
Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180496553

Vitima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180496553**.

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 13504852



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180496553
Vitima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 25/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CICERO INACIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180496553**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA CPF: 046618153-19
 Profissão: MOTORISTA Endereço: ANTONIO DIAS SOBRINHO Número: 521 Complemento: CASA
 Bairro: LIMOEIRO Cidade: JUAZEIRO DO NORTE Estado: CE CEP: 63020-110
 E-mail: _____ Tel. (DDD): 88) 9-9770 8595

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

DADOS CADASTRAIS

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0433 2 CONTA: 69830 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital de vítima ou beneficiário: _____
 Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Cleone Inacio do Siqueira
 Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

 LIDER CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS: _____



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: **3180-496553** CPF da Vítima: **046.618.153-19** Nome completo da vítima: **JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA		CPF titular da conta 046618153-19	Profissão MOTORISTA
Endereço RUA - ANTONIO DIAS SOBREIRA		Número 521	Complemento CASA
Bairro LIMOEIRO	Cidade JUAZEIRO DO NORTE	Estado CEARA	CEP 63020110
Email			Telefone (DDD) 88) 9-97893195

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 ATE 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. **0433** D/V **2** CONTA NRO. **69830** D/V **X**
(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.

JUAZEIRO DO NORTE-CE de **26** de **OUTUBRO** de **2018**
 Local e Data

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 6359 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/06/2018 10:07:50**
Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2017 01:25:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 22 DE JULHO**
Complemento:
Bairro: **LIMOEIRO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **07/01/1991** CPF:
RG: **556369105** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA**
JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA ANTONIO DIAS SOBREIRA , 521**
Bairro: **LIMOEIRO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9787-3195**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUX6023** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2HB0210AR106900 Renavam: **212734725** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2010**
Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
EDUARDO FILGUEIRAS CALLOU Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Comunica que quando trafegava numa Moto Honda Pop 100, de Cor Preta, veio a cair de aludida Moto em razão de ter que desviar de outra Motocicleta que trafegava em sentido contrário, cujo condutor não sabe identificar, o qual conduzia sua moto de maneira imprudente, causando-lhe, em razão do acidente, fratura na clavícula direita e escoriações na região do crânio e nas pernas; QUE foi socorrido por populares e levado para a Unidade de pronto Atendimento (UPA), do bairro Limoeiro, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, sendo transferido depois para o Hospital Regional do cariri, nesta urbe, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Danielo T. de Medeiros
DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARIANO ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

22 OUT. 2018

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA CPF: 046618153-19
 Profissão: MOTORISTA Endereço: ANTONIO DIAS SOBRINHO Número: 521 Complemento: CASA
 Bairro: LIMOEIRO Cidade: JUAZEIRO DO NORTE Estado: CE CEP: 63020-110
 E-mail: _____ Tel. (DDD): 88) 9-9770 8595

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

DADOS CADASTRAIS

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0433 2 CONTA: 69830 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital de vítima ou beneficiário: _____
 Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Cleone Inácio do Silva

Assinatura do Procurador (se houver)

22 OUT. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

295741

CNPJ:19.622.700/0001-46
Telefone:(088) 3512-2373

Ficha de Atendimento

Data: 25/12/2017 Data de Saída:
Hora: 01:25 Hora de Saída:

Paciente

Nome: 96691 JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Responsável: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA Nasc: 07/01/1991 Idade: 26
Mãe: LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA Telefone:(88) 9770-8595 Celular:(88) -
Endereço: ANT. DIAS SOBREIRA, 521, TIMBAÚBA - JUAZEIRO DO CEP: 63.020-110 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: Doc. Identidade:556369105 Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio:SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento:2

Queixas do Paciente

ACOMPANHANTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA NAUSEAS, VOMITOS E PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIENCIA

ATO DECLARATÓRIO

Antecedentes Médicos

Exame Físico

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO(A), ACIANÓTICO(A), AFEBRIL AO TOQUE, NORMOCORADO(A), HIDRATADO(A), EUPNEICO(A), GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.
AC: BNF, RR 2T, SS
AR: MV+, AUSENCIA DE RUIDOS ADVENTÍCIOS
AA: RHA+, PLANO, DEPRESSIVO, INDOLOR A PALPAÇÃO.

Exames Complementares

Conclusão Diagnóstica

POLITRAUMA

CID-10 T07

Tratamento

DIPIRONA 500MG 1 AMP IM

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

22 OUT. 2018

DAVI LEAL LANDIM CRUZ
CRM: 17716 / CE

Handwritten signature
Diretor Médico

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
 Pront.: 155470 Data Nasc.: 07/01/1991 Idade: 26 ano(s) 11 mes(es) e 18 dia(s) Admissão: 25/12/2017
 Mãe: LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA
 Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP 63010-000 Bairro: LIMOEIRO Tel.: 88 98882-9711
 Endereço: RUA ANTONIO DIAS SOBREIRA Num: 521

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador João Paulo Lima Santos Horário 25/12/2017
 Queixa: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO FERIMENTO EM COURO-
 CABELUDO E DOR EM OMBRO (E) **ATO DECLARATORIO**
 Exograma: TRAUMA MAIOR
 MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

ATENDIMENTO MEDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 6 Nº: 404153 Horário 25/12/2017
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABECA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFRENDO TCE COM PERDA DE CONSCIÊNCIA E TRAUMA
 OMBRO DIREITO COM SINAIS DE FRATURA DE CLAVICULA. PRESENÇA DE HEMATOMA NA REGIÃO PARIETAL
 DIREITA. NO MOMENTO ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX CLAVICULA D AP (0204040060)	25/12/2017 03:37	Sim	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	25/12/2017 03:37	Não	Pendente



PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM 4366 25/12/17 03:38

Prescrição	Horário:
SINAIS VITAIS	08:00

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

22 OUT. 2018

Nº DO CLIENTE
1345480
Para agilizar seus atendimentos, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Veloso, 100
CEP 60135-940 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 539859165

Rota 02 13000 03 275510 - 9 Data de Emissão 04/09/2018
Nome **LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA**
End. Postal RU ANTONIO DIAS SOBREIRA 00521
TIMBAUBA - JUAZEIRO DO NORTE - 63020110
Medidor 1430241 Poste 0000 A65W
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 325461303-15 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2018	04/09/2018	04/10/2018

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês	Índice	USO
Jul/2018	100,00	10,54

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
1580,3324.FE04.37E4.1696.4872.7180.8118

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 4,95	5,91	13,02	0,00	0,00	0,00
FIC 0,17	5,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC 2,77			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Consum. Incl.	Consum. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 24579	24468	1,00	111	0,00	0,00	0,17704	19,62
						0,30150	33,54
						0,44620	5,01

01-05-18	03-08-18	02-11-18	111	33,43
DESCRIÇÃO				VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES				33,43
MULTA MORATORIA REF 08/2018				0,66
JUROS DO MES				0,73
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA				0,60
DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 1/2				3,00
- SAÍDA PARA PAGAMENTO FUTURO				-38,42
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,19)				

VENCIMENTO 12/09/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,62
Transmissão	16,54
Distribuição	2,17
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (TOM, PIS, COFINS)...	1,27
TOTAL	38,53

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

124	111	110	112	132	147	144	129	117	125	145	110
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 43,33 Compensado kg (CO₂) 0,00 Condição Ecológica (tCO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contatos em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, arts. 172 e/ou 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES
Mes Ref. 08/2018 Valor R\$ 05,62
Total R\$ 05,62

Consta desta fatura R\$ 1,27 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,42% e COFINS:1,91%
CNPJ: 07047251/0001-70 | INSC. EST. 10.437.01 | 00-000-01

Estamos em Bandeira Vermelha há 2 em set-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh
null@st-horl. Informações: www.enel.gov.br

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
22 OUT. 2018

ASS: _____

Nº do Cliente: 1345480 Referência: Set/2018
Data de Emissão: 04/09/2018 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 539859165 Nº do Controle: 0001345480 00529 39692 50

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mini para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu CICERO INACIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 268404508 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046618153 / 19, do sinistro de DPVAT cobertura INVOLINEX da Vítima JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046618153 / 19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSO INFORMAÇÃO

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>ERVESTINO SORRENS</u>		Número <u>724</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>LIMOEIRO</u>	Cidade <u>JUAZEIRO DO NORTE</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>63030-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>8829-9927-0509</u>

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 16 de OUTUBRO de 2018.
Local e Data

ASSINATURA DA CORRETORA DE SEG. LTD.
22 OUT. 2018

Cicero Inacio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUARDO FILGUEIRA CALLOU,
RG nº 9802900409, data de expedição 06/03/2015,
Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 005.413.233-93, com
domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV MADRE NERY SOBRINHA, nº 16,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA cujo o condutor era
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA POP 100
Ano: 2010
Placa: NUX 6023
Chassi: 9CZ4B0210AR106900
Data do Acidente: 25/12/2017
Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE 24/05/2018

Eduardo Filgueiras Calou
Assinatura do Declarante

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MACHADO 2º Ofício
1º OFÍCIO

MACHADO 2º Ofício
SIL PAULO DE TARSO G. MACHADO - SIL CÍCERO A. G. MACHADO - SIL JOÃO G. MACHADO
Tatáio - R. São Francisco, 246 | Centro | Juazeiro do Norte | CE | CEP: 63010-215 | pp@paulodemachado.com.br
Fones: (85) 3512.1313 / (85) 3512.1516 / (85) 3512.4261

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: EDUARDO FILGUEIRAS CALLOU, CONFERIDO (25/05/2018), DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará, 24/05/2018.

Paulo de Tarso Gondim Machado
Paulo de Tarso G. Machado - Sil Cícero A. G. Machado - Sil João G. Machado

M258||FE:0,17||QE:1,02||FA:0,13||FR:0,13||ISS:05||TT:4

CARTÓRIO PARIZ

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, CONFERIDO (25/05/2018), DOU FE. Juazeiro do Norte -Ceará, 25/05/2018.

Maxwell Pariz Xavier
PSC/EVENTO AUTORIZADO

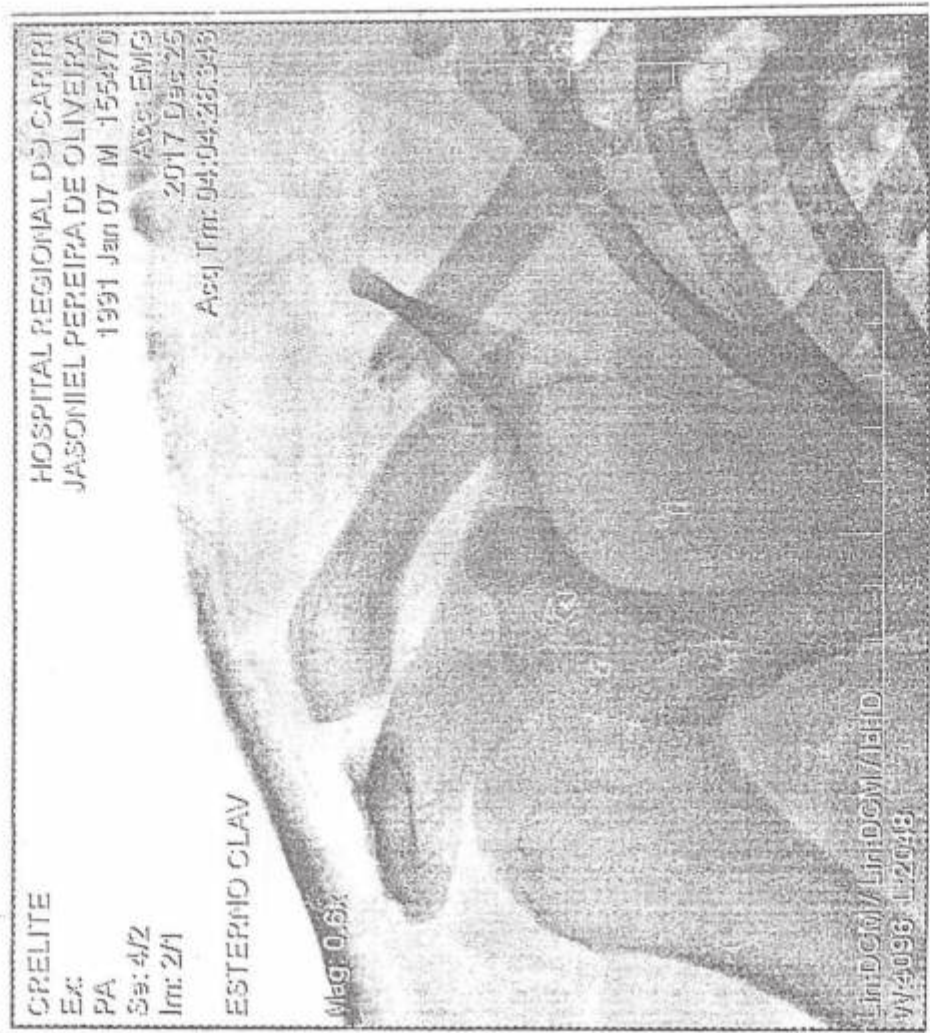
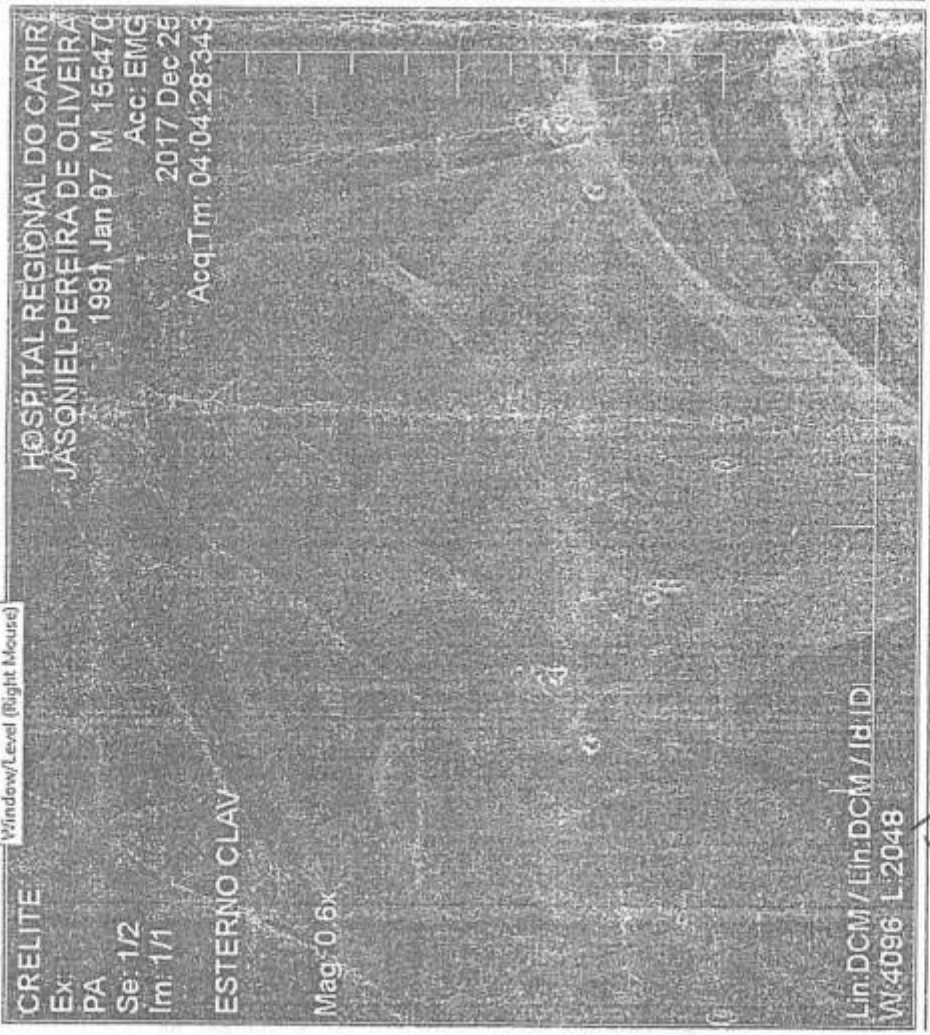
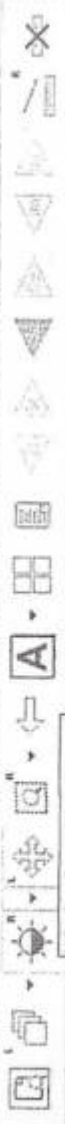
(EM:2,58)||FE:0,17||QE:1,02||FA:0,13||FR:0,13||ISS:13||TT:4,16

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 1.758375

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº CJ 256438

Paulo de Tarso G. Machado
Rua São Francisco Nº 246 Juazeiro do Norte - CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
22 OUT. 2018
ASS: _____



22 OUT. 2018
 CORRETORA DE SEG. LTDA



NOME: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRÁ

PRONTUÁRIO: 155470

DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1991

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II

ENFERMARIA/LEITO: EXT11

DATA DO EXAME: 25.12.2017

HORA DO EXAME: 08:27

DATA DO LAUDO: 25.12.2017

HORA DO LAUDO: 10:40

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

TCE.

ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região parietal direita.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Espessamento do revestimento mucoso dos seios paranasais.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Hematoma subgaleal parietal direito, NÃO associado a fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.



Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.



indo

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 06/02/2018 08:00

N.Atendimento...: 468371 Convênio.: BPA SUS
 Data Atendimento: 06/02/2018 Hora:08:10 Matrícula: 702300157940215
 Médico Respons...: CASSIO MURILO DA SILVA Guia.:
 Recepcionista...: KAROLAYNE Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
 Setor Atend.....: CONSULTORIO Serviço: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA Pront: 133697
 Dta Nasc.: 07/01/1991 - 27 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 556369105
 Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521 Município:JUAZEIRO DO NORTE
 Cep.....: 63100000 Bairro:LIMOEIRO
 Estado...: CE Resp.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
 Fone: 88997708595

DIAGNÓSTICO PAI m om CONSULTA MÉDICA

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO NATUREZA DO ATENDIMENTO
 Resid. Ambul. Itern. Outro Clínica Cirurg Obst. Ped. Oftalmo. Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

RAI0-X ULTRASSOM ENDOSCOPIAy

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___

Dr. (a) CASSIO MURILO DA SILVA
 CRM: 6002 CPF: 34631348372

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
 Paciente / Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass: _____

FICHA DE INTERNAÇÃO

Prontuário N°.: 133697
 Internação N°.: 470340

Impresso: 20/02/2018 08:20

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA | Nasc.: 07/01/1991 Idade: 27 Sexo: M
 Respons.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Matricula: 702300157940215
 Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521 | Bairro.: LIMOEIRO Cep.: 63100000
 Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE | Telefone: 88997708595
 Filiação.: Mãe - LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA | Pai - JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA
 CPF.: 046.618.153-19 RG: 556369105 | UF: Orgão: Natural: JUAZEIRO DO NORTE
 Raça.: PARDO Profissão: MOTORISTA | Est. Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: CASSIO MURILO DA SILVA | Cadastro.: KAROLAYNE / Atendente: VANDA
 Clínica.: INTERN. CIRURGICA | Data/Hora.: 20/02/2018 08:17
 Setor.: POSTO MASCULINO | Convênio.: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017SE
 Acomod.: AM03 | Carater.: ELETIVA
 Leito.: AM3.10 Trans. P/Leito: _____ Enf/Apto: _____ | Tipo Acom.: ENFERMARIA CLINICA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

1. Dor em ombro d

Exatidão de Raimundo Lopes Landim
 19/02/2018
 12h 12m 50s

HDA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

INTERNAMENTOS PREVIOS: _____

EXAME FÍSICO: _____

SINAIS VITAIS: PA = _____ FP = _____ FR = _____ TA = _____

ACV: _____

AR.: _____

OME: _____

NEUROLÓGICO: _____

ECG: AO = _____ RV = _____ RM = _____

PUPILOS: _____

DIAGNÓSTICO

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Frd. clavicular d

RESERVADO A RECEPÇÃO
 N° DO UNISUS: _____
 ASS.: _____

TRASNF. P/ MÉDICO: _____

CONDIÇÕES DE ALTA: _____

ALTA EM: 01 / 02 / 2018
22 OUT. 2018

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
 PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(A): 6002 CASSIO MURILO DA SILVA

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 12:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA Prontuario: 133697
Leito... : AM3.10 Atendimento: 470340 Conv: CONVENIO JUAZEI
Técnico(a): WILLIANY

Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 12:46

MANHA:

CLIENTE EM PÓS OPERATORIO DE FRATURA EM CLAVICULA "D"
EVOLUI: CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM QUEIXA NO PERIODO, ACEITA
DIETA OFERECIDA, FICA EM REPOUSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.


Williany C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 883.524

Técnico(a): WILLIANY CRUZ LIMA
COREN: 883524-CE


HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 15:08

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA Prontuario: 133697
Leito... : AM3.10 Atendimento: 470340 Conv: CONVENIO JUAZEI
Técnico(a): VIVI

Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 15:08

TARDE

PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA E EM SEGUIDA, ALTA HOSPITALAR.


Viviane Maria
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
Técnico(a): VIVIANE MARIA DA SILVA
COREN: 779297-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS: _____

NOME DO PACIENTE

Dr. ...

IDADE

27

DATA

22/09/2018

CLÍNICA

APTO/LEITO

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

... 174-49

A

02

S

TEMP

ASPIR

RESP

OP

ANES

PULSO

V

PA

240

220

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Export.

Assist.

Contr.

SÍMBOLOS

AGENTES

DOSES

TÉCNICA

ANOTAÇÕES

LÍQUIDOS

...

CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA

NASO/OROTRAQUEAL - CEGA

BAL. - TAMP. - CALIBRE DO TUBO

SOB - MÁSCARA

DIFICULDADE TÉCNICA

TEMPO DE ANESTESIA

31

TOTAL

OPERAÇÃO

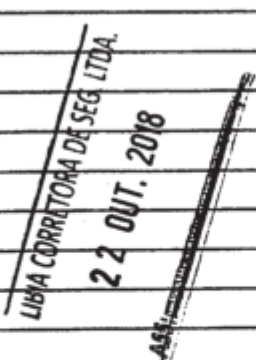
Letargo-Espasmo-Excesso Secre. Hemorragia-Artrite
Depressão Respiratória-típoxia Bradi-Taquicardia-Choque
"BUCKING" - Vômito

22 OUT. 2018

LÍBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.

Handwritten notes and signatures in the notes section.

**FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ANESTÉSICA
 PRÉ-ANESTÉTICO**

Nome <i>Antonio R. da Silva</i>		Reg. Clínica	
Sexo <i>M</i>	Idade <i>27</i>	Peso	Alt.
Diag. Pré-Op <i>Furto (chamado D)</i>			
Cirurgia Proposta <i>Arturoscopia</i>			
Anest. Ant. <i>-</i>			
Alergia <i>-</i>			
Fumo Tempo - Quant. <i>-</i>		Alcool <i>-</i>	
Drogas em uso - Doses <i>-</i>			
Estado Mental <i>Normal</i>		Tipo de Sangue	
Boca		Pescoço	
PA. <i>100 x 70</i>	F.C. <i>70</i>	Pulso <i>✓</i>	Veias
Ap. Resp. <i>-</i>			
Ap. Circ. <i>-</i>			
Ap. Gen. - Uri <i>-</i>			
S. Nervoso <i>-</i>			
S. Endocrino <i>-</i>			
Exs. Compl. <i>Ativo (B. 1)</i>			
Est. Físico (asa) <i>B1</i>		Anest. Proposta <i>B1</i>	
Assinatura			
PÓS - ANESTÉSICO			
Sala de Recuperação		Enfermaria	
Data - Hora		Data - Hora	
			
Assinatura		Assinatura	
Obs.:			

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

- Fe em decubito dorsal
- Assupção e OR. sup -
- Posições de campo
- Abordagem sob elevação D
- Dissecções por plano
- Abordagem de fratura
- Retirada de grande quantidade de fibras
- Red + KriVel placa DEP
- Alargada de perfurações de cerca de 10 mm e pouco torque
- Regostosis
- Sutura por placa
- Curativa

Data

Cirurgião



Ass. e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

Ass. e Carimbo

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Data

Ass. e Carimbo do Anestesiologista

Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	T	P	P _{PO2}	PA	HGT	ORAL	SNG	DIURESE	DRENOS SONDAS
20	Paciente admitido no C. C. para Procl. de		88	95%	165 x 97					
21	Admitido com Dr. Cassio de Prater		88	97%	158 x 97					
	na de Clavícula direita. Concomitante									
	presente. Realizado AUP em MPE.									
	Intensivo bloqueio + medicação por									
22	Dr. Carlos Augusto O. J. J. J.		87	96%						
	Realizado procedimento com inter-									
	curação. Bloqueio de levotiroxina na									
	região lombar. O mesmo retorno									
	no seu nível de consciência com		88	97%	149 x 95					
	curativa. Renda 76937.		84	97%	166 x 99					
1754										

22 OUT. 2018
LUIZA CORRETOR

EXAMES REALIZADOS: RX () ECG () USG () TC () LAB. ()



Window/Level (Right Mouse)

CRELITE
Ex: PA
Se: 1/2
Im: 1/1
ESTERNO CLAV
Mag: 0.6x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIARI
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
1991 Jan 07 M 155470
Acc: EMG
2017 Dec 25
Acq.Tm: 04:04:28.343

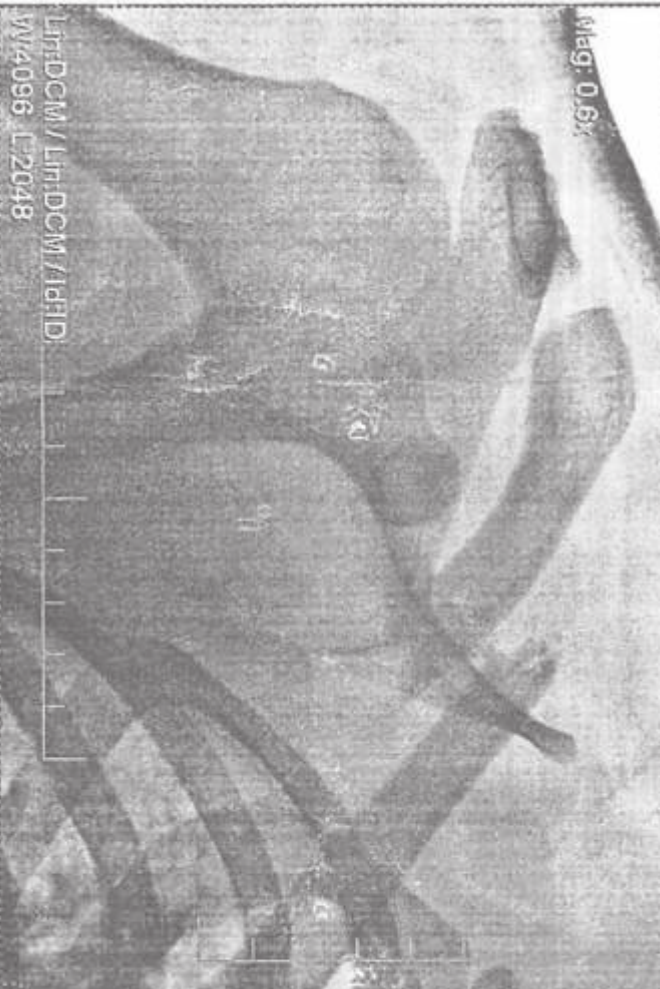


Lin:DCM / Lin:DCM / IRI:ID
W:4096 L:2048



CRELITE
Ex: PA
Se: 4/2
Im: 2/1
ESTERNO CLAV
Mag: 0.6x

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
22 OUT. 2018
HOSPITAL REGIONAL DO CARIARI
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
1991 Jan 07 M 155470
Acc: EMG
2017 Dec 25
Acq.Tm: 04:04:28.343



Lin:DCM / Lin:DCM / IRI:ID
W:4096 L:2048

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 18:34

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Leito...: AM3.10

Técnico(a): CAROLINA

Atendimento: 470340

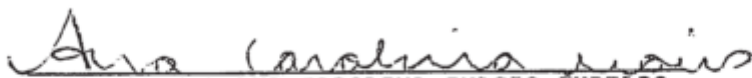
Prontuario: 133697

Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 17:31

TARDE

CLIENTE COM HD: FRATURA EM CLAVICULA DIREITA POR DR. CASSIO.
FOI ENCAMINHADO AO BLOCO CIRURGICO ÀS 16:37 RETORNOU ÀS 18:12
SOBRE EFEITO ANESTESICO, VEIO COM ACESSO VENOSO PERIFERICO
, ESTA COM SORO TERAPIA. PERMANECE NO LEITO AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM.



Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO

COREN: 1169836-CE



HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 21:30

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Leito...: AM3.10

Técnico(a): DANTAS

Atendimento: 470340

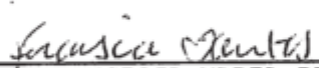
Prontuario: 133697

Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 21:30

NOITE-

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADO, AFEBRIL EUPNEICO EM PÓ DE CLAVICULAR
DIREITA, ACEITA BEM DIETA OFERECIDA REFERE DOR AVP PARA TERAPIA
MEDICAMENTOSA, RESPIRA EM AMBIENTE MEDICADO SEGUE AOS CUIDADOS ENFERMAGEM.


Técnico(a): FRANCISCA MARIA DANTAS DE FREITAS
COREN: 188850-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

22 OUT. 2018

Ass: _____

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 09:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Leito...: AM3.10

Técnico(a): SANDRA

Atendimento: 470340

Prontuario: 133697

Conv: CONVENIO JUAZEI


Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 09:46

MANHÃ:

PACIENTE JOVEM ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. CASSIO MURILO, COM HD DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. EVOLUI CONSCIENTE, CALMO, COOPERATIVO, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO ATÉ 2º ORDEM, NEGA ALERGIA + HIPERTENÇÃO + DIABETICO, TEM EXAMES LABORATÓRIAS + ECG + XERO DE RX DE CLVICULA. SEGUE NO LEITO AGUARDA PROCEDIMENTO HOJE.

PA-110/80MMHG


T-36°C


Técnico(a): SANDRA REGINA DE SOUSA ALVES
COREN: 936564-CE

2103, 2102 = 51 queixas

af. não expressa orientada, GCS=15
pufus distal au

de alta af af
af ambulatório

 Dr. Samir Samaan Fº
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 122577/EST 13.639

21 FEV. 2018

"Não a nós, Senhor, mas a Teu
nome seja dada toda a glória."
Sl. 115:1

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS: _____

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

DOC IDENTIDADE / ORG ANISTOR INP: 556369105 SSP SP

CPF: 046.618.153-19 DATA NASCIMENTO: 07/01/1991

FILIACAO: JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA, LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA

PERMISSAO: ACC CATENA AD

N° REGISTRO: 05689683759 VALIDADE: 10/05/2021 1ª HABILITACAO: 16/01/2013

OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIV REMUNERADA

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSAO: 27/07/2016

ASSINATURA DO DETENTOR: *Jasoniel Pereira de Oliveira* 15645454051 CE153216166

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1225635914

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1225635914

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS: _____

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
 Nº 95029097203
 DATA DE EMISSÃO 20/6/1995
 NOME CICERO INACIO DA SILVA
 ENDEREÇO ISAIAS INACIO DA SILVA E MARIA FRANCISCA DA SILVA
 LOCALIDADE PENEDO-AL
 DATA DE NASCIMENTO 9/3/1974
 DOC. ORDEM CERT. CASAM. 5631 L 15 F
 115V JUAZEIRO DO NORTE-CE
 LEI Nº 710 DE 2005

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal
 CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
 Nome
 CICERO INACIO DA SILVA
 Nº de inscrição
 268404508-99
 Data de Nascimento
 09/03/74

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ Juazeiro
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
 Fingerprint
 FOTOGRAFIA
 CICERO INACIO DA SILVA
 CARTÃO DE IDENTIDADE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº **013567951016**
DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 EXERCÍCIO: **2017**
 VIA: **01** CDD-RENAVAM: **00212734725** BNTIC: **0000000000**

NOME: **EDUARDO FILGUEIRAS GALLOU**
JUAZEIRO DO NORTE / CE
 CPT/CNPJ: **00541323393** PLACA: **NUX6023/CE**

CHASSI: **9C2HBQ210AR106900**
 CONJUNTO: **GASOLINA**
 ANO FAB: **2010** ANO MOD: **2010**

ESPECIE/TIPO: **PAS/MOTOCICLETA/MOTO APLIC.**
 MARCA/MODELO: **HONDA/POP100**
 CATEGORIA: **2P/OCV/97CC**
 COA PREDOMINANTE: **PRETA**

VENC. COTA UNICA: **1** VENC./COTAS: **1**
 FAUSA LIVA: ****** PARCELAMENTO / COTAS: ******
 COTA UNICA: ****** PARCELAMENTO / COTAS: ******
 COTA UNICA: ****** PARCELAMENTO / COTAS: ******

PREMIO TARIFARIO (R\$): ****** ICF (R\$): ****** PREMIO TOTAL (R\$): ******
SEGURO OBRIGATORIO
 OBSERVAÇÕES: *********

LOCAL: **JUAZEIRO DO NORTE** DATA: **11/07/2017**
 Assinatura: **Igor Pontes**
 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 **013567951016** 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: **11/07/2017**
 VIA: **01** CPT / CNPJ: **00541323393** PLACA: **NUX6023**

RENAVAM: **00212734725** MARCA / MODELO: **HONDA/POP100**
 ANO FAB: **2010** ANO MOD: **2010** Nº CHASSI: **9C2HBQ210AR106900**

PREMIO TARIFÁRIO: **9,03** CUSTO DO SEGURO (R\$): **90,33**
 DENATRAM (R\$): **0,7** ICF (R\$): **0,7**
 CUSTO DO BILHETE (R\$): **4,15** JORNAL SEMINÁRIO (R\$): **185,5**

COTA UNICA PARCELADO
 PAGAMENTO: **10/07/2017**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ: 08.248.690/0001-04
 MOD DPVAT: **06900** Nº BILHETE: **03140**

Assinatura: **Igor Pontes**
 Superintendente DETRAN-CE
 Data: **22 OUT. 2018**
 Ass: **22 OUT. 2018**
 LÍRIA CORRETORA DE SEGURO

DETRAN

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180496553

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 25/12/2017

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 15)
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TCE
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CLAVÍCULA
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180496553

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 25/12/2017

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MOTONISTA, residente e domiciliado à Rua ANTONIO DIAS SOBRINHA, nº 521, bairro LIMOEIRO, Município de JUAZEIRO DO NORTE, Estado de(o) CEARA, Cep: 63020-110, portador(a) do Rg nº 55626910-5, SSP/SP e CPF nº 046.618.153-19.

Outorgado: CICERO INACIO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão, residente e domiciliado(a) à Rua ERNESTINA SOBRINHA, nº 924, bairro LIMOEIRO, Município de JUAZEIRO DO NORTE, Estado de (o) CEARA Cep: 63030-180 portador (a) do RG nº 95029099203 SSP/ CE e CPF nº 268.404.508-99

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) JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, ocorrido em 25/1/12/2017, 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.

JUAZEIRO DO NORTE - CEARA, 15 de OUTUBRO de 2018.

1º OFÍCIO JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Outorgante
CPF Nº 046.618.153-19

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

..... CORRETORA DE SEC. LTDA

22 OUT. 2018

ASS: _____



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384759/18

Vítima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 046.618.153-19

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CICERO INACIO DA SILVA : 268.404.508-99

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

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA : 046.618.153-19

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: 22/10/2018
Nome: CICERO INACIO DA SILVA
CPF: 268.404.508-99

CICERO INACIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384759/18

Número do Sinistro: 3180496553

Vítima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 046.618.153-19

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA : 046.618.153-19

Autorização de pagamento

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: 26/10/2018
Nome: CICERO INACIO DA SILVA
CPF: 268.404.508-99

CICERO INACIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS