

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.

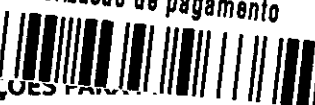
Atenciosamente,

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

INFORMAÇÕES PARA O:

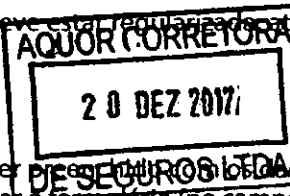
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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 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

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 Recebeiro
Endereço Rua: Luiz Afonso da Silva		Número 1535	Complemento caso
Bairro Alto Pinheiros	Cidade Mandua	Estado Ceará	CEP 62.940-000
Email		Telefone (DDD) 1881 99726 - 7260 1881 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.

Mandua, 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.





Com Segu...
a...
ou...



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 2055 / 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:
Ponto de Referência:

Município: **MORADA NOVA/CE**

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 (guarapeiro) 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:

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCIANO BARRETO COUTINHO BENEVIDES - MAT.: 133843-1-2




GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

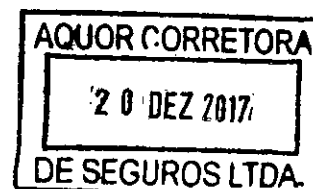
Delegacia de Polícia
de Morada Nova - Ceará
SSP Cartório

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





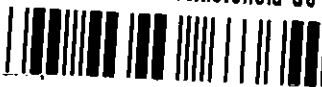
Seguradora

LÍDER

Declaração de Inexistência de IML

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

Para (exclu...

<http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
litiva e de fala)**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Francisco Leoni de Oliveira Cavalcante

CPF da Vítima

027.522.513-51

Data do Acidente

22.04.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

Monod-nah, 14 de Novembro de 2017.

Local e Data

X Francisco Leoni de Oliveira Cavalcante

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FUNDÇÃO 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. LUCAS SILVA DE CARVALHO		SEXO: M (F)	
ENDEREÇO: Cidade Alta		BAIRRO:	
RUBRICA DO FUNCIONÁRIO		DATA: 1/1	
ACIDENTE:	<input checked="" type="checkbox"/> MOTO	<input type="checkbox"/> CARRO	<input type="checkbox"/> QUEDA
	<input type="checkbox"/> OUTROS		
TEMP:	PA:	PESO:	
QUEIXA PRINCIPAL:			
HDA: vítima de acidente de trânsito a partir de moto no p. 6			
Comprovação de ato declaratório			
			
EXAME FÍSICO			
DIAGNÓSTICO INICIAL			

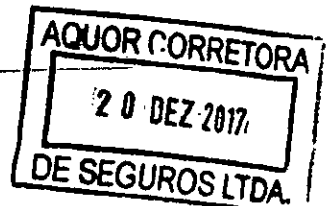
CONDUTA:		
DATA: 22/11/17	ASSINATURA MÉDICO	Dr. Paulo Sérgio R. de Almeida Médico CRM 11.265 *
ASSINATURA PACIENTE	DIGITAL	

07.677.263/0001-89

FUNDÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE M NOVA

AV. MANOEL CASTRO 23
CENTRO CEP 62.940-000

MORADA NOVA CE





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 n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
2508186 DV 1VENCIMENTO
20/11/2017TOTAL 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

INFORMACOES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

5282

5242

1

40

0

40

DESCRICAÇÃO 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/
ApresentaçãoPrev. 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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-17,44

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

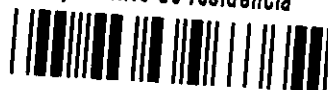
0,61

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

8,28

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,52)

Comprovante de residência

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUÍDO DO DIGITO 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)

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

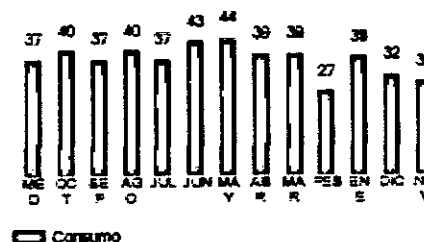
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 4,63

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		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2508186-1

N° da Nota Fiscal: 497857011

Total a Pagar (R\$): 0,00

Data de Emissão:

16/11/2017

Referência: OUT/2017

N° 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

Nome JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA

Endereço Postal

Medidor

25095844

Poste

0000 0

End. da Unidade

Consumidora

RUA EXPEDICIONARIO MORENO 00178 MORADA NOVA 62100000

RG / CPF / CNPJ

247.847.293-72

CGF

Classe

01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

GOES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

7199

7099

1

100

0

100

ENERGIA CONSUMO

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

100

0,73704

73,70

Comprovante de residencia



,46

1,58

6,51

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA

JUROS DO MES

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,04)

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

POSICAO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA

24,89

TRANSMISSÃO

2,49

DISTRIBUIÇÃO

16,90

ENCARGOS SETORIAIS

5,85

TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)

23,57

QUALIDADE DO FORNECIMENTO

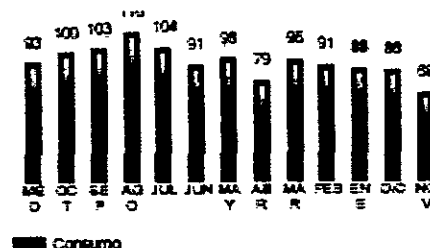
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,11

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

83850000000-8 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 m.
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)<http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206

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, / 51, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima
Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante, inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.522.513, / 51, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

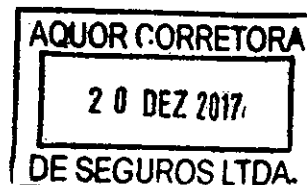
☒ Recuso informar

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.

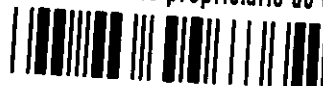
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Expedicionário monono</u>		Número <u>178</u>	Complemento <u>cas</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 Data



Paula 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

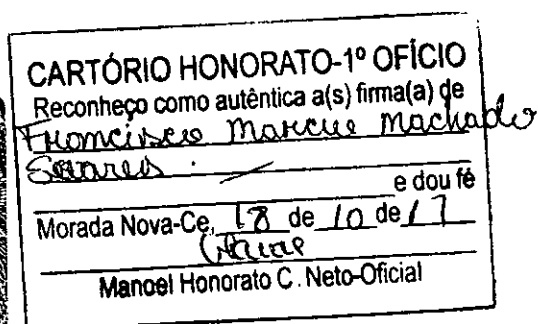
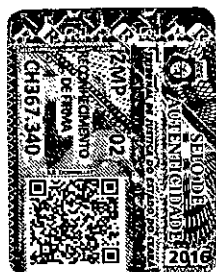
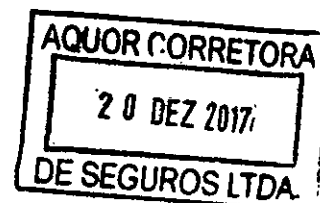
Local e data: Morada Nova

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)



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. Lucarino de Carvalho 154 87 SEXO (M) (F)

ENDEREÇO: Pichada Alta BAIRRO:

RUBRICA DO FUNCIONÁRIO DATA: 1/1

ACIDENTE: ☒ MOTO ☐ CARRO ☐ QUEDA ☐ OUTROS

TEMP: PA: PESO:

QUEIXA PRINCIPAL:

HDA: v. fuma v. (cuidado) v. fuma c.

prontuário exposto no p. 6

EXAME FÍSICO

DIAGNÓSTICO INICIAL

CONDUTA:

DATA: 22/11/17

ASSINATURA MÉDICO

CARIMBO/CRM

ASSINATURA PACIENTE

Documentação médico - hospital



07.677.263/0001-89

FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE M NOVA

AV MANOEL CASTRO 23
CENTRO CEP 62 940 000

MORADA NOVA CE

AQUOR CORRETORA

20 DEZ 2017

DE SEGUROS LTDA.

1011

FUNDAÇÃO SAO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

DN-5 104187

ENDEREÇO: Luiz Afonso da Silva 1935

DIA: 121064. 120/2

HORA: 10:00h

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

Pedimento das pedras na encosta da
apresentando natureza extinta em 1908.
Ed: P.X de M ex + Barão Gloriosa e conhecido
Pera Roldos; o mesmo apresenta uma
foi utilizada de alvenaria com mto.

AQUOR CORRETORA

20 DEZ 2017

DE SEGUROS LTDA.

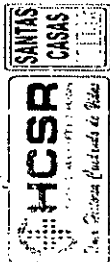
PLANTONISTA: *Paulo Sérgio* TÉC. ENF:

Dr. José da Silva

Téc de Enfermagem
COREN-CR 221559

HOSPITAL CASA DE SAUDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará
CEP: 63.600-000
FONE: (88) 3333-1001-02
CONFERIR COM ORIGINAL
80134

22/04/2017



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



36

SUS - SUS

Profissional: DR CLAUDIO EUFRASIO
Setor: EMERGENCIA

GUIA DE ATENDIMENTO

22/04/2017 13:30:57

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Consulta: URGÊNCIA

Turno: 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 CNS: 162481953590007 CPF:
Naturalidade: MORADA NOVA - CE Ocup.: GARI
Nº da Carteira: Validade: Autorização:
Mãe: MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE Pai:

Identidade 2004032056137 - SSP
Raça/Cor: PARÇA -
SisPreNatal:

Anotações de Outros Profissionais

Peso: _____ KG. Temp.: _____ °C. P. A. _____ mmHg D. X. _____

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL

Anotações Médicas

Conduta:

Diagnóstico:

Atesto a realização do Atendimento de acordo com os dados acima

Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1700196397

Registrado por: MARCOS IVÓ

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.



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

GUIA DE REFERENCIA

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

FESL

MUNICIPIO:

MORADA NOVA

NOME:

FRANCISCA LUCIANA NOVA CRUZ

SEXO: M ☒ F ☐

DATA DO NASCIMENTO

15.04.1977

Ocupação:

ENDEREÇO:

Alto Tiradentes

BAIRRO:

FONE:

3486-7013

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

FRANCISCA LUCIANA NOVA CRUZ

RESULTADO DE EXAMES:

507.770.0
HOSPITAL
Rua Dr. RUI
CENTRO
CEP: 32.000-000

CONDUTA REALIZADA:

1. MEDICAMENTOS - 2. EXAMES - 3. OUTROS

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO: Nº REGISTRO

Dr. Paulo Sérgio Almeida
Médico
CREMEP Nº REGISTRO

FUNÇÃO

medico

DATA

22.10.17

HORA

12:40

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICIPIO:

PRONTUÁRIO:

ALTA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

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

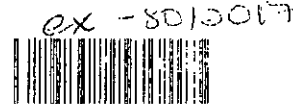
FUNÇÃO

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 162481953590007 CNS 027.522.513-51 CPF

Documento 00067660 - FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE Sexo Estado Civil Raça/Cor Escolaridade Ocupação

Identidade - 2004032056137 - SSP CE - 03/06/2004 M Solteiro(a) Parda - GARI

Endereço RUA - LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - CENTRO - MORADA NOVA - CE CEP 62.940-000 Complemento PX

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

Mãe MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE Pai SisPreNatal

Plano - Convênio SUS - SUS Carteira Validade Autorização

Caráter de Atendimento Urgência Procedência Especialidade Profissional Solicitante

CID Principal CID Principal Procedimento Solicitado TRAUMA/ORTOPEDIA CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFR

Porm. Máximo

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:

07.770.001/0001-647
HOSPITAL E CASA DE SAUDE
DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436
Centro
RUSSAS
CEP 62.940-000

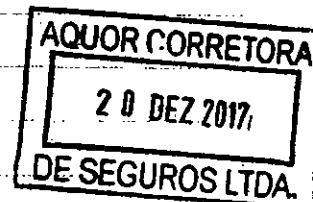
OPERAÇÃO

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

fratura no joelho
no joelho
no joelho



DR. CLAUDIO EUFRASIO
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM 4078

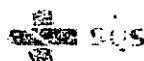
DR. ALVARO
ENFERMEIRO

Médico Responsável

Diretor Responsável

Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante
Paciente ou 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		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		232800-3	
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS		232800-3	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE			
FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - Nº DO PROFISSIONAL	
162481953590007		00067660	
8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
15/04/1987		1 - Masculino	
10 - RAÇA / COR		11 - TIPO DE CONTATO	
Parda		(88) 99622-0203	
12 - NOME DA MÃE		13 - NOME DO RESPONSÁVEL	
MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE		FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE	
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
RUA: LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - PX - CENTRO		RUA: LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - PX - CENTRO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CDD - BLOCOS DE RESIDÊNCIA	
MORADA NOVA		230870 CE 62.940-000	

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<p><i>Primeira fase de e mto</i> <i>gustave freira</i></p>		<p><i>707.770.000-0000-0000</i> <i>HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS</i> <i>Rua: Dr José Ramalho, 1438</i> <i>CENTRO</i> <i>RUSSAS</i> <i>CEP: 62.940-000</i> <i>CEAPA</i></p>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<p><i>TD comung</i></p>		<p><i>TD comung</i></p>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
<p><i>Prad em RG 6</i></p>		<p><i>59.23</i></p>	

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<p><i>TD comung</i></p>		<p><i>0308010019</i></p>	
29 - CLÍNICA	30 - CATEGORIA DE PROCEDIMENTO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS + CDD) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE - ASSINANTE
TRAUMATOLOGICA	URDE CLAUDIO ENERASIO ORTOPEDA - TRAUMATOLOGIA CRM: 4978	C. N. S.	201591461720008
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO		22/04/2017	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO CONTRATO	
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA	41 - Nº DO CONTRATO	
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	43 - Nº DO CONTRATO		
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO			

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO	
47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS + CDD) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS + CDD) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS + CDD) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		52 - DATA	
<p><i>Dr. Ronaldo</i> <i>SECR. ESTAD.</i> <i>CRM 1843</i> <i>DATA 20</i></p>		<p><i>Dr. Ronaldo</i> <i>SECR. ESTAD.</i> <i>CRM 1843</i> <i>DATA 20</i></p>	



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 Evangelista

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

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

Rua Dr. José Ramalho, 1436
CENTRO - RUSSAS - CE 22.500.000

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
20/12		Doença Fratura
		Doença
23/12		Fratura MTT
		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. CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM: 4078



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Felipe Henrique de Conceição

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

DATA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO
2609		Apresentar convulsões no corpo. valentes EEG <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i> Alte hospitalar
		R\$7.770,00 / 10001-647 HOSPITAL E CLÍNICA DE RUSSAS Rua Dr José Raimundo, 1400 CENTRO - CEP: 62800-000 RUSSAS - CEARÁ
		AQUOR CORRETORA 20 DEZ 2017 DE SEGUROS LTDA.

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br

**HCSR**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS****RESUMO DE ALTA****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**NOME: Figueira Lucivaldo de O euniceantENFERMARIA: 4 LEITO: 2 PRONTUÁRIO: _____**RESUMO CLÍNICO:**doença arterial - 70001-64
101...Dr. Dr. José Roberto, 1993
CENTRO
CEP: 06000-000
CEARA**EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:**resultados ECG**PROCEDIMENTO REALIZADO:**ret - 5 do**TERAPÊUTICA UTILIZADA:**Profa 1V

AQUORT CORRETORA

20 DEZ 2017

DE SEGUROS LTDA

ADMISSÃO: 22/04/17 ALTA: 26/04/17 DIAS INTERN.: 1**CONDIÇÕES DE ALTA:**MOTIVO: CURADO (), MELHORADO (), APEDIDO (), EVASÃO (), TRANSFERIDO (), ÓBITO ()
INALTERADO (), ADMINISTRATIVO ()**ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:**DIAGNÓSTICO FINAL: fratura do produto**OBSERVAÇÕES:**

Dra. Zimar de Oliveira Macêdo

MÉDICA CLÍNICA

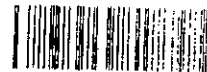
CRM 3296

MÉDICO RESPONSÁVEL



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE 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

Nascimento

CNS

CPF

Documento

15/04/1987 Id: 30 A 1 M 10 D 162481953590007 027.522.513-51

Identidade - 2004032056137 - SSP CE - 03/06/2004 M

Sexo Estado Civil

Raça/Cor

Escolaridade

Ocupação

Endereço

Solteiro(a)

Parda -

RUA - LUIZ AFONSO DA SILVA - 1535 - CENTRO - MORADA NOVA - CE

CEP

Complemento

Naturalidade

Contatos

62.940-000

PROX A POUSADA

MORADA NOVA - CE

Mãe

(88) 99622-0203

Pai

Sócio

MARIA DA CONCEICAO CAVALCANTE

Plano - Convênio

Carteira

Validade

Autorização

SUS - SUS

Caráter de Atendimento

Procedência

Especialidade

Profissional Solicitante

Urgência

TRAUMA/ORTOPEDIA

VICTOR PONTES PARAHYBA

CID Principal

Procedimento Solicitado

Perm. Máxima

ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer () Exames Laboratoriais ()

RX ()

Ultrassonografia ()

Prótese ()

Mudança de 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:

OPERAÇÃO

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

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

Médico Responsável

Diretor Responsável

Paciente ou Responsável

Guia emitida por maria.ana.azeiteiro



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE
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
15/04/19879 - SEXO
1 - Masculino10 - RACIA / COR
Parda

00067660

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

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MORADA NOVA

(88) 99622-0203

(88) 99622-0203

230870

CE

62.940-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

07.770.001/0001-84
HOSPITAL PARA DE SAUDE
DE RUSSAS
Rua de José Ramez, 1535
Centro
L. RUSSAS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID - INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO 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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

VICTOR PONTES PARAHYBA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/05/2017

0408050920

35 - ASSINATURA / CARIMBO DO PROFISSIONAL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CATEGORIA DE ACIDENTE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() FOMENTO

() AUTÔNOMO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

41 - DOCUMENTO

C. N. S.

42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS - CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - ASSINATURA / CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSÓRCIO

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

**HCSR**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS****BOLETIM DE OPERAÇÃO****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**NOME: Francisco Lucenildo de Oliveira CavalcanteDATA: 25 / maio / 2017LEITO: 3.3**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**R de p**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:****CONDIÇÕES DO PACIENTE**

TEMPO	PULSO	RESP.	P.A.	GERAIS

ANESTESIA:Raque**OPERAÇÃO:**HO com R de p**CLASSIFICAÇÃO:**INÍCIO: 11:30h FIM:ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E
REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)**O QUE FOI FEITO:**1) Smt2) Arre dorsal3) Redução de 2.3
metr4) Fixação da Deltoid5) Med6) ST7) curto8) S8vDr. Victor Parayba
Ortopedia & Traumatologia
CRM-CE 10602**CONTAGEM COMPRESSAS:****AQUOR CORRETORA****20 DEZ 2017****DE SEGUROS LTDA.**

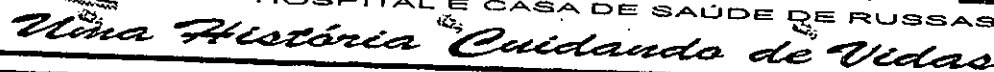
Operador

Auxiliar

Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br



**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Fco. Leopoldo de O. Castaneda

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:

770.001/0091-6

2

CRM-CE 10000

Dr Victor Parayba
Ortopedia & Traumatologia
CRM-CE 10603

AQUOR CORRETORA

20 DEZ 2017

DE SEGUROS LTDA.

DR. CLAUDIO EUFRASIO
INTERPRETE DE LINGUA GUA.
L. 10/10/90



HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

RESUMO DE ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Fraucenildo de O. Cavalcante

ENFERMARIA: 3 LEITO: 3 PRONTUÁRIO: _____

RESUMO CLÍNICO:

Fraucenildo de O. Cavalcante

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

07.770.0001-64
RUSSAS

PROCEDIMENTO REALIZADO:

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

T.T. L

AQUOR CORRETORA

20 DEZ 2017

DE SEGUROS LTDA.

ADMISSÃO: 25/05/2017 ALTA: 17/01/18 DIAS INTERN.: 1

CONDIÇÕES DE ALTA:

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

ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:

DIAGNÓSTICO FINAL:

Retorno 4 R. Chay

OBSERVAÇÕES:

DR. CLAUDIO REGALADO
CRM: 4078

MEDICO RESPONSÁVEL

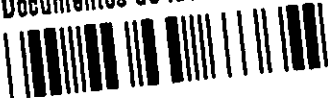
CÓDIGO DE CONTROLE
7172.1BB8.2E07.2EC7

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 08/04/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2004032056137 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/04/2016

NOME FRANCISCO LUCENILDO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

FLUXO INFORMADO

MARIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTE

MORADA 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

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 156

AQUOR CORRETORA

20 DEZ 2017

DE SEGUROS LTDA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Francisco Lucenildo de Oliveira Cavalcante

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 PULGAR DIREITO



Paula Daniele Freitas Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2004032120471 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

CERT. NASC. 7264 L A10 F

DOC. ORIGEM 35V IBICUITINGA/CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/03/03

Documentos de identificação



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

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

www.recelta.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

Receita 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 anatômicas 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

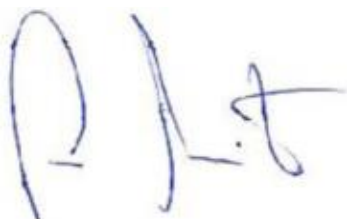
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

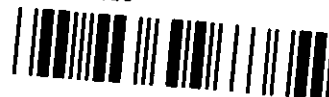
CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco Lucenildo de Oliveira corvalante brasileiro(a),
profissão Recusou, residente e domiciliado à Rua Luiz 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 corvalante, ocorrido em 22 / 04 / 2017,
conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

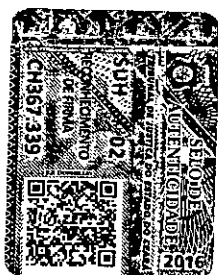
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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 corvalante
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 corvalante
e dou fé
Morada Nova-Ce, 18 de 10 de 17
Manoel Honorato C. Neto-Oficial

