
Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Nº Sinistro: 3180002189

Vitima: FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Data do Acidente: 22/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180002189**.

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 12172218



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Sinistro: 3180002189

Vítima: FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Data do Acidente: 22/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180002189** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12297485

A/C: FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Nº Sinistro: 3180002189
Vítima: FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
Data do Acidente: 22/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003134

Conta: 0000015397-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|---|-----|----------|

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para r (exclu **Autorização de pagamento** <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (ativa)



INFORMAÇÕES PARA O:

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 e 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 assinado pelo 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").

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA

Número do Sinistro ou ASL: **ASL - 049 0453 /17** CPF da Vítima: **027.522.513 - 51** Nome completo da vítima: **Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| Nome completo Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante | | CPF titular da conta 027.522.513-51 | Profissão Recebeor |
| Endereço Rua: Luiz Afonso da Silva | | Número 1535 | Complemento Casa |
| Bairro Alto Pinheiros | Cidade Manoel-nova | Estado Ceará | CEP 62.940-000 |
| Email _____ | | Telefone (DDD) (88) 99726-7260 (88) 99729-2012 | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **3134** D/V CONTA NRO. **15399** D/V **3**
(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.

Manoel-nova, 24 de novembro de 2017.

Local e Data

Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

POUP.



AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.



Com Seguradora
 a concessão
 de



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 2655 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **18/10/2017 10:40:39**
 Data / Hora da Ocorrência: **22/04/2017 10:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **SITIO VARZANTES- CE 265**
 Complemento:
 Bairro: _____ Município: **MORADA NOVA/CE**
 Ponto de Referência: _____

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**
 Nascimento: **15/04/1987** CPF: _____
 RG: **2004032056137** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
 Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTE**
NC
 Endereço: **RODOVIA LUIZ AFONSO DA SILVA, 1535**
 Bairro: **ALTO TIRADENTES**
 Município: **MORADA NOVA/CE** CEP: _____
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9858-3583**

Histórico

Declara o noticiante que no dia hora e local supracitados acima foi vítima de um acidente de trânsito; QUE seguia como passageiro (guarupeiro) na MOTO PLACA HYI-9015, RENAVAL 939635968, CHASSI 9C6KE091080043641 DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO MARCIO MACAHADO-CPF 00519015363; QUE na ocasião seguia na citada CE, quando o condutor tentou desviar de um animal (cachorro), perdendo o equilíbrio restando-lhe por cair; QUE foi socorrido por populares para o HOSPITAL SÃO LUCAS, apresentando FRATURA EXPOSTA EM PE ESQUERDO, tendo como testemunhas; FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES E FRANCISCO GILVAN DA SILVA COSTA (Documentos apresentados e anexos); QUE a motocicleta era conduzida por FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES- CNH 04234472260, o qual não sofreu lesões, somente teve participação como condutor do veículo, estando aqui presente, atestando serem verdadeiras as informações; QUE o Noticiante manifesta desejo de receber o SEGURO DPVAT. E nada mais disse.!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
 "ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Luciano Barreto Coutinho Benevides

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

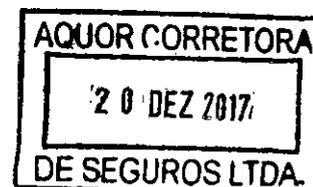
Delegacia de Polícia
de Morada Nova - Ceará
SSP Cartório

POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

CERTIDÃO

CERTIFICO para os devidos fins que: conforme cópia de documento em anexo, o nome do condutor do veículo no **Boletim de Ocorrência nº 504-2055/2017, datado no dia 18/10/2017 as 10:40hs** sr FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES- RG 20010320518-90, CPF 005.190.153-63- QUE a citada MOTO PLACA HYI-9015, era conduzida por FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES- CNH 04234472260- mOrada Nova/CE, 14 de Novembro de 2017.

Sandra Helena Girão
IPC de Polícia
Mat. 300366-1-1



Para (exclusivamente)  <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (ativa 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 interdita 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 <i>Francisco Leoni de Oliveira Cavalcante</i> | CPF da Vítima <i>027.522.513-51</i> | Data do Acidente <i>22.04.2017</i> |
|--|--|---------------------------------------|

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

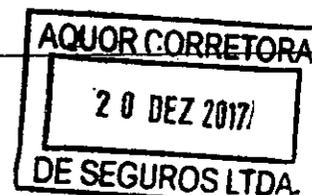
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Monod-nah, 14 de Novembro de 2017.

Local e Data

Francisco Leoni de Oliveira Cavalcante

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS-SANTA CASA DE MORADA NOVA
AV. MANOEL CASTRO, 237 - CENTRO
MORADA NOVA - CE - CEP: 62940-000

PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA Nº: 33

PACIENTE: F. W. Luciana da C. Cavallari 215487 SEXO (M) (F)
ENDEREÇO: Cidade Alta BAIRRO:

RUBRICA DO FUNCIONÁRIO DATA: 1/1

ACIDENTE: MOTO CARRO QUEDA OUTROS

TEMP: PA: PESO:

QUEIXA PRINCIPAL:

HDA: vítima de acidente de trânsito
partes expostas no m. 6

Comprovação de ato declaratório



EXAME FÍSICO

DIAGNÓSTICO INICIAL

CONDUTA:

| | | |
|---------------------|-------------------|--|
| DATA: 22/10/17 | ASSINATURA MÉDICO | Dr. Paulo Sérgio R. de ... Médico CRM 11.265 * |
| ASSINATURA PACIENTE | | DIGITAL |

07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE M NOVA

AV. MANOEL CASTRO 23
CENTRO CEP 62940 000

MORADA NOVA CE

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 497857011

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
OUT/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

| | |
|-------------------------------|-------------|
| INFORMAÇÕES DO CLIENTE | |
| 2508186 | DV 1 |
| VENCIMENTO | |
| 20/11/2017 | |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | |
| 0,00 | |

DADOS DO CLIENTE
Rota 13 025070 07 0138500 Medidor Poste
Nome MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE 1375552 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU LUIZ AFONSO DA SILVA 01535 MORADA NOVA 62940000
RG / CPF / CNPJ 526.433.103-06 CGF
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leitura Atual | Leitura Anterior | Constante | Consumo (kWh) | Consumo Incl. | Consumo Faturado |
|---------------|------------------|-----------|---------------|---------------|------------------|
| 5282 | 5242 | 1 | 40 | 0 | 40 |

| DESCRIÇÃO DA CONTA | Quantidade | Tarifa | Valor (R\$) |
|--------------------------|------------|---------|-------------|
| ENERGIA | | | |
| Consumo faixa 0-30 Kwh | 30 | 0,18155 | 5,44 |
| Consumo faixa 31-100 Kwh | 10 | 0,31124 | 3,11 |

DATAS DE LEITURA

| Data de Emissão/ Apresentação | Prev. Próxima Leitura |
|-------------------------------|-----------------------|
| 21/10/2017 | 21/11/2017 |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D485.9349.4C43.0A60.A911.3028.419C.2209

ICMS

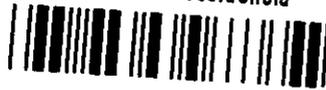
| Base de Cálculo (R\$) | Aliquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| ISENTO | | |

| | |
|---|--------|
| OUTROS PAGAMENTOS | |
| SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO | -17,44 |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA | 0,61 |
| COB. SALDO FATURA ANTERIOR | 8,28 |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,52) | |

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

| | |
|-----------------------------|------|
| ENERGIA | 4,04 |
| TRANSMISSÃO | 0,40 |
| DISTRIBUIÇÃO | 2,74 |
| ENCARGOS SETORIAIS | 0,95 |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 1,03 |

Comprovante de residencia



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

| Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. | | |
|--|----------------------------------|--|
| Emitido kg (CO ₂) | Compensado kg (CO ₂) | Consciência Ecológica(%CO ₂) |
| | | 0 100 |

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,63
Conjunto MORADA NOVA
Mês AGO/ 2017

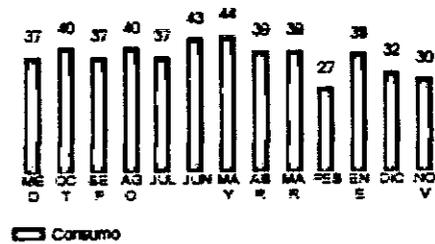
| | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC (h) | 5,19 | 10,38 | 20,77 | 2,42 | 0,00 | 0,00 |
| FIC (un) | 3,23 | 6,47 | 12,95 | 1,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC (h) | 2,94 | | | 0,00 | | |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR."

Consta desta fatura R\$ 1,03 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,90% e COFINS:4,10
(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 2508186-1 Nº da Nota Fiscal: 497857011 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 16/11/2017 Referência: OUT/2017 Nº de Controle:

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 496822019

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
OUT/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
7546608 DV **2**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 08 025070 01 053500 Medidor 25095844 Poste 0000 0
Nome JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RUA EXPEDICIONARIO MORENO 00178 MORADA NOVA 62100000

RG / CPF / CNPJ 247.847.293-72 CGF Fator de Potência 0
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

ÍNDICES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 7199 Leitura Anterior 7099 Constante 1 Consumo (kWh) 100 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 100

| DESCR. DOS DEBITOS | Quantidade | Tarifa | Valor (R\$) |
|--------------------|------------|---------|-------------|
| ENERGIA CONSUMO | 100 | 0,73704 | 73,70 |

DATA DE EMISSÃO
Data de Emissão/Apresentação 16/10/2017
Prev. Próxima Leitura 14/11/2017

RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
0EA2.4BE4.88E4.11DA.CE0D.2EAB.96FF.675A

Base de Cálculo (R\$) 73,70 Aliquota 27% Valor do Imposto 19,89

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 24,89
TRANSMISSÃO 2,49
DISTRIBUIÇÃO 16,90
ENCARGOS SETORIAIS 5,85
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 23,57

Comprovante de residencia



OUTROS PAGAMENTOS

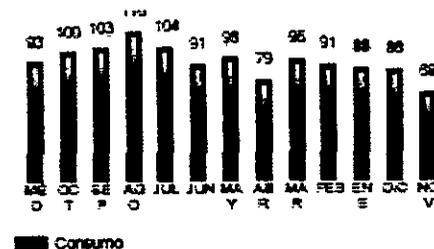
MULTA MORATORIA 0,46
JUROS DO MES 1,58
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 6,51
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,04)

QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,11
Conjunto MORADA NOVA
Mês AGO/ 2017

| | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC (h) | 5,19 | 10,38 | 20,77 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FIC (un) | 3,23 | 6,47 | 12,95 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC (h) | 2,94 | | | 0,00 | | |

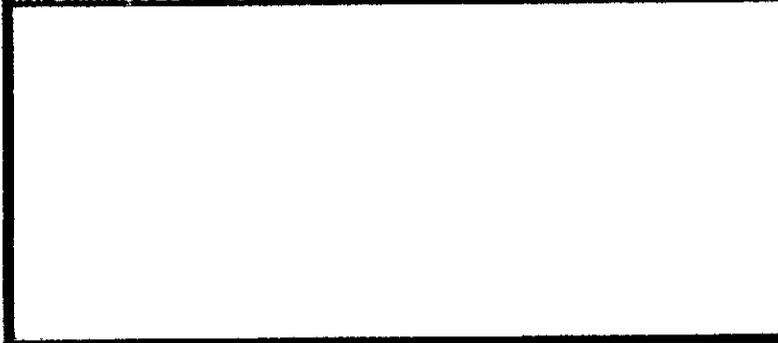
PERÍODO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 7546608-2 Nº da Nota Fiscal: 496822019 Total a Pagar (R\$): 83,25
Data de Emissão: 16/11/2017 Referência: OUT/2017 Nº de Controle: 0007546608 00017 4321

8385000000-8 83250031000-8 00075466080-0 00174321246-9



AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.



Seguradora

Declaracao Circular SUSEP 445/12

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais informações, 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:

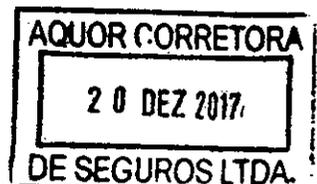
O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

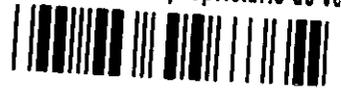
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este 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 Paula Daniele de Freitas Santos inscrito (a) no CPF 024.526.343-23,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante inscrito
(a) no CPF sob o Nº 027.522.513, / SI, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante, inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.522.513, / SI, 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>Expedicionário monono</u> | | Número <u>178</u> | Complemento <u>casa</u> |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>monoda nova</u> | Estado <u>ceara</u> | CEP <u>62.940.000</u> |
| Email — | Telefone comercial(DDD) | | Telefone celular (DDD) |

monoda nova, 14 de Novembro de 2017.
Local e DataPaula Daniele de Freitas Santos
Assinatura do Declarante



Declaração Do Proprietário Do Veículo

EU, Francisco Márcio Machado Soares
 RG nº 2003032051830 data de expedição 20/08/2014
 Órgão SSP, portador do CPF: nº 005.190.153-63, com domicílio na
 cidade de Morada Nova, no Estado de Ceará, onde resido na
 (Rua/Avenida/ Estrada) Luiz Afonso da Silva, nº 1535
 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 Francisco Lucenildo de Oliveira Carneleante
 cujo o condutor era Francisco Márcio Soares.

Veículo: Moto

Ano: 2007/2008

Modelo: Yamaha / YBR 125E

Placa: HYI 5015

Chassi: 9CGKE091080048641

Data do acidente: 22.04.2017

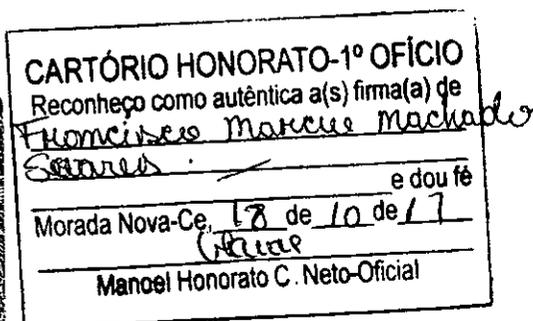
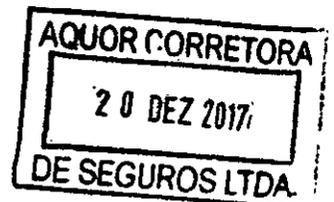
Local e data: Morada Nova

x FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por autenticidade)

x FRANCISCO MARCIO MACHADO SOARES

Assinatura do condutor com firma reconhecida por autenticidade
 (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE M NOVA

AV MANOEL CASTRO 23
CENTRO CEP 62.940-000

MORADA NOVA GF

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PACIENTE: Fco. Lucimildo de Oliveira Cavalcanti
ENDEREÇO: Luiz Abando da Silva 1535 DN-15 104 187
DIA: 22.04.2017 HORA: 10:00h
LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

Polígrafo aus. empregada na empresa em 14/03/17
apresentando fraturas expostas em 14 e 15
d. 1.º e 2.º M. C. + Gaiha G. Verde, e mandado
para curtos; o mesmo injetado em
foi utilizada de alcatra com m. t. b.

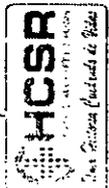
AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

PLANTONISTA: Dr. Paulo Sergio TÈC. ENF: _____

Fco. José da Silva
Téc de Enfermagem
COREN-CE 22159

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

22/04/2017



HOSPITAL CASA DE SAUDE DE RUSSAS
RUA DR. JOSÉ RAMALHO, 1436 - CENTRO
RUSSAS - CE - CEP: 63.001-963

Guia de Atendimento 03 ...
Hospital e Casa de Saude de Russas
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



36

SUS - SUS

GUIA DE ATENDIMENTO

22/04/2017 13:30:57

Profissional: DR CLAUDIO EUFRASIO
Setor: EMERGENCIA

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Consulta: URGÊNCIA

Turmo: DIURNO

Paciente: 00067660 - FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE, Sexo: M DN: 15/04/1987 - 30 A 0 M 7 D Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA - LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - CENTRO - MORADA NOVA - CE - 62940000 -
Fone: (88) 99622-0203
Naturalidade: MORADA NOVA - CE
Nº da Carteira: _____ Validade: _____
Mãe: MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE Pai: _____
Ocup.: GARI Autorização: _____
Raça/Cor: PARÇA - SisPreNatal: _____
Identidade 2004032056137 - SSP

Anotações de Outros Profissionais

Peso: _____ KG. Temp.: _____ °C. P. A. _____ mmHg D. X. _____
Classificação de Risco: VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

Anotações Médicas

Condução:

Handwritten notes:
- Fratura - 06/05
- RFE - E

Diagnóstico:

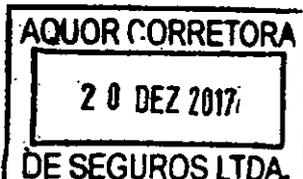
DR. CLAUDIO EUFRASIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Handwritten signature: Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1700196397

Registrado por: MARCOS IVO





FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GUIA DE REFERENCIA

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM: FSA MUNICIPIO: MORADA NOVA

NOME: FRANCISCA LUCIANA NOVA CRISTINA

SEXO: M F DATA DO NASCIMENTO: 15.10.1977 OCUPAÇÃO: _____

ENDEREÇO: Alta Tiradentes BAIRRO: _____ FONE: 3486-7013

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: FRATURA EXPORTE COM PÓS-CALAGEM

RESULTADO DE EXAMES: 507.770.0
HISTÓRICO
Rua Dr. CENTRO
DEP. 32.11.13
CENTRO

CONDUTA REALIZADA: 1. MUISSAS EXPORTE COM PÓS-CALAGEM

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO: Dr. Paulo Sérgio de Almeida FUNÇÃO: medico Nº REGISTRO: _____ DATA: 22.10.17 HORA: 12:40

UNIDADE DE REFERÊNCIA: HCSR

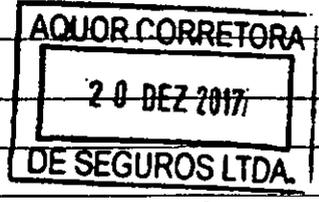
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICIPIO: _____ PRONTUÁRIO: _____ ALTA: 1 / 1

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____



DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____ CID: P

SECUNDÁRIO 1: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA _____ HORA _____



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará



1700196399 22/04/2017 13:49:09 GUIA DE ADMISSÃO () GUIA DE ATENDIMENTO () TRAUMA/CIRURGICO-02.006.001

Paciente: 00067660 - FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE
 Nascimento: 15/04/1987 Id: 30 A 0 M 7 D
 Documento: 162481953590007
 Sexo: M Estado Civil: Solteiro(a) Raça/Cor: Parda -
 Identidade - 2004032056137 - SSP CE - 03/06/2004 M Solteiro(a) Parda -
 Endereço: RUA - LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - CENTRO - MORADA NOVA - CE
 Naturalidade: MORADA NOVA - CE
 Mãe: MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE
 Plano - Convênio: SUS - SUS
 Caráter de Atendimento: Urgência
 CID Principal: _____

Nascimento: 15/04/1987 Id: 30 A 0 M 7 D
 Documento: 162481953590007
 Sexo: M Estado Civil: Solteiro(a) Raça/Cor: Parda -
 Escolaridade: _____
 Ocupação: GARI
 CEP: 62.940-000 Complemento: PX
 Contatos: (88) 99622-0203
 Pai: _____
 SisPreNatal: _____

Carteira: _____ Validade: _____ Autorização: _____
 Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
 Profissional Solicitante: CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
 Procedimento Solicitado: _____
 Permi. Máxima: _____

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança de Procedimento ()
 Convênio: Autorizado Até: ____/____/____ Prorrogado Até: ____/____/____
 Outros () Especificar: _____
 Data da Saída: 26/04/17 Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transfendo () ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: *Fratura no joelho*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

F07.770.001/0001-647
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
 Rua Dr. José Ramalho, 1436
 CENTRO - RUSSAS - CE - 62.940-000

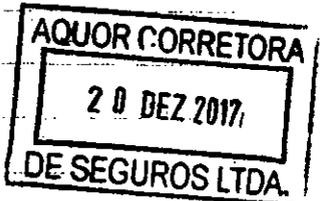
OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

fratura de
metacarpo 5
do pé direito



DR. CLAUDIO EUFRASIO
 ORTOPEDA - ORTODONTOLOGIA
 CRM 4078

Médico Responsável

Dr.ª Lucimilda de Castro
 Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: maria.aubetiza

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

2 - CNES
232800-3

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

4 - CNES
232800-3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

6 - Nº DO PROFISSIONAL
00067660

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
162481953590007

8 - DATA DE NASCIMENTO
15/04/1987

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
Parda

11 - NOME DA MÃE
MARIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTE

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99622-0203

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

14 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 99622-0203

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - PX - CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MORADA NOVA

17 - CDD - BLOCO GRANDE/PEQUENO DE CID
230870

18 - UF
CE

19 - CEP
62.940-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Primeira fase de embolia pulmonar

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TD comy

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
TD

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Prad em re e 59 UJ 1003

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

07-770.000-0000-00047
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Rua: Dr José Ramalho, 1438
CENTRO DE RUSSAS
CEP: 62.940-000
CEAPA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TD comy

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
TRAUMATOLOGICA

30 - CATEGORIA
URDE CLAUDIO EUFRASIO ORTOPEDA - TRAUMATOLOGIA CRM: 4978

31 - DOCUMENTO
C. N. S.

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
201591461720008

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
22/04/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
030800019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BÔNUS

41 - Nº DO BÔNUS

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - Nº DO BÔNUS

44 - Nº DO BÔNUS

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA
 EMPREGADO EMPREGADOR FALSO NÔMIO DE SEGURO GADO APOSENTADO

AQUOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA.
20 DEZ 2017

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

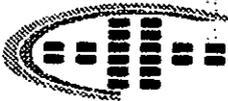
47 - CDD - BLOCO GRANDE/PEQUENO DE CID

48 - DOCUMENTO
 CNS CPE

49 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPE) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Ronaldo
SECR ESTAD
CRM 1843
DATA



HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

SANTAS CASAS UNIDAS

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Francisco Lucivaldo de Oliveira e Silva

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

07.770.001/0001-64
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

RUA DR. JOSÉ RAMALHO, 1436
CENTRO - RUSSAS - CE - CEP: 62.990.000

| DATA | HORÁRIO | EVOLUÇÃO |
|-------|---------|----------------|
| 20/12 | | Doença Fratura |
| 23/12 | | Fratura MTT |
| 25/12 | | Fratura MTT |
| 26/12 | | Fratura MTT |

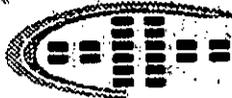
DR. CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

DR. JOSÉ CARLOS LOPES
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 11805

DR. JOSÉ CARLOS LOPES
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 11805



HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

SANTAS CASAS UNIDAS

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Françesca Leocildes de O euniceust
ENFERMARIA: 4 LEITO: 2 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

avendo evoluído 7000 1001-64
101
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA
CEP: 06000-000
CEARA

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

met 5 ECG

PROCEDIMENTO REALIZADO:

ret - 5 do

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

Propranolol IV

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA

ADMISSÃO: 22/04/17 ALTA: 26/04/17 DIAS INTERN.: 1 / 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL: fratura dos pedúnculos

OBSERVAÇÕES:

Dra. Zimar de Oliveira Macedo
MEDICA CLINICA
CRM 3296
MÉDICO RESPONSÁVEL



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

ex-60/2017

1700201118 25/05/2017 08.37:09 **GUIA DE ADMISSÃO** () **GUIA DE ATENDIMENTO** () **TRAUMA/CIRURGICO-01.001.001**

Paciente: **00067660 - FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**

Documento: **00067660** Nascimento: **15/04/1987** Id: **30 A 1 M 10 D** CNS: **162481953590007** CPF: **027.522.513-51**

Identidade: **2004032056137 - SSP CE - 03/06/2004** M Sexo: **M** Estado Civil: **Solteiro(a)** Raça/Cor: **Parda -** Escolaridade: **GARI** Ocupação: **GARI**

Endereço: **RUA - LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - CENTRO - MORADA NOVA - CE** CEP: **62.940-000** Complemento: **PROX A POUSADA**

Naturalidade: **MORADA NOVA - CE** Contatos: **(88) 99622-0203**

Mãe: **MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE** Pai: **Solteiro(a)**

Plano - Convênio: **SUS - SUS** Carteira: **SUS - SUS** Validade: **SUS - SUS** Autorização: **SUS - SUS**

Caráter de Atendimento: **Urgência** Procedência: **Procedimento Solicitado** Especialidade: **TRAUMA/ORTOPEDIA** Profissional Solicitante: **VICTOR PONTES PARAHYBA**

CID Principal: **Perm. Máxima**

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais () RX () Ultrassonografia () Prótese () Mudança do Procedimento

Convênio: Autorizado Até: ___/___/___ Prorrogado Até: ___/___/___

Outros () Especificar: _____

Data da Saída: **27/05/17** Motivo: () Curado () A pedido () Evasão () Transferido () ybito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA:

OPERAÇÃO

07.770.001/0001-647
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436
CENTRO
RUSSAS
CEP: 62.900.000
CEARA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Fr do jo

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

Médico Responsável

Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante

Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por *maria.ambrozio*



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

232800-3

232800-3

Identificação do Paciente

2 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

162481953590007

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/04/1987

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RACA / COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - PROX A Pousada - CENTRO MORADA NOVA

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MORADA NOVA

00067660

(88) 99622-0203

(88) 99622-0203

230870

CE

62.940-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

07.770.001/0001-84
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS
RUA DE JOSÉ RIBEIRO, 1535
CENTRO MORADA NOVA - CE

Fr de pt

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

L RUSSAS

Neuról d ego

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

Am 2 Puc

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr de pt

24 - CID INTERNACIONAL

S922

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA
TRAUMATOLOGICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO
C. N. S.

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
980016281237825

0408050920

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
VICTOR PONTES PARAHYBA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
25/05/2017

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSÓRCIO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

[Handwritten signature]

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

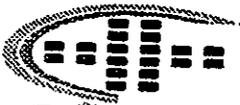
AUTORIZAÇÃO

40 - DOCUMENTO
CNS / CIP

41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSÓRCIO



HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

SANTAS CASAS UNIDAS

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: F^{co} *Francisco de O. Cavalcante*

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

07.770.001/0001-64
RUSSAS - CE

Dr. José Ramalho
CRM-CE 10600

| DATA | HORÁRIO | EVOLUÇÃO |
|------|-----------------|------------------------|
| | | <i>Sob o</i> |
| | | <i>26/05/17</i> |
| | | <i>1º po 1/2 de jo</i> |
| | <i>20/05/17</i> | <i>Alta</i> |

Dr. Victor Parayba
CRM-CE 10600

Dr. Victor Parayba
CRM-CE 10600

DR. CLAUDIO EFRAÍMO
CRM-CE 10600

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.



HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

SANTAS CASAS UNIDAS

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Frazer de O. Cavalcante

ENFERMARIA: 3 LEITO: 3 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

Frazer de O. Cavalcante

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

07.770.0001/0001-64
RUSSAS

PROCEDIMENTO REALIZADO:

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

T.T.L.

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

ADMISSÃO: 25/08/2017 ALTA: 27/08/17 DIAS INTERN.: 1/1

CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL:

Retorno de Chay

OBSERVAÇÕES:

DR. CRISTIANO FERREIRO
CRM: 4078
MEDICO RESPONSÁVEL

CÓDIGO DE CONTROLE
7172.1BB8.2E07.2EC7

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:18:42 do dia 06/04/2016 (hora e data de Brasília)
dígitto verificador: 00

Documentos de Identificação



REPUBLICA 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 BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
027.522.513-51

Nome
FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA
CAVALCANTE

Nascimento
15/04/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2004032056137 DATA DE EMISSÃO 07/04/2016

NOME FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

PLACADO INFORMADO MARIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTE

MATRÍCULA NOVA - CE DATA DE EMISSÃO

DOC. GERAL CASAMENTO - CARTÓRIO: REGISTRO CIVIL TERMO: 3806 FOLHA: 15

LIVRO: 14 MORADA NOVA - CE

CPF 027.522.513-51

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

2 VIA

P.: 156

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




PULEGAR DIREITO

Paula Daniele Freitas Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 2004032120471 DATA: 25/10/2004

PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS

FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS E
MARIA DEUVANIRA MONTEIRO DE FREITAS
DOS SANTOS

NATURALIDADE: MORADA NOVA-CE DATA DE NASCIMENTO: 1/7/1987

DOC. ORIGEM: CERT. NASC. 7264 L A10 F

35V IBICUITINGA/CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO C. RECTOR

LEI Nº 7.116 DE 09/09/03

Documentos de identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
1A5E.A074.43EF.30BD

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:44:23 do dia 06/05/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.525.343-23

Nome
PAULA DANIELE DE FREITAS DOS SANTOS

Nascimento
01/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do Examinado (a): FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

Identificação: SSP / CE / 2004032056137

Endereço do Examinado (a): Rua Luiz Afonso da Silva, 1535 - Morada Nova/CE

Data: 18/01/2018 14:00 **Local do Exame:** Fortaleza/CE

Resultado da Avaliação Médica

- I. **Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o (s) diagnóstico (s):**

Fratura exposta do 2º e 3º metatarsos à esquerda.

- a) **O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?**

Sim Não

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) **A (s) queixa (s) do (a) Examinado (a) está (ão) relacionada (s) com as lesões decorrentes de acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?**

Sim Não

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*)).

- II. **Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações:**

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve resposta discreta, depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento conservador e medicamentoso. Avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no pé esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

- III. **Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?**

Sim Não

Existindo sequela (s) que seja (m) geradora (s) de invalidez total ou parcial informe qual (is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes:

Ao exame físico do pé esquerdo, periciado apresenta exames de raios-X com data de 22/04/2017, evidenciando fratura do 2º e 3º metatarsos à esquerda. Apresenta dificuldade para deambular, afetando o pé esquerdo como um todo. Diminuição de mobilidade em flexão, para movimentos específicos: apoio na ponta do pé e flexão forçada. Redução nos movimentos de eversão e inversão de pé esquerdo, tendo em vista a redução das funcionalidades citadas anteriormente. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, de modo que a lesão restringe-se ao pé.

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

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

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

Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias.

Sem sequela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações.

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas:

Região Corporal (sequela): Pé - Esquerdo - LEVE - 25%

10%Residual 25%Leve 50%Médio 75%Intensa 100%Completo

Região Corporal (sequela): - -

10%Residual 25%Leve 50%Médio 75%Intensa 100%Completo

Região Corporal (sequela): - -

10%Residual 25%Leve 50%Médio 75%Intensa 100%Completo

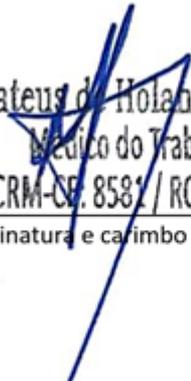
Região Corporal (sequela): - -

10%Residual 25%Leve 50%Médio 75%Intensa 100%Completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações:

Total = “100% da IS”

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal:


Dr. Mateus de Holanda Carvalho
Médico do Trabalho
CRM-CE: 8581 / RQE: 7628
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180002189 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/04/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180002189 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/04/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 2º e 3º metatarsos à esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico do pé esquerdo, periciado apresenta exames de raios-X com data de 22/04/2017, evidenciando fratura do 2º e 3º metatarsos à esquerda. Apresenta dificuldade para deambular, afetando o pé esquerdo como um todo. Diminuição de mobilidade em flexão, para movimentos específicos: apoio na ponta do pé e flexão forçada. Redução nos movimentos de eversão e inversão de pé esquerdo, tendo em vista a redução das funcionalidades citadas anteriormente. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, de modo que a lesão restringe-se ao pé.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões Fratura exposta do 2º e 3º metatarsos à esquerda, bem como restrição moderada da mobilidade do pé esquerdo, devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador e medicamentoso. Após tratamento, na fase de estadiamento das lesões, apresentou melhora discreta. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no pé esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta do pé esquerdo, em grau leve, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Periciado compareceu à perícia portando exames de raios-X com data de 22/04/2017, evidenciando fratura do 2º e 3º metatarsos à esquerda.

Médico examinador: Mateus de Holanda Carvalho

CRM do médico: - 8581

UF do CRM do médico: CE

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau leve - 25 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

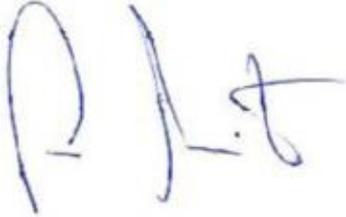
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco Lucenildo de Oliveira Cordeiro brasileiro(a),
profissão Recusou, residente e domiciliado à Rua Luz Afonso da Silva, nº
1535, bairro Alto Pinheiros, Município de Morada Nova Estado
de(o) Ceará, Cep. 62.940.000, portador(a) do Rg nº 200403205637 e CPF nº
027.522.513-51

OUTORGADO: PAULA DANIELE DE FREITAS SANTOS, brasileiro(a), profissão Recusou, residente e domiciliado(a) à Rua Expedicionário Moreno, nº 178, bairro Centro, Município de Morada Nova - CE, Cep.: 62940-000, portador (a) do RG nº 2004032120471 e CPF nº 024.525.343-23.

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) Francisco Lucenildo de Oliveira Cordeiro, ocorrido em 22/04/2017, 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.

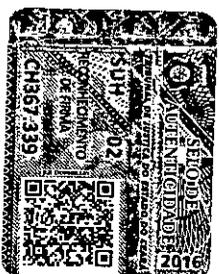
Morada Nova - CE, 18 de Outubro de 2017.



Francisco Lucenildo de Oliveira Cordeiro

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO HONORATO-1º OFÍCIO
Reconheço como autêntica a(s) firma(a) de
Francisco Lucenildo de Oliveira Cordeiro
e dou fé
Morada Nova-Ce, 18 de 10 de 17
Manoel Honorato C. Neto-Oficial

