

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180187157 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 25/02/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO. INTERNADO EM CTI POR 02 DIAS. APRESENTOU NA TOMOGRAFIA CONTUSÃO CEREBRAL. EVOLUIU SATISFACTORIAMENTE COM REDUÇÃO DO EDEMA. MESES APÓS A LIBERAÇÃO AMBULATORIAL RETORNOU AO MESMO COM QUEIXAS DE DISARTRIA E CEFALÉIA INTENSA, ALEM DE DEFICIT DE EQUILÍBRIOS. FICOU DIAGNOSTICADO LESÃO DO 10 NEURONIO MOTOR POR COMPRESSÃO PELO HEMATOMA. APRESENTA DISCRETO DEFICIT DE EQUILÍBRIOS E COORDENAÇÃO DA ESCRITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/05/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

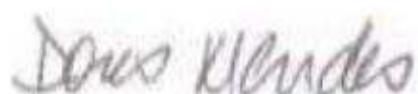
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:(Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Carlos Jean Oliveira Ferreira

Nacionalidade: **Brasileiro**

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2008737443-3

CBP: 081.043.033-92

Endereço: Rua do Aeroporto João de Deus, 1884

Bairros - Zona Rural

Cidade:

CEP: 62900-000 **INVESTPAC**
SEGURADOIA SIA

OUTORGADO:(Dados do procurador)

2018

Nome: Francisco Nonato dos Santos

Estado Civil: Solteiro

Nacionalidade:

CPF: 794.305.033-91

Endereço: Sítio Peixe

Raimo: Zone Rural

Cidade: Russas/Ce

CEP: 62.900-000

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório-DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, aviso de sinistro, protocolo de recepção de documentos, declaração de ausência de laudo de IML, autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório-DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitido para perfeito cumprimento deste mandado; da qual figura como vítima:

Carlos Jean Oliveira Ferreira

Local e Data: Russas/Ce, 22 de Dezembro de 2017.

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) CARLOS JEAN OLIVEIRA
FERREIRA, nascido em 10/01/1981, com endereço: Rua das Flores, 123, Centro, São Paulo, São Paulo, CEP 01000-000, RG: 12345678900, CPF: 123.456.789-000, e-mail: carlosjeanoliveira@bol.com.br, que
Davi fez, Russas, sexta-feira, 22 de dezembro de 2017 - 08:26h
Em Testemunho 999 da verdade. 999
Luciana Silva Oliveira - Escrivente Autorizada
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selos(s): CH-93516 - CARTÓRIO HERCULES AGHIARIAN-2) OFICIO DE TESTIMONIO
RUSAS/CE
Fone/Fax: (88) 3411.0107-4v, Dom Lino-1140-Centro.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Carlos Jean Oliveira Ferreira
Nacionalidade: Brasileiro
Identidade: 2006737443-3
Endereço: Rua do Aeroporto João de Deus, 1884
Cidade: Russas/Ce

Estado Civil: Solteiro
CPF: 081.043.068-82
Bairro: Zona Rural
CEP: 62.900-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: Francisco Nonato dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro
Identidade: 2004030010563
Endereço: Sítio Peixe
Cidade: Russas/Ce

Estado Civil: Solteiro
CPF: 794.305.033-81
Bairro: Zona Rural
CEP: 62.900-000

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório-DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, aviso de sinistro, protocolo de recepção de documentos, declaração de ausência de laudo de IML, autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório-DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitido para perfeito cumprimento deste mandado; da qual figura como vítima:

Carlos Jean Oliveira Ferreira

Local e Data: Russas/Ce, 22 de Dezembro de 2017.

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)



INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

081.043.033-92

Carlos Jean Oliveira Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Carlos Jean Oliveira Ferreira	CPF titular da conta 081.043.033-92	Profissão agricultor
Endereço Rua dos Aeroporto São de Deus	Número 1384	Complemento sousa
Bairro Zona Rural	Cidade Rumos	Estado Ceará
Email jeffersonvolney@hotmail.com	CEP 62900-000	Telefone (DDD) (88)9.9927-6677/9.8886-4675

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome Bradesco	NRO <input type="text"/>		
AGÊNCIA NRO. 0696	D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. 30511	D/V <input type="text"/>
(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.

Rumos/CE 21 de Maio de 2018
 Local e Data

Carlos Jean Oliveira Jr.
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Nº Sinistro: 3180187157
Vitima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Data do Acidente: 25/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO NONATO DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180187157**.

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, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Nº Sinistro: 3180187157
Vitima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Data do Acidente: 25/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO NONATO DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180187157**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Sinistro: 3180187157

Vítima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Data do Acidente: 25/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO NONATO 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 3180187157** 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, 21 de Maio de 2018

Carta nº 12830490

A/C: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180187157 ASL-0146550/18
Victima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Data Acidente: 25/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO NONATO DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta n°: 12893429

A/C: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180187157
Vitima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Data do Acidente: 25/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO NONATO 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: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000000696-3

Conta: 0000030511-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ **1.350,00**

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



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180187157**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R AEROPORTO JOAO DE DEUS nº 1884 - ZONA RURAL - RUSSAS/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20087374433 - SSP**

Data e local do acidente: **25/02/2017 RUSSAS/CE**

Data e local do exame: **16/05/2018 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO .INTERNADO EM CTI POR 02 DIAS.APRESENTOU NA TOMOGRAFIA CONTUSÃO CEREBRAL. EVOLUIU SATISFAATORIAMENTE COM REDUÇÃO DO EDEMA.MESES APÓS A LIBERAÇÃO AMBULATORIAL RETORNOU AO MESMO COM QUEIXAS DE DISARTRIA E CEFALÉIA INTENSA , ALEM DE DEFÍCIT DE EQUILIBRIO; FICOU DIAGNOSTICADO LESÃO DO 10 NEURONIO MOTOR POR COMPRESSÃO PELO HEMATOMA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA DISCRETO DEFÍCIT DE EQUILIBRIO E COORDENAÇÃO DA ESCRITA;

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

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

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFÍCIT FUNCIONAL RESIDUAL NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

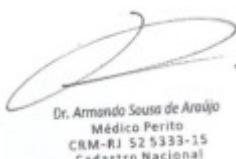
Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM:52.53331-5 /RJ


Dr. Armando Sousa de Araujo
Médico Perito
CRM-RJ 52.5333-15
Cadastro Nacional

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

17 JAN. 2018

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

ENTRADA

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

081.043.033-92

Nome completo da vítima

Carlos Jean Oliveira Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Carlos Jean Oliveira Ferreira		081.043.033-92	agricultor
Endereço	Número	Complemento	
Rua 13 do Aeroporto - São João de Deus	1834	Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Linha Rural	Ribeirão	Pe	62900-000
Email	Telefone (DDD) (88)9.9927-6677/9.8888-4675		
jeffersonvclney@hotmail.com			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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.	D/N	CONTA NRO.	D/N
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.	
Bradesco	<input type="text"/>	237	
AGÊNCIA NRO.	D/N	CONTA NRO.	D/N
0696	3	878069	2
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Ribeirão, 27 de Dezembro de 2017
Local e Data

Carlos Jean Oliveira Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

(CPF da vítima)

084.043.033-92

(Nome completo da vítima)

Carlos Jean Oliveira Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDEMNIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo:

Carlos Jean Oliveira Ferreira

CPF titular da conta

084.043.033-92

Profissão

Academy

Endereço

Rua do Aeroporto São José de Deus

Número

43824

Complemento

Casa

Bairro

Zona Rural

Estado

CE

CEP

62200-000

E-mail

jeffersonvalley@hotmail.com

Telefone (DDD)

(66) 9.9827-8577/9.8856-4675

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REÚSO/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)

BRADÉSCO (237) BANCO DO BRASIL (001) BB (941)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todas as bancos)

BANCO

Xone

Bradesco

1234

1234

AGÊNCIA

001

CONTA

001

DNV

DNV

DNV

DNV

conta

DNV

(informar digito se existir)

(informar digito se existir)

AGÊNCIA

001

BB

0696

13

878069

2

(informar digito se existir)

(informar digito se existir)

(informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Manaus/AM - 27 de Dezembro de 2017

Local e Data

Carlos Jean Oliveira Ferreira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

ENTRADA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 4958 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 18:23:57**
Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2017 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO**
Complemento:
Bairro: **RUSSAS/CE**
Município: **RUSSAS/CE**
Ponto de Referência: **AEROPORTO**

Noticiante(s)

Nome: **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**
Nascimento: **18/08/1994** CPF: **OUTROS: 22417** Orgão Emissor: **UF:**
Filiação: **MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA**
MANOEL FERREIRA NETO
Endereço: **AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO, 1884**
Bairro: **AEROPORTO** CEP: **62.900-000**
Município: **RUSSAS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99438-1542**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **MYZ7221** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi: **9C2KC08108R355971** Renavam: **128671491** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** e AZUL Proprietário: **RENATO DE OLIVEIRA MACIEL** Situação: **NAO S/** INFORMADO Envolvimento: **COLISAO** **SEGURADORA S/A**

Histórico

Informa o queixoso que no dia, hora e local indicados, trafegava na motocicleta acima identificada, sentido Sítio Cipó/ bairro Aeroporto, quando em frente ao Campo de Aviação, a corrente da motocicleta quebrou. O queixoso perdeu o controle da motocicleta e foi de encontro a uma árvore; Que com o choque, ficou desacordado e só retornou no IJF, em Fortaleza; Que segundo ele comunicaram foi socorrido pela ambulância do SAMU, para o Hospital e Casa de Saúde de Russas, de onde foi transferido para o IJF; Que ficou em coma por três dias; Que teve traumatismo Crânio Encefálico e ficou internado por aproximadamente 18 dias; Que não possui habilitação; Que não colidiu em ninguém; Que no momento do acidente, não tinha ninguém na via; Que até hoje encontra-se com dificuldades na falar, no andar entre outras sequelas

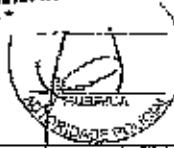
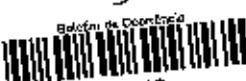
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANSELMO FERREIRA DE MATOS JUNIOR - MAT.: 134003-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Assinatura **F. F. Ferreira**

VISTO DO DELEGADO(A) : Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 4958 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 20/12/2017 18:23:57
Data / Hora da Ocorrência: 25/02/2017 17:00:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO
Complemento:
Bairro: Município: RUSSAS/CE
Ponto de Referência: AEROPORTO

Noticiante(s)

Nome: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Nascimento: 18/08/1994 CPF:
OUTROS: 22417 Orgão Emissor:
Filiação: MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA
MANOEL FERREIRA NETO
Endereço: AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO, 1884
Bairro: AEROPORTO CEP: 62.900-000
Município: RUSSAS/CE
País: BRASIL Telefone: (88) 99438-1542

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

29 MAR. 2018
UF:

ENTRADA

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: MYZ7221 UF: CE Município: RUSSAS Chassi:
9C2KC08108R355971 Renavam: 128671491 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN K5 Ano:
Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor:
AZUL Proprietário: RENATO DE OLIVEIRA MACIEL Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

Informa o queixoso que no dia, hora e local indicados, trafegava na motocicleta acima identificada, sentido Sítio Cipó/ bairro Aeroporto, quando em frente ao Campo de Aviação, a corrente da motocicleta quebrou e o queixoso perdeu o controle da motocicleta e foi de encontro a uma árvore; Que com o choque, ficou desacordado e só retornou no IJF, em Fortaleza; Que segundo lhe comunicaram foi socorrido pela ambulância do SAMU, para o Hospital e Casa de Saúde de Russas, de onde foi transferido para o IJF; Que ficou em coma por três dias; Que teve traumatismo Crânio Encefálico e ficou internado por aproximadamente 18 dias; Que não possui habilitação; Que não colidiu em ninguém; Que no momento do acidente, não tinha ninguém na via; Que até hoje encontra-se com dificuldades na falar, no andar entre outras sequelas

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANSELMO FERREIRA DE MATES JUNIOR - MAT.: 134003-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *...José...j...a...a...a...f...a...a...*

VISTO DO DELEGADO(A) : *J...a...a...a...*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 4958 / 2017

JOSE GUTEMBERG MOREIRA SOUSA - MAT.: 300545-1-2

Enselmo Reis de Matos Júnior
Delegado Policial Civil
Mat. 134003-1-5





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 4050 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 20/12/2017 18:23:57
Data / Hora da Ocorrência: 25/02/2017 17:00:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO
Complemento:
Bairro: Município: RUSSAS/CE
Ponto de Referência: AEROPORTO

Noticiante(s)

Nome: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
Nascimento: 18/08/1994 CPF:
OUTROS: 22417 Orgão Emissor: UF:
Filiação: MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA
MANOEL FERREIRA NETO
Endereço: AVENIDA JOSE MAIA SOBRINHO, 1884
Bairro: AEROPORTO CEP: 62.900-000
Município: RUSSAS/CE
País: BRASIL Telefone: (88) 99438-1542

Dados do(s) Veículo(s)

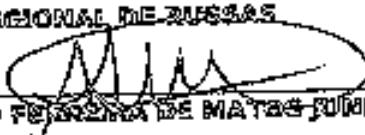
1) Placa: MYZ7221 UF: CE Município: RUSSAS Chassi:
9C2K008108R355971 Renavam: 128671481 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano
Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor:
AZUL Proprietário: RENATO DE OLIVEIRA MACIEL Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: COLISÃO

Histórico

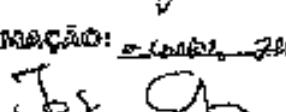
Informa o queixoso que no dia, hora e local indicados, trafegava na motocicleta acima identificada, sentido Sítio Cipó/ bairro Aeroporto, quando em frente ao Campo de Aviação, a corrente da motocicleta quebrou e o queixoso perdeu o controle da motocicleta e foi de encontro a uma árvore; Que com o choque, ficou desacordado e só retornou no IJF, em Fortaleza; Que segundo lhe comunicaram foi socorrido pela ambulância do SAMU, para o Hospital e Casa de Saúde de Russas, de onde foi transferido para o IJF; Que ficou em coma por três dias; Que teve traumatismo Crânio Encefálico e ficou internado por aproximadamente 18 dias; Que não possui habilitação; Que não colidiu em ninguém; Que no momento do acidente, não tinha ninguém na via; Que até hoje encontra-se com dificuldades na falar, no andar entre outras sequelas

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

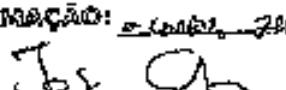
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:


ANSELMO FERREIRA DE MATOS JUNIOR - MAT.: 134003-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Fábio Henrique

VISTO DO DELEGADO(A):



DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
Pág. 1 de 2

Impresso em: 20/12/2017 18:33:48

24 ABR. 2018

ENTRADA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 541 - 4958 / 2017

JOSE GUTENBERG MOREIRA SOUSA - MAT.: 300545-1-2


Investigador de Polícia Civil
Assinatura Policia Civil
Mat 134003-1-8

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
Pág. 2 de 2
Impresso em: 22/04/2018 14:08:53
24 ABR. 2018
ENTRADA



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

Carlos Jean Oliveira Ferreira

CPF da Vítima

081.043.033-92

Data do Acidente

25/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

jeffersonvolney@hotmail.com

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(88)9.99276677/9.88864675

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 Lider 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.

17 JAN. 2018

ENTRADA

Munimalle, 27 de Dezembro de 2017

Local e Data

carlos jean oliveira ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 0221205 (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

Carlos Juan Oliveira Júnior

CPF da Vítima

1.031.043.033-42

Data do Acidente

25/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

jeffersonwolney@hotmail.com

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

(88) 9.99276677/6.88864875

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 9.194/74), uma vez que:

Assinatar 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 da respectiva 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, sou cieta que esta declaração permite o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perda médica às custas da Seguradora Lider 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 9.194/74.

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

Maceió, 27 de Dezembro de 2017
Local e Data

Assinatura do beneficiário
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

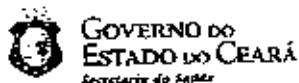
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

24/10/2017 00:01/2017

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

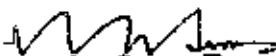
ENTRADA



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA**, portador do RG 2008737443-3 inscrito no CPF 081.043.033-92, no dia 25/02/2017, às 17h35, no município de Russas/CE, na rua do Aeroporto, vítima de colisão moto com árvore, sendo encaminhado para o Hospital e Casa de Saúde de Russas e depois transferido para o Hospital L.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 06 de Outubro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA

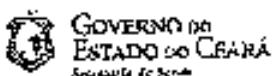
Relação de Entrada
06/10/2017

06/10/2017

Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia reproduzida do documento que me foi apresentado na Cartório pela parte interessada, Carvalho, no dia 06/10/2017, no valor de R\$ 100,00 (cem reais).
En testamento
ELIANE DE FREITAS MARIA 
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Detalhes: RH-337581 - CARTÓRIO HERCULES ASSESSORIA E C/ OFICIO DE 19/10/2017
RUSAS/CE
Fone/Fax: (62) 3411.0107-Av. Dom Lino-1140-Centro



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 a 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (85) 3433 7434



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA, portador do RG 2008737443-3 inscrito no CPF 081.043.033-92, no dia 25/02/2017, às 17h35, no município de Russas/CE, na rua do Aeroporto, vítima de colisão moto com árvore, sendo encaminhado para o Hospital e Casa de Saúde de Russas e depois transferido para o Hospital I.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE. E para constar eu, Ana Cristina Medeiros Silva, Ana Cristina Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 06 de Outubro de 2017

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce
Fone: (88) 3835 7434

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
24 ABR. 2018
ENTRADA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00696-3

CONTA: 000000030511-1

Nr. Autenticação

BRADESCO25052018050000000002370069600000030511135000 PAGO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B 4 | N° 498192846
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdez no. 160 | CEP 60735-040 - Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 CGF 06 105 618 3

A Faria Sua
A Faria Sua



Esta é a segunda via de
OUT/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

6157926 2

01/12/2017

67,12

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo fóbia 0-30 Kwh

Quantidade Tarifa Votor (R\$)

163 0,36192 62,25

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/	Prev. Próxima
Apresentação	Leitura
23/11/2017	23/11/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

10E0.E498.18F3.A881,E00D.CCAD.FD95.D954

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	29,37
TRANSMISSÃO	2,93
DISTRIBUIÇÃO	19,94
ENCARGOS SETORIAIS	6,59
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	3,14

OUTROS PAGAMENTOS

CORREÇÃO MONETARIA DO MES

JUROS DO MES

JUROS DO MES

MULTA MORATÓRIA

JUROS DO MES

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 5,36)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kwh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecologica(%CO₂)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO JAN. 2018

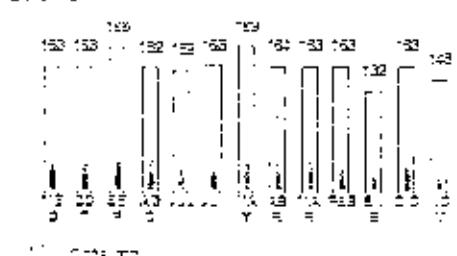
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 25,52

Conjunto RUSSAS I

Mes AGO/ 2017

	Padrão Individual	Apuração Individual
	Mes: Trimestre: Anual	Mes: Trimestre: Anual
DIC (h)	5,19 10,36 20,77	0,00 0,00 0,00
FIC (uni)	3,30 6,60 13,20	0,00 0,00 0,00
DMIC (h)	2,94	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



INVESTPREV
SEGURADORA S/A

ENTRADA

*EXIA DIRETORIA COM CONTA EM DEBITO AUTOMATICO. OPÇÃO DE DEBITO AUTOMATICO DEVE SER SEGURO DE CONTA DEBITO AUTOMATICO.

RES. 100 JURUSIAI CONCEP. ELÉTRICA FERI - EST. MÉDIA -
EST. MÉDIA - RES. 100 JURUSIAI

Nº do Cliente: **6157926-2** N° da Nota Fiscal: **498192846** Total a Pagar (R\$): **67,12**
 Data de Emissão: **14/11/2017** Referência: **OUT/2017** N° de Controle: **0006157926 000414342200-9**



83830000000-4 67120031000-0 00061579260-0 00414342200-9

COMPOSIÇÃO DO VALOR DA DESpesa		HISTÓRICO DE CONSUMO	
Partida	74,16		
Transporte	1,15		
Divisão	1,15		
Impressão	0,34		
Impressão de Fatura	0,04		
Viagens (R\$ 100,00 - 10%)	0,04		
TOTAL	76,65		
CONSUMO CORRESPONDENTE - GRUPO DE CD, (R\$/Mês)			
Consumo médio anual para consumo de grupo de CD			
Entrada de CD	Extrato de CD	Opção de Extrato	
71,75	9,98		
CONTAS EM ATRASO		PAGAR ATUALIZAR	

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Documento: Circular SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Nonato dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.305.033 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Jean Oliveira Fernandes, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 081.043.033 / 92, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez
Carlos Jean Oliveira Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.043.033 / 92, ESTUPRO
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
Peixe		S/N	casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Peixe	Russas	Ceará	62.900-000
Email	jeffersonvolney@hotmail.com	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(88) 9.9927-8677	(88) 9.8886-4675

Russas/CE 15 de Janeiro de 2018.
Local e Data

Francisco Nonato dos Santos
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www2.susep.gov.br/biblioteca/legis/decisoes/legis/legis.asp?d13PO=1&CD01GO=29636> (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/legis/decisoes/legis/legis.asp?d13PO=1&CD01GO=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 constar, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da renda da pessoa moral, 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 mesma Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Subsistema de Seguros Privados - SUSEP: é o responsável pelo controle e fiscalização das instituições de seguros, previdência privada aberta, capitalização e reseguros.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF: é o organismo de supervisão do Ministério da Fazenda, responsável por fiscalizar, aplicar penas administrativas, noticiar e identificar as pessoas suspeitas de envolvimento em crimes previstos na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Noronha dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.305.033 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Interventor (a) do Beneficiário Carlos Jean Oliveira Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.043.033 / 92 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Carlos Jean Oliveira Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.043.033 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Requeiro Informar

Declaro ainda, sob os penas da lei e para fins de prova da residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número S/N	Complemento
Peixão		Sobrado	casa
Salão Peixão	Rua das Russas	CEP 62.900-000	CPF
E-mail: jeffersonnoronha@hotmail.com	Telefone: (61) 3400-0000	Telefone: (61) 3400-0000	Telefone: (61) 3400-0000

Russas/CE 15 de Janetra de 2018
Assinatura do Declarante

01/04/2018/2018

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Renato de Oliveira Maciel,

RG nº 2007901386-9, data de expedição 05 / 04 / 2016,

Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 063.145.423-32, com domicílio na cidade de Russas, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Peixe, nº S/N,

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 Carlos Jean Oliveira Ferreira, cujo o condutor era Carlos Jean Oliveira Ferreira.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/ CG 150 TITAN KS

Ano: 2008/2008

Placa: MYZ 7221

Chassi: 9C2KC08108R355971

Data do Acidente: 25/02/2017

Local e Data: Russas/Ce, 21 de Dezembro de 2017.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018.

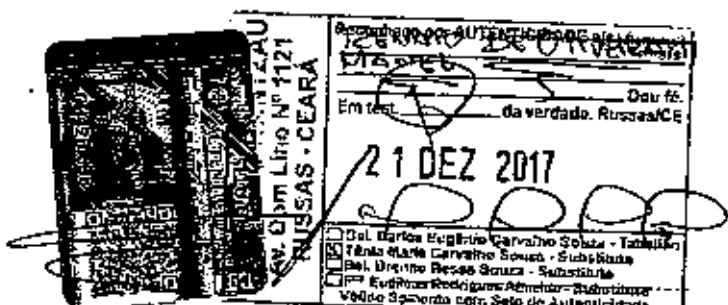
ENTRADA

Renato de Oliveira Maciel

Assinatura do Declarante

Carlos Jean Oliveira Ferreira

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Renato de Oliveira Macel,
RG nº 2007001388-9, data de expedição 05 / 04 /2016,
Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 063.145.423-32, com
domicílio na cidade de Rueas no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Pelxe, nº 8/N,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Carlos Jean Oliveira Ferreira, cujo o condutor era
Carlos Jean Oliveira Ferreira.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS

Ano: 2008/2008

Placa: MY2 7221

Chassi: 9C2KC08108R355971

Data do Acidente: 25/02/2017

Local e Data: Rueas/Ce, 21 de Dezembro de 2017.



Renato de Oliveira Macel
Assinatura do Declarante

Carlos Jean Oliveira Ferreira

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



INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

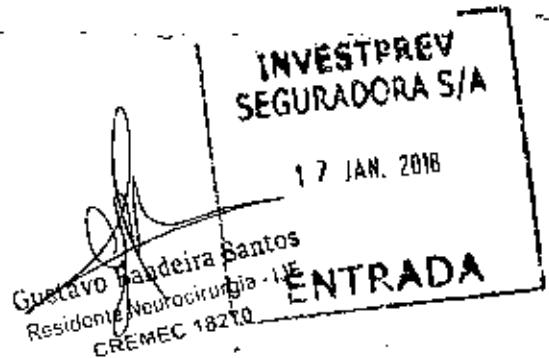
ATESTADO MÉDICO

NOME: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Atesto para os devidos fins que o paciente acima descrito, 23 anos, vítima de acidente de moto no dia 25/02/17. Foi admitido no IJF inconsciente. Permaneceu internado na UTI até 27/02/17. TC de crânio da admissão evidenciou contusão frontal E, optado por tratamento conservador. Evoluiu bem na enfermaria com regressão da lesão nos exames de imagem de controle. Recebeu alta hospitalar dia 15/03/17. Retorna ao ambulatório com queixa de tontura, desequilíbrio e dificuldade na marcha. Ao exame físico: GCS 15, PIFR, MOE normal, sem déficits motores, marcha atáxica, disártico. Nega uso de medicações específicas. Alta ambulatorial.

CID-10: S-06.9

FORTALEZA, 24 DE OUTUBRO DE 2017.





25/02/2017 17:50:32	1700187195	GUIA DE: <input checked="" type="checkbox"/> ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	DIURNO	36
Paciente: 00087643 - CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA		DN: 18/08/1994 - 23 A 2 M 2 D	Sexo: M	Est. Civil: Solteiro(a)
Identidad 20087374433 - SSP-CE Raça/Cor: Parda -		CPF: 081.043.033-92	Ocupação: AGRICULTOR	
Endereço: RUA - DO AEROPORTO - 1884 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE		CEP: 62.900-000	Nat: RUSSAS - CE	
Contato: (88) 99321-1750		Mãe: MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA	Mai: MANOEL FERREIRA	
Convênio: SUS - SUS		Carteira: <input type="checkbox"/>	NETO	Validade:
Autorização:		Susprenatal: <input type="checkbox"/>	CNS: 203642339280003	Caráter Atend.: URGÊNCIA
Motivo: URGENCIA / EMER	Especialidade: CLINICA MEDICA	Profiss. Atend.: NILSON	Setor: EMERGENCIA	
DUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)				
Peso: — KG.	Temp.: — °C.	Pressão: 90x60 mmHg.	D. X.:	• SAT: 97% FC: 124 bpm
Classificação de Risco: <input checked="" type="checkbox"/> VERMELHO		<input checked="" type="checkbox"/> LARANJA	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE
<input type="checkbox"/> AZUL				

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Prece de 20g no dia 08/05/2017
Pulmões isocorantes fôlego normal.

• FR: 30 bpm
• Glaucoma: 08

INVEST/PRÉV
SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

TC

SAÚD - EXAMES COMPLEMENTARES

RAIO-X ULTRASSOM TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO

APENAS ATÉ

PROXIMA CONSULTA

SIL 1000 ml 6
Fermento 05 l 6
S. G. C. 01 g 6

(19:30) (19:30)

18:45h

18:55h

Pot. 100ml da
acidente moto-
ciclistico

— 200 ml + Uruguaia 200 ml > 19:35h
SUD n° 19 01:15h

CURSO/CE: 344251

CEL: 144000000664

CONDUTA:

ALTA POR DECISÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO (Alé 24 Horas)

TRANSFERÊNCIA PARA: J.J.F

AMBULATÓRIO

ALTA A REVELIA

ALTA A PEDIDO

INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 25 / 02 / 2018 22:10

Antônio Vidal Ferreira de Souza
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota
Rua Barão do Rio Branco 1816
Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA		
Sexo: M	Internação: 02/03/2017	Alta Neurocirúrgica: 15/03/2017
Diagnóstico: TCE		
Prontuário: 5496365	GOS-E: 6	Tratamento conservador de TCE

Evolução Clínica:

Paciente, 22 anos, vítima de acidente de moto em 25/02/17, foi admitido no IJF inconsciente. Ficou na UTI até 27/02/17, quando foi transferido para SR. TC de crânio da admissão com contusão hemorrágica frontal E, optado por tratamento conservador. Encaminhado a enfermaria da neurocirurgia em 03/03/17. Evoluiu bem, com regressão da lesão. **ENVIADO PREV** discutido com STAFF (Dr. João Antonio), orientada alta da neurocirurgia **SEGUIMENTO S/A** acompanhamento ambulatorial.

Resultado de Exames:

TC de crânio (26/02/17): diminuta hiperdensidade focal frontal E, sugestiva de foco hemorrágico.

17 JAN 2018

ENTRADA

TC de crânio (28/02/17): regressão da lesão.

TC de crânio (08/03/17): controle satisfatório.

Hoje:

Paciente evoluindo bem, sem intercorrências. Ao exame: acordado e pouco desorientado, mobilizando os 4 membros. Sem queixas.

Orientações:

- Alta da neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial
- Retorno ambulatorial neurocirurgia Dr. Carlos Vinícius – terças e quintas.
- 30 dias de repouso em domicílio
- **Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.**
- **ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA – POSTO DE SAÚDE.**
- Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.

Fortaleza, 15 de Março de 2017.

Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMERC 18270



FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Município: RUSSAS - CE

Nome: Edenice Yean Oliveira Ferreira Prostaurário Nº _____

Sexo: M F Data Nascimento: 18/08/94 Ocupação: _____

Endereço: Carimbo

Fone: (88) 9240-0918

Motivo do Encaminhamento:

Teste Pox Histórico de TCE na + Sustos

Resultado de Exames: Referência Falso de Envolvendo Exames
Dificuldade no Pox e visita TCE

Impressão Diagnóstica:

TCE Referido

Viajante Vizinho
MEDICO
EMEC 15000

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora

Unidade de Referência:

Procedimento:

Profissional:

INVESTIGADOR

INVESTIGADOR
SEGURADOR/A

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(=)

Resumo Clínico / Cirúrgico:

17 JAN 2018

ENTRADA

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico Principal:

Conduta Realizada:

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Médico / Carimbo

Função

Data

Hora



FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Município: RUSSAS - CE

Nome: Carlos Júnior Oliveira Ferreira

Prontuário N° _____

Sexo: M F

Data Nascimento: 1/1/19

Ocupação: _____

Endereço: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: 23 anos. Histórico de acidente de moto PEV/17, lesão no cérebro, tumbi fricado

Resultado de Exames: Internado, evoluiu após acidente com perda, dugo, se desgaste forçoso e sensibilidade em dimílio. Orelha. Pef apresenta dificuldade pr

Impressão Diagnóstica: deambular

Muriel Alencar Barbosa

MÉDICO

Assinatura do Médico / Carimbo

medico

Função

21/08/18

Data

Hora

Unidade de Referência: Centro de Reabilitação

Procedimento: Fisioterapia Motoria

Profissional:

Fisioterapeuta

INVESTIMENTO
SEGURADORA S/A

17 JAN 2018

ENTRADA

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico Principal:

Conduta Realizada:

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim Não



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1438 - Centro
Russas / Ceará



28/02/2017 17:50:32 1700187195 GUIA DE (-) ATENDIMENTO (X) OBSERVAÇÃO - DIURNO - SB
Paciente: 00087643 - CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA CRM: 180087643-23 A 2 M 2 D Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)
Identidade: 20087643 - SSP-CE Raga/Cor: Parda - CPF: 081.649.033-82 Ocupação: AGRICULTOR
Endereço: RUA DO AÉROPORTO - 1884 - ZONA RURAL - RUSSAS - CE CEP: 62.860-000 Nat.: RUSSAS - CE
Contato: /88321-1759 Tele: MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA Rel: MANOEL FERREIRA
Convênio: SUS - SUS Carteira: NETO Validade:
Autonomia: Gestante: Gravidez: CNB: 20364233928/003 Cond: Atend.: URGÊNCIA
Motivo: URGÊNCIA / EMER. Especialidade: CLÍNICA MÉDICA Profiss. Atend.: NILSON Setor: EMERGÊNCIA
OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: KG. Temp: °C. Pressão: 90X60 mmHg. B. X.: EAT: 98% FC: 149 ppm
Classificação de Risco: VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL
ANAMNESE E EXAME PÍSTICO

Prt. antiga med. 62+56m of
pulmões isoladas fofas n. 6-75.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

IC6

SADY - EXAMES COMPLEMENTARES

(-) RAIOS X (-) ULTRASSOM (--) TC (--) SANGUE (--) URINA (--) ECG (--) OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

SRL 1000ml 6	18:30h (18:30h)	Pct. súbita de
fernais 05ml 6	18:45h (18:45h)	acidente moto- ciclistico
Succarol 0,5g 6	19:55h (19:55h)	apta. hospitalar de dia Entrega
IOT	n/7,5	
SG 90ml + 02mg feranai, 20mg	19:35h (19:35h)	CORON/CE: 344,25
SUD	n/19 04:15h (04:15h)	tel: (44) 320 6641

CONDUTA:

(-) ALTA POR DECISÃO MÉDICA
(-) OBSERVAÇÃO (16-24 Horas)
(-) TRANSFERÊNCIA PARA:

(-) AMBULATÓRIO
(-) ALTA A REVELIA

(-) ALTA A PEDIDO
(-) INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 29 / 03 / 2017 22:40

OBISCO

Outras do 1º Atendimento? (--) SIM (--) NÃO Destino: (--) Pediatria (--) IMI (--) Anatomia Patológica

Antônio José Ferreira de Souza
Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Nilson de Souza
CRM: 20364233928/003

Carimbos e Assinatura do Médico

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ATESTADO MÉDICO

NOME: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Atesto para os devidos fins que o paciente acima descrito, 23 anos, vítima de acidente de moto no dia 25/02/17. Foi admitido no IUF inconsciente. Permaneceu internado na UTI até 27/02/17. TC de crânio da admissão evidenciou contusão frontal E, optado por tratamento conservador. Evoluiu bem na enfermaria com regressão da lesão nos exames de imagem de controle. Recebeu alta hospitalar dia 15/03/17. Retornou ao ambulatório com queixa de tontura, desequilíbrio e dificuldade na marcha. Ao exame físico: GCS 15, PIFR, MOE normal, sem déficits motores, marcha atáxica, disártico. Nega uso de medicações específicas. Alta ambulatorial.

CID-10: S-06.9

FORTALEZA, 24 DE OUTUBRO DE 2017.

Gustavo Oliveira Santos
Residente: Fortaleza/CE - 10º
CRM/CE 18220

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA



Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota
Av. Barão do Rio Branco, 1816
Porto Alegre - RS

RESUMO DE ALTA NEUROcirúRGICA/ ATENDIMENTO MÉDICO

Nome: CARLOS JHAN OLIVEIRA PEREIRA

Sexo: M | Internação: 02/03/2017 | Alta Neurocirúrgica: 15/03/2017

Diagnóstico: TCE

Prontuário: 608-116 | Tratamento conservador de TCE
5496363

Evolução Clínica:

Paciente, 27 anos, vítima de colisão de moto em 25/02/17, foi admitido no HU imediatamente. Ficou na UTI até 27/02/17, quando foi transferido para SR. TC de cérebro de admissão com contusão hemorrágica frontal L, operado por tratamento conservador. Recomendado a encefalograma de neurocirurgia em 03/03/17. Evolução boa, com regressão de lesão. Caso encaminhado para STAFF (Dr. João Antônio), orientado este da neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial.

Exame de Rastreio:

TC de crânio (26/02/17): diminuta hipodensidade frontal L, suspeita de foco hemorrágico.

TC de crânio (28/02/17): regressão da lesão.

TC de crânio (08/03/17): controle satisfatório.

Hoje:

Paciente evoluindo bem, sem intercorrências. Ao exame anotado e paciente desorientado, mobilizando os 4 membros. Sem queixas.

Orientações:

- Alta de neurocirurgia com acompanhamento ambulatorial
- Retorno ambulatorial neurocirurgia Dr. Carlos Vidiella - tempo e quíntas.
- 30 dias de repouso em domicílio
- Observação domiciliar rígida e **RETORNO INMEDIATO** à emergência se INTERCORRÊNCIAS.
- **ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA**
- **POSTO DE SAÚDE**
- Sugestões ajustamento de suas atividades diárias conforme parceria médica.

Porto Alegre, 15 de Março de 2017.

Geilson Andrade Santos
Sociedade Neurocirúrgica - SN
CRM/RS 12277

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA



FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA

Unidade de Origem: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Município: RUSSAS - CE

Nome: Elaine Cidadão Outra Fórum/Comunidade N° _____

Sexo: F M Data Nascimento: 18/06/94 Cidade: _____

Endereço: Carreia Fone: (92) 40-0633

Motivo do Encaminhamento:

Doenças crônicas e de longa duração

Resultado de Exames: parâmetros Folia de transmissão seropositiva
Diagnóstico na PMS e visto nova

Impressão Clínica:

TCE Positivo

Ver paciente visto
2010
MEC 15/10

Assinatura do Médico / Cartório

Função

Data

Hora

Unidade de Referência:

Procedimento:

Profissional: Enfermeira

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(1)

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico Principal:

Conduta Realizada:

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo de referência coincidiu com o diagnóstico? Sim Não

INVESTIPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

Assinatura do Médico / Cartório

Função

Data

Hora

ENTRADA

SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E SISTEMA OSTEO ARTICULAR
DEPARTAMENTO DE MÉDICINA DO TRABALHO E DA SAÚDE OCUPACIONAL
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E LABORATIVA
LAUDO ESPECIALIZADO EM APARELHO LOCOMOTOR / COLUNA VERTEBRAL

ASSISTÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE OCUPACIONAL

NOME: CARLINE JEAN DALENA FERREIRA
RG: 088.043.033-72 PROFISSÃO: Agricultor
CID 10: J04.9

QUEIXA PRINCIPAL: CONVULSÃO CEREBRAL ALTERAÇÃO NA VERTIGEM
CRIPALIA PAROXISTICA DISCINIA E DA PERCEPÇÃO ESPAÇO
HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: EM 25 DE FEVEREIRO DE 2017 SURGIU QUEIXA
DE MIGRAÇÃO (COLOCANDO COM UMA ÁGUA) PROCUROU HOSPITAL
E CASA DE SAÚDE DE RELATOU TENSÃO SISTÓMICA MANIFESTADA PELA
HOSPITALAR E CIRÚRGICO JOSÉ ALVES - COM HISTÓRICO QUATRO
CLÍNICO - UNCONSCIENTE COM BLOQUEIO DA MÍDIA CONVULSÃO
HAEMORRÁGICA PROSTRADA, TEMBOS TÍPICOS MANIFESTAÇÕES
CLÍNICO CONVULSÃO (APÓS 12 DIAS DE TRATAMENTO CLÍNICO)
LEVADA COM DESLIZAMENTO LATERAL PARA A DIREITA, POD ACERTAR
DO EQUILÍBRIO DO 1º MESTRINHO MELHOR - TC EM
APENAS DISPENSADORE - POD EX TC + DAM - ROSCERZA PROTÓTICO
DIAGNÓSTICOS: CLÍNICO RADIOLÓGICO LABORATÓRIO IMAGEM OUTRO

- 1) MIGRAÇÃO ATÁXICA CEREBRAL POD DISCINIA EQUILÍBRIO (S04.9)
- 2) TRABUCADAS CAVAS DISCINIA DISCINIA (S04.9)
- 3) TOCO COM BARRA PROSTRADA HAEMORRÁGICO (S04.9)
- 4) DISCINIA DISCINIA PO TRABUCADAS (S04.9)
- 5) DISCINIA PO TRABUCADAS (S04.9)

OBSEVAÇÕES: DEVIDO A UMA NO 1º MESTRINHO MELHOR
OCORRIDA EM 25/2/2017 O PACIENTE TEVE
SURGIU 4 LEGACHA ATÁXICA E DISCINIA PO TRABUCADAS
COM PROBLEMAS DA MÍDIA (POD É COMUNICAÇÃO
DE ORIGEM DISCINIA DISCINIA ATÁXIA E ATÁXIA
MEDICADO COM ANTRI-MÍDIA 25/1/16 DE 12/12/16
DESE PODE MELHORAR DISCINIAS PO DISCINIAS

MAGNETOMA 30 GANHE

Assinatura

Francisco Fábio Pereira
Ortopedista, Traumatologista
Médico de Trabalho - CRM/SC 3655
CARIMEB
041-9999.8107 - 9757.2592

ASSINATURA

INVESTIGADO 04/04/2018
SEGURADORA S/A
24 ABR. 2018
ENTRADA

SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E SISTEMA OSTEO ARTICULAR

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO E DA SAÚDE OCUPACIONAL

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E LABORATIVA

LAUDO ESPECIALIZADO EM APARELHO LOCOMOTOR / COLUNA VERTEBRAL

INVESTPREV

04/04/2018

04/04/2018

ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

NOME: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
 RG: CPF 081.043.033-92; PROFISSÃO: Arquiteto
 CID 10: S04.9

QUEIXA PRINCIPAL: CONCUSSÃO CEREBRAL / ALTERAÇÃO DA LEMNA, DA CEFALOGIA, PALPEBRA DIREITA, ESCUTA E DA PERCEPÇÃO ESPACIAL. HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL: EM 25 DE FEVEREIRO DE 2017 SOBREVEU Queda DE MONOCICLETA (COLIDIU COM UMA ÁRVORE) PRECIPITOU IMPACTO E CUSTA DE DIADE DE RESPIRATÓRIO TAMBÉM FICOU TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL E GESTANTE JOSÉ FORTES - COM HISTÓRICO CLÍNICO: - INCONSCIÊNCIA DEPOIS DIAGNÓSTICO DE CONCUSSÃO CEREBRALAGA PRONTO, TAMBÉM FICOU MARCADO XADIDUM NO CLÍNICO GESTANTE. (APÓS 18 MESES DE TRATAMENTO CLÍNICO) LATERA, COM DESLIZAMENTO LATERAL PARA A DIREITA, PSE ALERTA DO EQUILÍBRIO DA 1^º NEUROVÍNCIA SUPER. - TC EVI. APARECEU HIPERSENSIBILIDADE - PSE FÍBRA HESÍCERATICA. HD - FÍBRA HESÍCERATICA - ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO. NPMO EVI: AS TC + PSE - POLÍBEXYSE PRÓTINA. DIAGNÓSTICOS: CLÍNICO RADIOLÓGICO LABORATÓRIO IMAGEM OUTRO

- 1) NEUROATAXIA CEREBRAL - PSE HIBERNACAO EQUILÍBRIO.
- 2) TRAUMAISMO CRANICO - ENCEfalite (S04.9)
- 3) FÍBRA HESÍCERATICA - DENTRO A HESÍCERATICA (S04.9)
- 4) DISPARIA - ADASIA PRIMARIA
- 5) HIBERNIA PRIMARIA

DATAVACINA: DENTRO A 60^º DA 1^º NEUROVÍNCIA SUPER
 DATAVACINA: EM 25/2/2017 O PACIENTE TEVE CEGUEIRA
 SEVERA A NEUROATAXIA ATAXIA E POLÍBEXYSE PSE TAMBÉM
 COM PROBLEMAS DA LINGUA FON E. COMUNICAÇÃO
 DE DIGESTÃO INFERIOR: ATASIA E ADASIA
 MEDICAMENTO COM ANTIHISTAMÍNICA 25MG DE 12/12h.
 DEVE FAZER TRATAMENTO NEUROLOGICO COM ASSOCIAÇÃO
 MAGNETICA DO CRANEO

ASSINATURA

ESPECIALISTAS: Purpínia Ferreira
 Ortopedia, Traumatologia
 Serviço de Trabalho - CRESPEL 8050
 CARIMBOS: 0366.0107-9737.2976

Data: 04/04/2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2008737443 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/02/2014
REGISTRO GERAL

CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA
MANOEL FERREIRA NETO
MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA
RUSSAS/CE
CERT. INSCRIÇÃO - CARFÓR:1 OFÍCIO TERMO:22417 FOLHA:213
LIVRO:A19 RUSSAS - CE

CPF: 081.043.033-92
1 VIA
Assinatura do Detentor P.: 122
Assinatura do Detentor
LEI N° 7.115 DE 29/06/83

Documentos de identificação
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA CIVIL
PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS E DE ASSISTÊNCIA SOCIOAMÉRICA
Polegar Direito

CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
0D65.38D8.8B30.766E

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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 09:53:32 do dia 15/07/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

081.043.033-92

Nome

CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

Nascimento
18/08/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

FILIAÇÃO.....: MANDEL FERREIRA NEYO
MARIA DAS DORES DE OLIVEIRA FERREIRA
NASCIMENTO....: 18/08/1994 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO
NATURALIDADE: RUSSAS - CE
DOCUMENTO....: C. I. 20087374433 06/02/2014 SSPDS CE
LEI Nº 5.048, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 081.043.033-92 CNH....:
TIT. ELEITOR: 084714020780 SEÇÃO: 0256 ZONA: 009
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SR.FEACE - 27/01/2015



**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

17 JAN. 2018

ENTRADA

Confabulou o Feminina



1285204 0050 CE

203.64233.92-8

Documentos de identificação
DUO 127

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: FRANCISCO NONATO DOS SANTOS

DOCUMENTO DE CIDADÃO: 2004630010563 SSP CE

CPF: 794.305.033-91 **DATA NASCIMENTO:** 19/10/1979

PAIS: JOSE AGOSTINHO DOS SANTOS
MARIA DE FÁTIMA DA COSTA

PERMÍTENCIAS: ACC AB

PERÍODO: 06135143009 **VALIDADE:** 18/11/2018 **INSCRIÇÃO:** 23/07/2014

OBSEVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO:

Francisco Nonato dos Santos

UF: CE **DATA DE EMISSÃO:** 24/07/2015

PORTALEZA, CE
12582168413
CE148709521

DETAN-CE (CEDEMA)

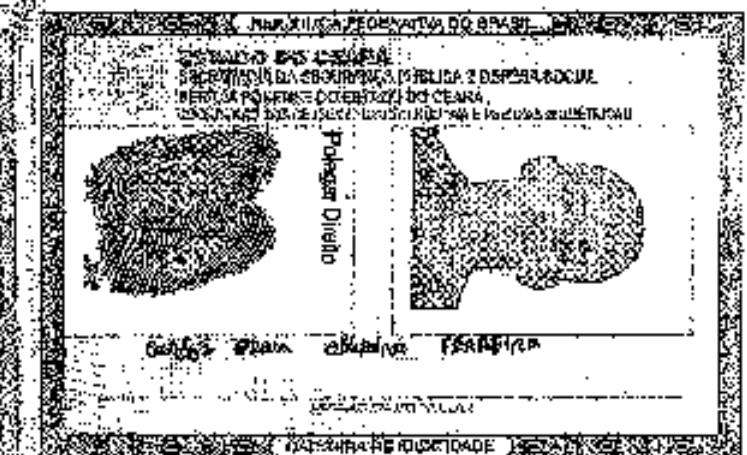
PRODUTO PLASTIFICADO

1155717155

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA



00000000000000000000000000000000

A autorização do uso da propriedade intelectual, no âmbito do
serviço público, é feita pelo
Ministério da Cultura.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Sistema Federal
Centro de Processos Fiscais
COMPONENTE DE INSCRIÇÃO
Número:
084.043.633-92
Nome:
ELLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA

1866847594

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

1155717155
molecular economy

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-CE N° 013126487326
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA SAMI

VIA	CÓD. RENAVAM	ENTRADA	EXERCÍCIO
01	128671491	0000000000	2017
NOME			
RENATO DE OLIVEIRA MACIEL			

RUSSE/CE			
CPF/CNPJ		PLACA	
06314542332		NYZ7221	
PLACA ANT/UF		CHARSI	
*****/RN		9C2KC08108R355971	
ESPECIE IPVA		COMBUSTIVEL	
FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.		GASOLINA	
MARA/CARRO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN KS		2008	2008
CAT/POV/CIL		CATEGÓRIA	COR/PREDOMINANTE
2R/ 10V/ 149CC		PARTIC	AZUL
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VEHIC/COTAS
I	*****	**	1*****
P	*****	**/**/**	*****
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2*****
A	***	*****	3*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	
PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
00/00/0000			

PAGAMENTO		DATA	
Igor Ponte Assinatura		16/08/2017	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS
MOTORES, DEVE SER TERRESTRE, QUE
SÃO TRANSPORTADAS DE NUBO

CE N° 013126487326 BILHETE DE SEGURO DE IPVA

2017

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 06/08/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	66314542332	NYZ7221
RENAVAM		MARCA / MODELO
128671491		HONDA/CG 150 TITAN KS
ANO FAB.	CAT. INR.	Nº CHASSI
2008	09	9C2KC08108R355971

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	GUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
MURTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)
*****	*****	*****
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	00/00/0000

LOTE/DO SEGURO A LIDER DPVAT
MOTOR: KC08E18955971

SE-2016

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

17 JAN. 2018

ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CE Nº 013126467326		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2017			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoradefensor.com.br SAC DPVAT 0800 022 1209			
REFÉRIO		DATA EMISSÃO	
2017		16/08/2017	
PLACA RJ 06314642332		PLACA RJ 027723	
VEÍCULO 28671433 HONDA/CG-150 TITAN KS		VEÍCULO 2008 09 9020008108835597	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PRÉMIO F-8 R\$4		DETRAN R\$4 Custo do seguro R\$4	
SÁTURDO DO BILHETE (R\$)		100% AQUISIC. R\$100,00	
PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE		<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	
		DATA DE OUTRAÇÃO 00/00/0000	
SÓ PODE TIRAR			
LOTE DO SEGURO DA LÍNEA DPVAT MOTOR: EC290E1985597			

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 ABR. 2018

ENTRADA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180187157 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS JEAN OLIVEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 25/02/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

