481353 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
FRANCISCO CHAVES GOMES

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 77874854349 PLACA QZA2241/CE

PLACA ANT / UF /CE CHASSI 9C2KC1680FR301066

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC QOR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS
I ***** 1 *****
P ***** 2 *****
V ***** 3 *****
A *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 19/01/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº **013194205810** BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/01/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 77874854349 PLACA QZA2241

RENAVAM 01050481353 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2015 CAT. TARIF 09 Nº CHASSI 9C2KC1680FR301066

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$) 185,5

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 18/01/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

MOTOR: KC16E8F301066 00655

COMPREV SEGUROS
E PRESENCIA S/A.
REC. 18 JUL 2018
Nome:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258760/18
Vítima: FRANCISCO CHAVES GOMES
CPF: 778.748.543-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/10/2017
Titular do CPF: FRANCISCO CHAVES GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALEXANDRE DE OLIVEIRA : 779.233.323-04

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

FRANCISCO CHAVES GOMES : 778.748.543-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2018
Nome: ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 779.233.323-04

ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180326094 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CHAVES GOMES **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISCO CHAVES GOMES, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, profissão Porteiro, CI RG nº
3003663 95, CPF/MF nº 778.748.543-49, residente e domiciliado(a)
à Rua PEDRO COELHO 117, Cidade de
FORTALEZA, Estado CEARA, CEP:
60740460, telefone (85)98622-0367, (85)98883-9330.

OUTORGADO: ALEXANDRE DE OLIVEIRA,
CNPJ/CPF _____,
sob o n.º 779.233.323-04, com endereço profissional à
RUA ANDALUZIA, 455, PEDRAS, na cidade de
FORTALEZA, Estado do CEARA.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cartório Cavalcanti Filho
Rua 7 de setembro, 160 - CEP: 60.170-000 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3225.0541 - Fax: 3245.1938 - e-mail: cavalcanti@cartoriofilho.com.br

Reconheço por autenticidade a firma abaixo:
FRANCISCO CHAVES GOMES
e dou fé. Fortaleza, 9 de maio de 2018. 08:23:58. Cod.: (1908877665701) 1
Regina Marcia da Gama Farias (Escrevente Autorizada)
Escr.: R\$ 2,98 TAXAS: R\$ 1,58 Total: R\$ 4,56 Func: Jose Gadelha
Válido somente com o selo de autenticidade

RECONHECIMENTO DE FIRMA
C134.713

Fortaleza, 07 de Maio de 20 18.

Francisco Chaves Gomes
OUTORGANTE

