

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 Bruno Alves Vasconcelos*

CPF da Vítima

*021.849.543-90*

Data do Acidente

*08/05/2018*

### 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 ASS: \_\_\_\_\_
- 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.

*50301, 08 de Agosto de 2018.*

Local e Data

*Francisco Bruno Alves Vasconcelos*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 22947 | 08/05/2018 10:16:44

Etiqueta Atendimento

ATEND.: 5185515 DT. ATEND.: 8/5/2018 - 10:22  
MATR.: 936134 NASCIMENTO.: 12/8/1988  
NOME...: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS  
MAE...: MARIA VALDA FURTUNA ALVES  
CPF....: 02184954390 CNS: 700001815836703 SUSFACIL:  
ENDER.: RUA ARY ROCHA 1093  
BAIRRO: PARQUE DAS MAC - SOBRAL

-DE- DEP: 62030270

## Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, VÍTIMA DE COLISÃO DE MOTO COM CAPACETE, REFERE ALGIA INTENSA EM OMBRO DIREITO E PUNHO ESQUERDO, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

## Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, Francisco Bruno A. Vasconcelos, (X) Paciente ( ) Responsável  
(Grau de Parentesco) \_\_\_\_\_, RG Nº 2005031044369 declaro que:

1º) Recebi informações quanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicaçāo durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, 08 de Maio de 2018 às \_\_\_\_\_

Francisco Bruno A. Vasconcelos

Assinatura do Paciente ou Responsável

MIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018  
Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
COOPERATIVA ORIGINAL  
M. Danie  
Maria Cleide da Silva  
CORUENAGUIA

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00554

CONTA: 00000000259-8

---

Nr. da Autenticação A5F3429481D817E6

17 A60, 2018

within the assembly



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Elvis Giovanni Marques Lobo inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-971, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fábio Bruno Vassconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.849.543 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Fábio Bruno Vassconcelos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.849.543 / 90, 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	Número	Complemento
<u>Rua Trui Alves</u>	<u>665</u>	<u></u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Vila do Art</u>	<u>Espa</u>	<u>62.030.370</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
	<u>(61) 99605-0011</u>	<u>(61) 99477-4532</u>

Sorocá, 13 de Agosto de 2018.  
Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018

ASS:

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Mardonio Vassconcelos,  
RG nº 38031682, data de expedição / /,  
Órgão SSP, portador do CPF nº 272 316 003 - 59, com  
domicílio na cidade de Sobral, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Cel. Antônio Freta, nº 281,  
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 Bruno Alves Vassconcelos cujo o condutor era  
Francisco Bruno Alves Vassconcelos.

Veículo: PAS/MOTOCICLO  
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS  
Ano: 2006  
Placa: H X Y 1728 / CE  
Chassi: 9C2KC08107R062425  
Data do Acidente: 08/05/2018  
Local e Data: Sobral 07/08/2018.

Francisco Mardonio Vassconcelos  
Assinatura do Declarante

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018

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



Reconheço por AUTENTICIDADE  
a(s)firm(a)s de FRANCISCO BRUNO ALVES  
VASSCONCELOS, FRANCISCO MARDONIO  
VASSCONCELOS. Dou fe. Sobral, 7 de  
agosto de 2018.

Em testemunha A da verdade,

Adriana Mendes Carneiro

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
i87ckH354XH

Atendimento: 5189163

Dt Atendimento: 11/05/2018 - 09:51

Dt Alta: 12/05/2018 - 14:00

Paciente: 936134 FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA

Convênio: 37 PLANO ECONOMICO

Leito: 1400 LEITO 104-1

Plano: 1 BASICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: CILONHA

CID: S528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO

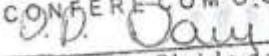
Procedimento de Alta 52070115 - FRATURA DE 1 DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRURGICO

Observação de Alta

 CILONHA DA SILVA OLIVEIRA UNIA CORRETORA DE SEG. LTDA

17 AGO. 2018

SSS

 Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA

## DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 936134  
 Paciente...: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS CPF...: 02184954390  
 Sexo.....: MASCULINO  
 Dt. Nasc...: 12/8/1988 Idade...: 29a 8m 29d  
 Mae.....: MARIA VALDA FURTUNA ALVES Cor....: PARDA  
 Pai.....: FRANCISCO MARDONIO VASCONCELOS CNS...:  
 E. Civil....: CASADO  
 Endereço.: RUA ARY ROCHA Nº....: 1093  
 Bairro.....: PARQUE DAS NACOES CEP.: 62030-270  
 Cidade....: SOBRAL UF....: CE  
 Fone.....: 96140842

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome.....:  
 Endereço....:  
 Documento.:  
 Fone.....:

*INSTITUICAO PARTICULAR*

## DADOS DA INTERNACAO

Atendimento.: 5189163 Atendente.: MILITAO  
 Data.....: 11/05/2018 Hora.....: 09:51 Permanência.: Dias  
 Procedimento.: 52070115 - FRATURA DE 1 DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO  
 Médico.....: THALES ARCANJO FONTELES  
 Unidade Int....: UI DOM WALFRIDO POSTO A  
 Leito.....: LEITO 104-1  
 Convenio.....: PLANO ECONÔMICO  
 Plano.....: 1  
 Carteira.....:                          13 : 05 : 2018  
 N. Guia.....:

*Luisa Maria Vasconcelos Alves*

Assinatura do Paciente ou Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

17 AGO. 2018

Outras Observações:

*Plano Econômico - Enfermeira*

*104.13.00*



Santa Casa de M. de Sobral  
SAME



CONFERE COM O ORIGINAL

*P.P. Dani*

Maria Cleide da Silva

COORDENADORA

1900-1901, 1901-1902

—

—

HOSPITAL  
SANTO ANTONIO FRIAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Priscila Maria Vasconcelos Oliveira (NOME),  
Casada (ESTADO CIVIL), Enfermeira (PROFISSÃO), CPF  
nº 955.565.163-91, residente e domiciliado:

Rua Ary Rocha, 1093, responsabilizo-me em pagar os  
valores referentes ao resarcimento de serviços hemoterápicos, em caso de utilização,  
conforme tabela anexa, do(a)

paciente: Francisco Bruno Oliveira Vasconcelos

Priscila Maria Vasconcelos Oliveira LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
Assinatura do Paciente ou Responsável

17 AGO. 2018

ASS:

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFIRMO O ORIGINAL  
PP Dan  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA

\*Conforme preceitua a Lei Federal nº 10.265, de 21 de março de 2011, em seu artigo 2º, parágrafo único:  
Não se considera como cobrança a cobração de valores referentes a insumos, materiais, exames  
sorológicos, imunoemunologia e demais exames laboratoriais definidos pela legislação competente,  
realizados para a seleção de sangue, componentes ou derivados, bem como honorários por serviços  
médicos prestados na assistência aos pacientes e aos doadores.

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 334291

Paciente : 936134

Convênio Atend. : 37

Leito : 1400

Dt. Início :

Cid Pré-Operatório : S528

Cid Pós-Operatório : S528

Sala : 0031 SALA 02

FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

PLANO ECONOMICO

LEITO 104-1

Dt. Fim :

FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO

FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO

Atendimento : 5189163

Carteira :

Idade : 29 Anos 29 Dias 13 Horas

**Procedimentos**

Procedimento: 52070107

FRATURAS DO OSSOS DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CIRURGICO

Convênio: 037

PLANO ECONOMICO

Anestesia: 06

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

**Equipe Médica**

ANESTESISTA

12079 AURIDAN MARINHO PESSOA NETO

CIRURGIAO

11811 THALES ARCANJO FONTELES

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL;
- ISQUÊMIA DE MEMBRO SUPERIOR;
- REALIZADO ANTISSEPSIA E ASSEPSIA;
- INCISÃO AO NÍVEL DO RÁDIO, CENTRADO NO FOCO DA FRATURA;
- DIERÉSE POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DA FRATURA;
- REDUÇÃO ANATÔMICA DO RÁDIO;
- FIXAÇÃO COM 01 PLACA DE A/C E 07 PARAFUSOS;
- SUTURA POR PLANO;
- CURATIVO;

**OBSERVAÇÕES:**

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

UBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

17 AGO. 2018

DR(A) : THALES ARCANJO FONTELES  
CRM : 11811

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
*P.P. Dau*  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL  
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: Francisco Bruno Nunes Vassouras				DATA: 11/05/18		REGISTRO:	
IDADE: 23	SEXO: M	COR:	CLÍNICA: Olhos				
PRESSÃO ARTERIAL: 120/82		PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA: 36,6	PESO:	GRUPO SANGUÍNEO:	
ESTADO GERAL: BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>				RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I <input checked="" type="checkbox"/> Grau II <input type="checkbox"/> Grau III <input type="checkbox"/> Grau IV <input type="checkbox"/>			
EXAMES COMPLEMENTARES:							
AP. RESPIRATÓRIO:				AP. CIRCULATORIO:			
AP. DIGESTIVO: 28/05		ESTADO MENTAL: alerta	DROGAS EM USO:		ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 E		
PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA:							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:							
CIRURGIA REALIZADA: Fractura do fêmur Fixador ósseo							
CIRURGIA: Dr. THALES AZEVEDO		AUXILIARES:					
INÍCIO DA ANESTESIA:		TÉRMINO DA ANESTESIA:		DURAÇÃO DA ANESTESIA:			
AGENTE/HORA: O <sub>2</sub>				Santa Casa de M. de Sobral SAMU CONFIRME COMO ORIGINAL			
LÍQUIDOS:				Maria Cleide da Silva COORDENADORA			
VENOSOS:							
PULSO: ● CÓDIGOS CIRÚRGICOS X ANESTESIA X MONITORAÇÃO P. ARTERIAL TECNICA: Bloco PLEXO AXILAR c/ USG c/ SUCESSO + SENS							
P. ARTERIAL: 88 mmHg / 130/80 / 110/80 / 100/80 / 90/80 / 80/80 / 70/80 / 60/80 / 50/80 / 40/80 / 30/80 / 20/80 / 10/80 / 5/80 / 0/80							
DIASTÓLICA: 80 mmHg / 60 mmHg / 50 mmHg / 40 mmHg / 30 mmHg / 20 mmHg / 10 mmHg / 0 mmHg							
SISTÓLICA: 130 mmHg / 110 mmHg / 100 mmHg / 90 mmHg / 80 mmHg / 70 mmHg / 60 mmHg / 50 mmHg / 40 mmHg / 30 mmHg / 20 mmHg / 10 mmHg / 0 mmHg							
ANESTESIA: 100% O <sub>2</sub> com correção de Seg. 100% ACO 2018							
E.C.G. / OX. PULSO / ANOTACÕES: EST							
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/>		RAQUIDIANA <input type="checkbox"/>		EPIDURAL <input type="checkbox"/>		BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/>	
BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/>		OUTROS <input type="checkbox"/>					
LÍQUIDOS Volume em ml MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO							
GLICOSE		1 Lactato 1,5% 150		6 Cefazolin 2g			
NaCl		2 Ringer 300ml 0,15% 180		7 Dexamet 2g / Metformina 100			
SANGUE		3 Fibrin 150ml		8 Progyl 350			
RINGER		4 Clorina 150ml		9			
TOTAL 2500		5 Nitrofora 100ml		10			
DESTINO DO PACIENTE		APTO <input type="checkbox"/>		ENFERM. <input type="checkbox"/>		SRPA <input type="checkbox"/>	
SRPA		PA: 120/80		PULSO: 88		UTI <input type="checkbox"/>	
						OUTROS <input type="checkbox"/>	
RESPIRAÇÃO: 15 SpO <sub>2</sub> 95%							
ASSINATURA / ANESTESISTA							
Dr. Anderson Marinho Anestesiologista CRM: 12.978							

NORTESINTESE - MATERIAL ORTOPÉDICO

Luís Eufrasio Farias Neto / EPP  
CNPJ: 07.827.664/0001 - 78  
End.: Av. Tupinambá, 661 - Bairro Alto do Cristo - Sobral - CE  
CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 99273.7914

PACIENTE:

## TIPO DE CIRURGIA:

**MATRÍCULA:**

## **CONVÊNIO:**

**DATA:**

#### **PROCEDIMENTO:**

CIRURGIÃO: T. M. C.

## **DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS**

## **ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

PARAFUSO CORTICAL PEQ. FRAGMENTOS 3.5mm	Nº QTDE							
PARAFUSO CORTICAL GR. FRAGMENTOS 4.5mm	Nº QTDE							
PARAFUSO ESPONJOSO PEQ. FRAGMENTOS 4.0mm	Nº QTDE							
PARAFUSO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 6.5/16mm	Nº QTDE							
PARAFUSO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 6.5/32mm	Nº QTDE							
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº QTDE							

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA**

COND. P/PAGTO.: \_\_\_\_\_ MD: \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
*P. Dacru*  
Maria Cleide da Silva  
REPROBADA





# REGISTRO DE ENFERMAGEM



NOME:

SETOR:

DATA

11/05/18

10:15

Admitido paciente para realizar tratamento cirúrgico com Dr. Alvaro da Cunhaas. Local cirurgia: braço por fáscilis, nega alelopi e doenças de base. Com tipica nos mns e luxatio na região do joelho. (n) envolvido pr. fissa de círculo, e luxatio na região higo-gástrica em dicta sua, aguardando procedimento.

LEITO: 104-1

Santa Casa de M. de Sobral  
CONFERENCIA ORIGINAL



Julia Cleide da Silva  
Matilde Corbenan Deik  
CPT

10:15

Admitido paciente para realizar tratamento cirúrgico com Dr. Alvaro da Cunhaas. Local cirurgia: braço por fáscilis, nega alelopi e doenças de base. Com tipica nos mns e luxatio na região do joelho. (n) envolvido pr. fissa de círculo, e luxatio na região higo-gástrica em dicta sua, aguardando procedimento.

Maria Jose de Lima  
TÉCNICO ENFERMEIRO  
CORENCE 1020674

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS

17 AGO 2018

12:00 Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico.

ASS:

12:05 - Admitido no bloco cirúrgico com sedação SEDAS 1000mcg, malha percutânea cirúrgica. Se juntas 962. Tens 2 X

12:12 - Vai para S.O. Se juntas 962. Tens 2 X

12:15 Recebido no SOI para submeter a procedimento cirúrgico, vno de corte de nodos, calmo,松散, consciente, orientado, verbalizando com duas frases a qual mandado, realizando anestesia endovenosa com abecetato 20, instalovento SF 0,9% 1000 ml

12:30 inicio da anestesia plástica, retração Braçeros, entubação espesso do cliente D. Sr. grisalho Nas conulbs, procedimento anestesia realizado com sucesso e sem entubação, cliente desconhece quaisquer outros medicamentos, não possui protese

12:43 Realizado antisepsia e antisepse na região operatória

Stéfani Magques  
Técnico em Enfermagem  
COREN: 806171-CE

Stéfani Magques  
Técnico em Enfermagem  
COREN: 806171-CE

Técnico em Enfermagem  
COREN: 806171-CE



HOSPITAL  
DOM WAI

## **REGISTRO DE ENFERMAGEM**



**HOSPITAL  
DOM WALFRIDO**

**NOME** WILSON RODRIGUES DE FREITAS  
**SETOR** Setor Industrial - Centro

DATI

**ANSWER**

RONTUÁRIO

LEITO:

1-0518

13:10

anício do procedimento cirúrgico  
Dr. Thales, procedimento segue  
sem intercorrência até o moe-  
nto, segue sobre cuidado, ~~sinais e ques-~~  
em tempo passado falso ~~de~~ ~~de~~ ~~de~~  
de Smart as 13:00 —

13:30

Terminado procedimento lungar  
sem interrupção feito equilíbrio  
lungs na pressão 50% 100% e 25%  
Pa: 120 x 80 mm Hg.

13:55

Examen físico: paciente pare seco,  
consciente, orientado, verbalizando e  
vocais funcionante no m. 3.0, com  
tipos I em m. 5.0 (O), agudos compe  
em nível abdominal, e m. I (O) 5 P. 0.  
105%, P: 92 bpm; PI: 120x60 mmHg.

11.6.5.2018

140-Vii de SD para este año se estima que los precios  
mínimos serán los siguientes, acuerdo con el informe elaborado por el  
Instituto Central de Estadística y Geografía, enero de 1940, que establece la  
variedad de precios de los artículos de consumo que se indican en la  
lista de precios abreviados de E.I.D. Señalemos en  
ellos de acuerdo con el T.E. Julian, año 1937 —

15:00 - nach freier Rasse D. u / bei ferne h  
963. 642

16:30 instalado sfc, g-1. tecnicl, reimpl. tec:p - t sfc, g-1. tec:p -

in tempo diversi presenti - rec. Patrīcīn. 001. 116. 5.3.5.

COD. 13934



**HOSPITAL  
DOM WALFRIDO**

## **REGISTRO DE ENFERMAGEM**



# HOSPITAL DOM WALFRIDO

NOME: Fábio Bruno Alves Vasconcelos N° PRONTUÁRIO 936134

SETOR: OU Alfreido ENFERMARIA: 304-2 LEITO: \_\_\_\_\_

CÓD. 13934

Grönegårdleide • (66) 3551-3723



# REGISTRO DE ENFERMAGEM



NOME: Fep Bruno Alves Viana N° PRONTUÁRIO 936134  
 SETOR: Hospital Dom Walfrido ENFERMARIA: 104 LEITO: 1

DATA	08/08/18	Atividade Administrativa - dispensando EV (em stuf)
		marcador de antecipação, D. Rose, 7012
	06:00	Administrando medicina ao paciente com nome, 06 ampolas, 7 comprimidos em forma antecipada.
		Ana Nairra Souto Loiola Técnica de Enfermagem
		COREN 893.051
	08:00	Administrando uteroponto 100 mg + 100 ml ST ev em forma antecipada (D)
	11:00	Realizando curativo na região do arrebatado (E) modo de preservar o gato e com fita crepon.
	12:00	Administrando dispensa 2:18 (G) EV em forma antecipada (D).
	13:10	Administrando reagente
	14:00	Procurar evadir consulta hospitalar (G) — 11 — 11 — 11 — (G)

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018

ASS:

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DD: Dani  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA



HOSPITAL  
DOM WAL

# EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



HOSPITAL  
DOM WALFRIDO

NOM

SET

DAT

PRONTUÁRIO

LEITO:

10/05/18 PDI estoujahr pote e  
Geloz  
de infecção

GII - Alc Hospital

CRM-GO 1881 - TEC011554  
Ortopedia e Traumatologia  
Dr. Thiago Alves Araújo

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFIRMADO ORIGINAL  
P.P. Deixa  
Maria Cidêda da Silva  
GERENADORA

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018

SS

Nome: Valéria Oliveira de Souza  
Nº do RG: 14.500.000-000-0000  
Município: Rio das Ostras - RJ  
Endereço: Rua das Ostras, 1000  
CEP: 26.500-000  
Data de nascimento: 01/01/1990

QP:

HDA: Paciente com diarreia crônica  
necessária do tratamento eau-fixação

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
P. D. S.  
Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Flatulações nocturnas

CONDUTA:

ÓIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018

DIAGNÓSTICO FINAL:

Flatulações nocturnas



Paciente: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS Sexo: M  
TR. LUIS FERNANDO  
Procedimento: PUNHO ESQUERDO Idade: 30  
Modalidade: DX Prontuario: 936134  
Data do estudo: 24/05/2018 15:43:15 Data: 02/06/2018  
Convênio:

### Raio X de punho esquerdo (AP e perfil)

#### Laudo:

- Variância ulnar negativa.
- Espaços articulares preservados.

**Obs.:** Placa e parafusos de fixação de fratura diafisária radial.

Dr. Kenard Silva Brito  
Médico Radiologista  
CRM: 13247

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.  
17 AGO. 2018

ASS:



SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

# REGISTRO DE ATENDIMENTO<sup>d</sup> EMERGÊNCIAL

Atend: 5185403 Dt. Atende: 06/05/2018 - 07:56  
Req.: 15234611344 Dt. Nasc: 12/08/1988  
Nome: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS  
End.: RUA ARY ROCHA 1093  
PARQUE DAS NAÇÕES; SOBRAL-CE; CEP: 62030270

**ATOLOGIA**

ATENDIMENTO: ADULTO

9623 5383

PEDIÁTRICO

CIRÚRGICO

## ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:   
*Anormal*

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

## PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF: SIM

### CAUSAS:

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO

### CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO
- TEM PLANO DE SAÚDE
- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULANCIAS
- MOTO, BICICLETA...

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS

## HDA DO ACOLHIMENTO:

*Paciente, vítima de acidente de moto, apresenta trauma em ombro D, Ponto é e outras ferimentos, pelo con-*

PA: \_\_\_\_ / PULSO: \_\_\_\_ FR: \_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_

## TIPO DE ACIDENTE:

- |   |  |   |                                   |                                       |                                       |                               |                                 |                                 |
|---|--|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acidente c/ objetos corto-contusos | <input type="checkbox"/> Acidente por arma de fogo | <input type="checkbox"/> Afogamento                     |                                   |                                       |                                       |                               |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Choque elétrico                    | <input type="checkbox"/> Queda. De onde? _____     |   |                                   |                                       |                                       |                               |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Ingestão accidental:               | <input type="checkbox"/> Corpo estranho            | <input type="checkbox"/> Produto químicos farmacêuticos |                                   |                                       |                                       |                               |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Queimaduras:                       | <input type="checkbox"/> 1º Grau                   | <input type="checkbox"/> 2º Grau                        | <input type="checkbox"/> 3º Grau  | <input type="checkbox"/> Por:         | <input type="checkbox"/> Água         | <input type="checkbox"/> Óleo | <input type="checkbox"/> Álcool | <input type="checkbox"/> Eléti- |
| <input type="checkbox"/> Atropelamento:                     | <input type="checkbox"/> Carro                     | <input type="checkbox"/> Moto                           |                                   | <input type="checkbox"/> Bicicleta    | <input type="checkbox"/> Outros       |                               |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Carro                              | <input type="checkbox"/> com cinto                 | <input type="checkbox"/> sem cinto                      | <input type="checkbox"/> Moto:    | <input type="checkbox"/> com capacete | <input type="checkbox"/> sem capacete |                               |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Mordedura de animais:              | <input type="checkbox"/> Doméstico                 |   | <input type="checkbox"/> Selvagem | <input type="checkbox"/> Ofídico      |                                       |                               |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> OUTROS                             |  |   |                                   |                                       |                                       |                               |                                 |                                 |

## LOCAL DO ACIDENTE:

...

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

Requisicao.....: 1790670

Data da Solicitacao: 08/05/2018

Matricula.....: 936134

Idade: 29a 10m 9d

Atendimento....: 5185103

Paciente.....: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

Convenio.....: SUS - SIA

Medico Solic....: JULIO CESAR CHAGAS E CAVALCANTE

Laudo \_\_\_\_\_

Exames

PUNHO PA + LAT + OBLIQUAS

Raio X de punho esquerdo (AP e perfil)

Laudo:

- Luxação da ulna em relação aos ossos carpalis.
- Aumento de partes moles no punho.

Dr. KENARD SILVA BRITO

CRM - 13247

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

Requisicao.....: 1790670

Data da Solicitacao: 08/05/2018

Matricula.....: 936134

Idade: 29a 10m 9d

Atendimento....: 5185103

Paciente.....: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

Convenio.....: SUS - SIA

Medico Solic....: JULIO CESAR CHAGAS E CAVALCANTE

Laudo

Exames

ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL

Raio X de ombro direito (AP e perfil)

Laudo:

- Desalinhamento entre úmero e glenoide sugerindo luxação, provavelmente anterior.
- Aumento de partes moles no ombro.

Dr. KENARD SILVA BRITO

CRM - 13247

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que o paciente  
Fco Bueno Alves Vosconcelos realizou 30 atendi-  
mentos de fisioterapia motriz devido  
a uma pequena lesão de natureza de antebraço  
desviado, ocasionada por um acidente  
automobilístico. O mesmo apresenta-se com  
redução da amplitude de movimento  
e dor considerável.

15/10/18.

Sâmia Alves Fernandes  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO: 143661-F

**VOCÊ PODE EVITAR A TRANSMISSÃO DA AIDS PARA O SEU BEBÊ.**  
Exija o teste anti-HIV no pré-natal: ele é gratuito e é um direito seu.

**HIV**  
Mãe positiva.  
Bebê saudável.





**DR. THALES ARCANJO**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE- 11811 • TEOT - 13543

- Membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
- Especialista em Cirurgia de Ombro e Cotovelo pelo Hospital Santa Marcelina - São Paulo



### LAUDO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O REFERIDO PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM 08/05/2018. PACIENTE APRESENTOU FRATURA DE RÁDIO COM DESVIO + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO RADIO-ULNAR DISTAL (FRATURA DE GALEAZZI), LADO ESQUERDO. REALIZOU OSTE OSSÍNTSE COM PLACA + PARAFUSOS, DIA 11/05/2018. PACIENTE COM FRATURA CONSOLIDADA, PORÉM EVOLUI COM RIGIDEZ ARTICULAR, DIMINUIÇÃO DO TONUS MUSCULAR E DOR RESIDUAL. SEQUELA DEFINITIVA.

CID 10 – M25.5 DOR ARTICULAR  
S52.3 FRATURA DE RÁDIO  
M84.1 PSEUDOARTROSE

SOBRAL-CEARÁ, 15/10/2018

Dr. Thales Arcanjo  
Ortopedig e Traumatologia  
Ombro e Cotovelo  
CRM-CE 11811/TEOT 13543

*Vítimo*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

DOC. ENTIDADE: ORG. EMISSOR: 2005031044669 SSP CE  
CN: 021.849.543-90 DATA NASCIMENTO: 12/08/1988  
PAI: FRANCISCO MARONIO VASCONCELOS  
MÃE: MARIA VALDA FURTUNA ALVES  
PERMISSÃO: ACC CATAR: AB  
Nº REGISTRO: 03507613052 VALIDEZ: 18/11/2006  
DT. HABILITAÇÃO: 18/11/2006  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1284361926

VALIDAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO:

Francisco Bruno Alves Vasconcelos  
RESIGNATURA DO F. R. (SOBRA) 01/11/2016  
SOBRAL, CE  
RESIGNATURA DO ENVIADO: 80910454218  
FRON VASCONCELOS PONTE  
RESIGNATURA DO ENVIADO: CE156214164  
ESTADO: CEARÁ (CE)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018

SS



procuro em  
do  
processo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

17 AGO. 2018

55

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA DE VEÍCULO

Nº 013BB67B31075  
EXERCÍCIO  
R.N.T.C. - 2017  
CÓD. RENAVAM - 00902408607  
NOME - FRAHCTISCO MARDONTO VASCONCELOS

SOBRAL - CE  
PLACA - HXY1728/CE  
CHASSI - 9C2KCG08107R062425  
ESPECIE TIPO - PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.  
MARCAS / MODELO - HONDA/CB 150 TITAN KS  
CAP / POT / GL - 2F / QCV / 149CC  
COTA UNICA - 1\*  
P - FAIXA LEVA - PARCELAMENTO / COTAS - 2\*  
V - FAIXA LEVA - PARCELAMENTO / COTAS - 3\*

VENC. COTA UNICA - 1\*  
PARCELAMENTO / COTAS - 2\*  
PAGAMENTO - DATA DE PAGAMENTO  
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$)

1\*  
2\*  
3\*  
1\*  
1\*  
1\*

1\*  
2\*  
3\*  
1\*  
1\*  
1\*

1\*  
2\*  
3\*  
1\*  
1\*  
1\*

1\*  
2\*  
3\*  
1\*  
1\*  
1\*

1\*  
2\*  
3\*  
1\*  
1\*  
1\*

1\*  
2\*  
3\*  
1\*  
1\*  
1\*

SEGURÓBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIÀ TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURÓDPVAT

CE Nº 013BB67B31075 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	00/10/2017
PLACA	PLACA
VIA	HXY1728
Q1	272916000359
RENAVAM	00902405807
AND FAB.	2006
MARCA / MODELO	HONDA/CB 150 TITAN K
ANO FAB.	2007
CATEGORIA	PARTIC
COMBUSTIVEL	GASOLINA
PREMIO TARIFARIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
	DEINTRANH (R\$)
	TOTAL SERVICO/PROSEGUIMENTO
	135,5
	DATA DE OUTIAÇÃO
	27/10/2017
	PARCELADO
	X COTA UNICA
	DATA
	50/10/2017
	LOCAL
	SOBRAL
	DATA
	50/10/2017
	MOTOR:
	KC08E17062425
	CNPJ 09.248.600/0001-04
	00395

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CE Nº 013BB67B31075 BILHETE DE SEGURO DPVAT



Igor Ponte

Superintendente

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

17 AGO. 2018

5180381184



Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE  
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL  
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral

Registro N.

760361 / 2018

Digitacao: 05/09/2018 (MARIA GLEISE)  
Livro: 13 Página: 2

Enviar para NUCLEO DE PERICIAS MEDICAS E ODONTOLOGICAS DE SOBRAL-PEFOCE  
EXAME SEGURO DPVAT

Em 29 de agosto de 2018, nesta cidade de Sobral, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

FABIANO FAZANARO

CREMEC Nº: 9791

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

**FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**

a fim de ser atendida a requisição de nº 1, emitida pelo (a) DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 11:35h de 29/08/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Perícia para fins de Seguro DPVAT.

Relato acidente motociclistico ocorrido no dia 09/05/2018 (B.O. Nº 495-767). Apresenta prontuário médico do Hospital Santa Casa de Sobral onde consta o relato de fratura do antebraço (radio) e o tratamento cirúrgico realizado através da colocação de placas e parafusos.

AO EXAME: Cicatriz típica de cirurgia no antebraço esquerdo; Perda leve residual da movimentação e da força do punho esquerdo.

**RESPOSTA AOS QUESITOS**

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Invalidade permanente parcial incompleta de repercussão residual (10%) das funções do punho esquerdo.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

FABIANO FAZANARO  
CREMEC Nº: 9791



AA149141



LIDA CORRETAMENTE  
10 SET. 2018  
ADS

Pode verificar a autenticidade do documento através do endereço [www.perce.ce.gov.br](http://www.perce.ce.gov.br) e informando o código: 7980381184

Registro N. 760361 / 2018

Digitacao: 05/09/2018 (MARIA.GLEISE)  
Livro: 13 Página:2

Enviar para NUCLEO DE PERICIAS MEDICAS E ODONTOLOGICAS DE SOBRAL-PEFOCE  
EXAME SEGURO DPVAT

Em 29 de agosto de 2018, nesta cidade de Sobral, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Sobral, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

FABIANO FAZANARO

CREMEC Nº: 9791

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

**FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**

a fim de ser atendida a requisição de nº /, emitida pelo (a) DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 11:35h de 29/08/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Perícia para fins de Seguro DPVAT.

Relata acidente motociclistico ocorrido no dia 08/05/2018 (B.O. Nº 495-767). Apresenta prontuário médico do Hospital Santa Casa de Sobral onde consta o relato de fratura do antebraço (rádio) e o tratamento cirúrgico realizado através da colocação de placas e parafusos.

AO EXAME: Cicatriz típica de cirurgia no antebraço esquerdo; Perda leve residual da movimentação e da força do punho esquerdo.

#### RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Invalidez permanente parcial incompleta de repercussão residual (10%) das funções do punho esquerdo.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

FABIANO FAZANARO  
CREMEC Nº: 9791



*PAO PNEU AND 03 m<sup>2</sup>*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FRANCISCO MARONIO VASCONCELOS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
972238163

DOCENTE/ORGANIZADOR IF  
38031682 SSP CE

CF: 272.916.003-59 DATA NASCIMENTO: 01/04/1964

TRANÇAO  
FRANCISCO DAS CHAGAS  
VASCONCELOS  
FRANCISCA ONEIDE  
ANDRADE VASCONCELOS

Nº REGISTRO: 00681612468 VALIGAR: 30/07/2019 1ª PRIMATICA: 13/08/1994

DESCRIÇÃO: A 7

Francisco Maronio Vasconcelos

ASSINATURA DO PORTADOR  
SOBRAL, CE  
26/08/2014

66687885354  
CR142911628

DETTRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR  
972238163

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018

ASS: \_\_\_\_\_

Ann 19 Chatman



*ENDELED Dº  
PROGETO  
DO MUN*

<b>SAAE</b> Serviço Autônomo de Água e Esgoto do Sertão de Sobral		Autarquia Municipal criada pela Lei nº 088/61 Praça Doutor Monte, 563 - Centro - Sobral-CE CNPJ: 07.817.778/0001-37 / CGF: 06.366.437-9 Internet: www.saaesobral.com.br DISQUE SAAE: 0800 2838 195																						
<b>Matrícula</b>	9448-1	<b>Localização</b>	0000030056																					
		<b>Mês de Abastecimento</b>	06/2018																					
<b>Identificação do Consumidor</b>																								
FRANCISCO MARONIO VASCONCELOS RUA CEL. ANTONIO FROTA, 281 2916, CENTRO CEP: 62010120 SOBRAL-CE																								
<b>Classe:</b> PAR <b>A/E:</b> 0 <b>RES</b> <b>Economias:</b> 1 <b>Tarifa:</b> 000 0030056 <b>Agente:</b>	<b>ÚLTIMOS CONSUMOS</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês / Faz.</th> <th>Consumo</th> <th>Ocor.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>05/2018</td> <td>2</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>04/2018</td> <td>2</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>03/2018</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>02/2018</td> <td>3</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>01/2018</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>12/2017</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Mês / Faz.	Consumo	Ocor.	05/2018	2	50	04/2018	2	50	03/2018	0	0	02/2018	3	50	01/2018	3	5	12/2017	3	5
Mês / Faz.	Consumo	Ocor.																						
05/2018	2	50																						
04/2018	2	50																						
03/2018	0	0																						
02/2018	3	50																						
01/2018	3	5																						
12/2017	3	5																						
<b>DADOS CONSUMO</b>																								
04/05/2018	6488	05/05/2018	6488																					
05/05/2018	6488	05/05/2018	6488																					
<b>Dias de Consumo</b>	<b>Consumo</b>	<b>Consumo</b>	<b>Consumo</b>																					
32	2	2	2																					
<b>Média:</b> 2	<b>IMÓVEL FECHADO</b>																							
O SAAE agradece pela sua pontual fatura.																								
<b>SERVIÇOS E TARIFAS</b>																								
<b>Cod.</b>	<b>Descrição</b>	<b>N.R.</b>	<b>Valor (R\$)</b>																					
1	ÁGUA		19,20																					
2	ESGOTO		10,64																					
997	TSHCL (PMS LEI COMP.		3,04																					
<b>VENCIMENTO</b>	01/07/2018	<b>TOTAL (R\$)</b>	28,88																					
<b>Mês</b>	<b>Ant.</b>	<b>Diárias</b>																						
2,00%	0,00	0,03																						
<b>PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA</b>																								
Reservatório: L.T.A.	Date:	01/05/13																						
Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Fluor	Col. Totais																		
Padrão	até 15 UH	6,0 a 9,5	até 5,0	até 50 FTU	até 1,5 mg/l	Ausente																		
	10,0	6,92	3,0	2,09	0,0	0,0																		

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018

EXERCISE

10. May

## REVISÃO DE PROCESSO

SINISTRO :3180/381184

EU FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS ,	
PORTADOR DO RG: 2005031034869 , INSCRITO NO CPF: 021.849.593-90 ,	
RESIDENTE, RUA PROF. ARI ROCHA N°.1093 ,	
BAIRRO, PARQUE DAS NAZARÉS CIDADE SUSMI UF CE .	

VENHO ATRAVÉS DE ESTA REQUERER, AOS SENHORES, REVISÃO DO SINISTRO ACIMA, A REFERIDA SOLICITAÇÃO SE FAZ PELA NÃO CONCORDÂNCIA DO VALOR PAGO, TENDO EM VISTA A GRAVIDADE DAS LESOES, POR CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

OUTRO DETALHE É QUE O MESMO FOI PAGO SEM SE QUER PASSAR POR UM PERICIA MEDICA.

PARA O PEDIDO DE REVISÃO ESTOU ENVIANDO NOVO LAUDO MEDICO E DO FISIOTERAPEUTA ALÉM DO LAUDO DO IML, RX E PROTUARIO CIRURGICO JÁ ANEXADOS AO PROCESSO.

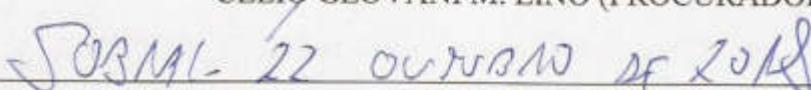
PORTANTO PEÇO UMA ANALISE CRITERIOSA DA DOCUMENTAÇÃO, POIS O PAGAMENTO RECEBIDO NÃO CONDIZ COM A SEQUELA DO MESMO.

DIANTE DISTO PEÇO A CONTINUIDADE DO PROCESSO E QUE SEJA MARCADO UMA PERÍCIA MÉDICA COM O MEDICO INDICADO PELA SEGURADORA LIDER, PARA QUE CONSTATE A GRAVIDADE DA LESÃO E O ESTADO FÍSICO EM QUE O MESMO SE ENCONTRA OU PAGAMENTO JUSTO DE ACORDO COM LAUDO DO IML, EM CONFORMIDADE COM O ARTIGO 3º ANEXO DA LEI 6.194/74.

CERTO (A) DA COLABORAÇÃO DOS SENHORES QUE COMPÕEM A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT, SABENDO DA CONFIABILIDADE E FIDEIDIGNIDADE DESTA INSTITUIÇÃO, DESDE JÁ AGRADEÇO PELA ATENÇÃO E ESTIMO VOTOS DE ACEITAÇÃO E CREDIBILIDADE.

OBS. ANEXO LAUDO NOVO MEDICO E DO FISIOTERAPEUTA

  
CELIO GEOVANI M. LINO (PROCURADOR)

  
LOCAL E DATA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180381184      **Cidade:** Massapê      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO BRUNO ALVES      **Data do acidente:** 08/05/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.  
VASCONCELOS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		<b>Total</b>	<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180381184      **Cidade:** Massapê      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO BRUNO ALVES      **Data do acidente:** 08/05/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.  
VASCONCELOS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO IML NÚMERO: 760361/2018 QUESITO 2º - SIM

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180381184      **Cidade:** Massapê      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO BRUNO ALVES      **Data do acidente:** 08/05/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.  
VASCONCELOS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180381184      **Cidade:** Massapê      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO BRUNO ALVES      **Data do acidente:** 08/05/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.  
VASCONCELOS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Francisco Bruno Alves Vasconcelos, brasileiro(a),  
estado civil casado, profissão Educador Físico, CI RG nº  
2005031044869, CPF/MF nº 02184954390, residente e domiciliado(a)  
à Rua Professor Amny Rocha, 1053, Q 43, Cidade de  
Sobral, Estado Ceará, CEP: 62053675, telefone 88-3.96190842.

**OUTORGADO:** CELIO GEONAVI MARQUES LINO  
CPF sob o n.º 284 193 913-87, e  
RG sob o número 883998-85 com endereço cito à  
RUA FREI ALVARO 665 - Alto do Cristo, na cidade de  
Sobral, Estado do CEARÁ.

### PODERES:

Concede poderes especiais ao outorgante para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ESTADO DO CEARÁ - SOBRAL CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO  
TITULAR: MARIA TEREZA LIMA MARTINS DE SUAZO - CNPJ: 02.640.968/0051-08  
Rua Dr. João do Monte, N° 912 - Centro - CEP: 62.010-220 - Sobral - CE  
Tel: (88) 3615.1760 / 3613.1131 - E-mail: cartoriooficio\_sobral@hotmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de  
012479 - FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

Em testemunha 02 da verdade. Valor do Serviço: R\$ 4,16  
Sobral, 08 de agosto de 2018 - Código do Ato: 2001/2021  
Substituta: MARIA MARGARIDA LIMA VASCONCELOS

Cópia no endereço acima mencionado



Sobral, 08 de Agosto de 2018.

Francisco Bruno Alves Vasconcelos  
OUTORGANTE

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018  
LSS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301342/18

Número do Sinistro: 3180381184

Vítima: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELO

CPF: 021.849.543-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO BRUNO  
ALVES VASCONCELOS

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Laudo do IML - Lesões corporais

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/09/2018

Nome: CELIO GEOVANI MARQUES LINO

CPF: 284.193.913-87

Data do cadastramento: 28/09/2018

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

\_\_\_\_\_  
CELIO GEOVANI MARQUES LINO

\_\_\_\_\_  
LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301342/18

Número do Sinistro: 3180381184

Vítima: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELO

CPF: 021.849.543-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/05/2018

FRANCISCO BRUNO  
ALVES VASCONCELOS

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/10/2018  
Nome: CELIO GEOVANI MARQUES LINO  
CPF: 284.193.913-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

CELIO GEOVANI MARQUES LINO

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0301342/18

Número do Sinistro: 3180381184

Vítima: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELO

CPF: 021.849.543-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO BRUNO  
ALVES VASCONCELOS

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Laudo do IML - Lesões corporais

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2018  
Nome: CELIO GEOVANI MARQUES LINO  
CPF: 284.193.913-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

CELIO GEOVANI MARQUES LINO

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

---

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

**Nº Sinistro:** 3180381184

**Vitima:** FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

**Data do Acidente:** 08/05/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** CELIO GEOVANI MARQUES LINO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180381184.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**

Nº Sinistro: **3180381184**

Vitima: **FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**

Data do Acidente: **08/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180381184**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**

Nº Sinistro: **3180381184**

Vitima: **FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**

Data do Acidente: **08/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIO GEOFANI MARQUES LINO**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

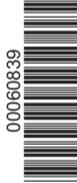
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180381184**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**

Nº Sinistro: **3180381184**

Vitima: **FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**

Data do Acidente: **08/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIO GEOFANI MARQUES LINO**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180381184**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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**





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 495 - 767 / 2018**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **19/06/2018 09:00:54**

Data / Hora da Ocorrência: **08/05/2018 07:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 362**

Complemento: **MUMBABA DE CIMA**

Bairro:

Município: **MASSAPE/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**

Nascimento: **12/08/1988** CPF: **021.849.543-90**

RG: **2005031044869** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA VALDA FURTUNA ALVES**

**FRANCISCO MARDONIO VASCONCELOS**

Endereço: **RUA JOSE DE ALENCAR ANDRADE, 72**

Bairro: **PEDRINHAS**

Município: **SOBRAL/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99614-0842**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HXY1728** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:

**9C2KC08107R062425** Renavam: **902408607** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano:

Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**AZUL** Proprietário: **FRANCISCO MARDONIO VASCONCELOS** Situação:

**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

Informa a vítima que no dia, hora e lugar acima mencionados sofreu um acidente de moto; Que a vítima estava sozinha indo de Sobral a Massapê quando vários cachorros atravessaram a pista; Que a vítima colidiu nos referidos animais, perdendo o controle da moto, vindo a cair ao chão; Que a vítima foi levada de carro para Santa Casa; Que a vítima não passou pelo hospital de Massapê; Que a vítima fraturou o braço esquerdo, deslocou o ombro direito e teve escoriações pelo corpo; Este BO é para fim de recebimento de seguro DPVAT.

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE**

17 AGO. 2018

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*Sâmia Cavalcante Vasconcelos*  
**SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS - MAT.: 3011261x**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Francisco Bruno Alves Vasconcelos*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-7**



**TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA MANOEL RONNEY  
MENESCAL CARNEIRO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 767 / 2018**

Aos 19 dia(s) do mês de Junho de 2018, nesta cidade de Massape, Estado do Ceará, onde pela(s) 09:23 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA**, Delegado(a), comigo **SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS**, Escrivā(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **MANOEL RONNEY MENESCAL CARNEIRO**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), superior completo, professor, filho(a) de **MANOEL VILMAR CARNEIRO** e **TEREZA CECILIA MENESCAL CARNEIRO**, nascido(a) em 09/01/1975, natural de Sobral/CE, RG: 2001031051730 SSPDC, residente à Rua Nonato Costa, 183, Centro - Massape/CE, telefone 9611-0374. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade **DISSE: QUE**, confirma que Francisco Bruno sofreu um acidente de moto, na localidade Mumbaba de Cima; Que Francisco Bruno fraturou o braço esquerdo, deslocou o ombro direito e teve escoriações pelo corpo.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS**, Escrivā(o) que o digitei.

DELEGADO(A) :

DEPOENTE : *Manoel Ronney Menescal Carneiro*

ESCRIVĀ(O) : *Samia Vasconcelos*

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
17 AGO. 2018



## TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA CRISTIANE FRANCO SILVA

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 767 / 2018

Aos 19 dia(s) do mês de Junho de 2018, nesta cidade de Massape, Estado do Ceará, onde pela(s) 09:21 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA**, Delegado(a), comigo **SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS**, Escrivā(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **CRISTIANE FRANCO SILVA**, nacionalidade Brasil, divorciado(a), superior completo, professora, filho(a) de **JOAO FRANCO SILVA e MARIA DAS DORES ALVES BALBINO SILVA**, nascido(a) em 17/06/1981, natural de Sobral/CE, CPF: 945.859.893-15, RG: 970031067746 SSP/CE, residente à Rua Major Jose Paulino, Centro - Massape/CE, telefone (88) 9825-0504. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, **DISSE: QUE**, confirma que Francisco Bruno sofreu um acidente de moto na localidade Mumbaba de Cima; Que Francisco Bruno fraturou o braço esquerdo, deslocou o ombro direito e teve escoriações pelo corpo.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS**, Escrivā(o) que o digitei.

DELEGADO(A) :

DEPOENTE : X Cristiane Franco Silva

ESCRIVĀ(O) : Samia Cavalcante

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTD

17 AGO. 2018

ASS: