

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ASSINATURA DO DETENTOR

Opt 044.329.533-65

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1

LIVRO: A-09 ALTO SANTO - CE

OFÍCIO TERMO: 3.212 FOLHA: 105V

DOC. ORIGINAL

LIMOEIRO DO NORTE - CE

NATURALIDADE

CLAUDENI NOLANDA MAGALHÃES

RAUL NETO DE OLIVEIRA

RELACÃO

LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA

NOME

2807009071235

REGISTRO

DATA DE EXPIRAÇÃO

24/06/2015

DATA DE NASCIMENTO

01/07/1993

P.: 156

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS IMOBILIZADAS

Assessoria de Identidade

Assinatura do titular

Carteira de Identidade

Polegar Direito

Porteio Plástico

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Geceide F. Nobre
Corretora de Seguros Erel
CNPJ: 21.487.738/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

Luan Magalhães de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PERÍCIA PLÁSTICA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007009071235 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/06/2015

NOME
LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
**RAUL NETO DE OLIVEIRA
CLAUDENI HOLANDA MAGALHÃES**

NATURALIDADE
LIMOEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO
01/07/1993

DÓC. ORIGEM
**CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:3.212 FOLHA:105V
LIVRO:A-09 ALTO SANTO - CE
CPF 044.329.533-65**

2 VTA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

P.: 156

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Coordenadora de Segurança
CHP 321.457.746/2001-05

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007009071235 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/06/2015

NOME LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO RAUL NETO DE OLIVEIRA
CLAUDENI HOLANDA MAGALHÃES
NATURALIDADE LIMOEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 01/07/1993

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 3.212 FOLHA: 105V
LIVRO: A-09 ALTO SANTO - CE
CPF 044.329.533-65

P.: 156

2 VTA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECEBEMOS

16 SET 2019

Para Capicimense F. N. de
Carteira de Identidade
CPF: 21.44.1.111.111

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012852684510
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
NORM 1 988692015 0000000000 2018

SIMIAO FERNANDES DE MACALHAES

LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ PLACA
53437055372 HYP1607

PLACA ANT. / UF CHASSI
*****/CE 9C2KD03308R075994

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES 2009 2009

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V A
FADIA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
*** 2* 3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 09/11/2018

OBSERVAÇÕES

LIMOEIRO DO NORTE DATA
09/11/2018

Igor Bonha



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012852684510 BILHETE DE SEGURO D

...2018

53437055372 HYP1607

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

012852684510 30415630338

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 09/11/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 53437055372 HYP1607

RENAVAM MARCA / MODELO
988692015 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. CIL. CHASSI
2009 09 9C2KD03308R075994

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO
81.29 9.03 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) 0.70 185.50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO 09/11/2018

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC. 194273/CE LICENÇA: DPVAT
MOTOR: KD03E38075994
www.segurovalidador.com.br



RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012852684510
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 988692015 0000000000 2018

SIMÃO FERNANDES DE MAGALHÃES

LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ 53437055372 PLACA HYP1607

PLACA ANT / UF 9CZKD03308R075994

ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS SS ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL 2F/0CV/149CC CATEGORIA PARTIC DOB. PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA 1º VENC. COTA UNICA 1º VENC. COTAS 2º VENC. COTAS 3º VENC. COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65 ICF (R\$) 0.70 PREMIO TOTAL (R\$) 181.35 DATA DE PAGAMENTO 09/11/2018

OBSERVAÇÕES

LIMOEIRO DO NORTE 09/11/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012852684510 BILHETE DE SEGURO DPVAT 2018

53437055372 HYP1607

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

012852684510 30415630338

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/11/2018

VA 01 53437055372 HYP1607

RENAVAM 988692015 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS SS

ANO FAB. 2008 COT. TERC. 09 9CZKD03308R075994

PRÊMIO TARIFÁRIO

81.25 FNS (R\$) 9.03 DETRAN (R\$) 90.33 CUSTO DO REGISTRO (R\$)

4.08 COTA UNICA 0.70 ICF (R\$) 185.56 COTA UNICA

PAGAMENTO 09/11/2018

PROPRIETÁRIO LOTE/DOC 104271/88

MOTOR: KD03E38075994

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineida F. Nobre
Controladora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.739/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - CE Nº 012852684510
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000 RENAVAM B.N.T.R.C. EXERCÍCIO
NORM 1 988692015 0000000000 2018

SIMÃO FERNANDES DE MACALHAES

LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ 93437055372 PLACA HYP1607

PLACA ANT. / UF 9C2KD03308R075594

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO AFLEC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. POT. / CIL 2P/0CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I P V A
FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
*** **

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PREMIO TOTAL (R\$) 181.35 DATA DE PAGAMENTO 09/11/2018

OBSERVAÇÕES

LIMOEIRO DO NORTE 09/11/2018

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012852684510 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

53437055372 HYP1607

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

www.dpvatseguredotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

012852684510 30415630338

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 09/11/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 53437055372 PLACA HYP1607

RENAVAM 988692015 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2009 COT. INVE. 09 9C2KD03308R075594

PRÊMIO TARIFÁRIO

81.29 (R\$) 9.03 (R\$) 90.33 (R\$)

4.08 (R\$) 0.70 (R\$) 185.60 (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO 09/11/2018

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC 18127474
MOTOR: KD03E38075594
www.seguradotransito.com.br



RECEBEMOS

16 SET 2019

Dados da Reclamação

Protocolo:

2384344/2019

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS
DO SEGURO DPVAT S.A.

Data:

17/06/2019 21:39:45

Dados do reclamante

Beneficiário:

ROBERTO MOURA FRANKLIN

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

381.003.803-25

Procurador:

LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ:

044.329.533-65

Formas de contato

E-mail:

luanmagalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

Celular:

(88) 99735-9404

Endereço:

Rua Rosa Francisca, 297, apartamento

Bairro:

CENTRO

CEP:

62.970-000

Cidade:

ALTO SANTO

Dados da denúncia

Assunto:

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho por meio desta registrar denuncia contra a seguradora líder, responsável pelo repasse das indenizações do seguro DPVAT, ocorre que esta seguradora se nega a realizar pericia medica para avaliar as sequelas de meu cliente atestando que o mesmo não teve lesão alguma oriunda de seu acidente ocorrido em 10/01/2019, o sinistro em que a vitima é beneficiario é 3190345430, hoje meu cliente se queixa de conviver com sequelas irreversíveis em seu membro inferior direito. Informo lhes também que foram enviados junto ao processo toda documentação possível e necessária para a comprovação das sequelas, informando tratamento realizado e definindo as sequelas, e tendo em vista que após alta medica hospitalar extinguisse os retornos médicos gratuitos, e a unica forma de produzir novas documentações medicas seriam através de consultas particulares e que isso acarretaria gastos hoje inconvenientes para meu cliente, porem esta seguradora continua descumprindo a TAC acordada em 2012 onde a mesma se compromete a realizar pericia medica em todas as vitimas de invalidez permanente para avaliar o grau da lesão ou a falta da mesma, certo de seu pronto atendimento e de que farão algo para que esta negativa injusta e sem avaliação pericial seja desfeita vós agradeço desde já.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corredora de Seguros Erel
CNPJ:21.487.738/0001-06

Tipo**Número**

Aviso de Sinistro

3190345430

Encaminhamentos**RECEBEMOS**

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Dados da Reclamação**Protocolo:**
2393364/2019**Situação:**
Encaminhamento automático**Via:**
Internet**Reclamada:**
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**
10/09/2019 23:36:18**Dados do reclamante****Segurado:**
ROBERTO MOURA FRANKLIN**UF:**
CEARÁ**CPF/CNPJ:**
381.003.803-25**Procurador:**
LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA**CPF/CNPJ:**
044.329.533-65**Formas de contato****E-mail:**
luanmagalhaesdeoliveira@yahoo.com.br**Celular:**
(88) 99735-9404**Endereço:**
Rua Rosa Francisca, 297, apartamento**Bairro:**
CENTRO**CEP:**
62.970-000**Cidade:**
ALTO SANTO**Dados da denúncia****Assunto:**
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho por meio desta registrar denuncia contra a seguradora líder, responsável pelo repasse das indenizações do seguro DPVAT, ocorre que esta seguradora se nega a realizar pericia medica para avaliar as sequelas de meu cliente atestando que o mesmo não teve lesão alguma oriunda de seu acidente ocorrido em 10/01/2019, o sinistro em que a vítima é beneficiária é 3190404097, hoje meu cliente se queixa de conviver com sequelas irreversíveis em seu membro afetado. Informo lhes também que foram enviados junto ao processo toda documentação possível e necessária para a comprovação das sequelas, informando tratamento realizado e definindo as sequelas, e tendo em vista que após alta medica hospitalar extinguisse os retornos médicos gratuitos, e a unica forma de produzir novas documentações medicas seriam através de consultas particulares e que isso acarretaria gastos hoje inconvenientes para meu cliente, porem esta seguradora continua descumprindo a TAC acordada em 2012 onde a mesma se compromete a realizar pericia medica em todas as vitimas de invalidez permanente para avaliar o grau da lesão ou a falta da mesma, certo de seu pronto atendimento e de que farão algo para que esta negativa injusta e sem avaliação pericial seja desfeita vós agradeço desde já.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3190404097

RECEBEMOS

10/09/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533620

Cidade: Iracema

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Data do acidente: 10/01/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da fíbula distal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da fíbula distal direita, conforme documentos de pronto atendimento datados em 10/01/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico com fixação metálica de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia para a fratura da fíbula distal direita. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau intenso, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533620

Cidade: Iracema

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Data do acidente: 10/01/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da fíbula distal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da fíbula distal direita, conforme documentos de pronto atendimento datados em 10/01/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico com fixação metálica de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia para a fratura da fíbula distal direita. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau intenso, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533620

Cidade: Iracema

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Data do acidente: 10/01/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da fíbula distal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura da fíbula distal direita, conforme documentos de pronto atendimento datados em 10/01/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico com fixação metálica de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia para a fratura da fíbula distal direita. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau intenso, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533620 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA (P. 4).
P. 1,2,3,4,9,11.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

@ - P. 1 - APRESENTADO NOVO RELATÓRIO EMITIDO PELO DR. JOSE JULIO F. NETO - CRM 3290 INDICANDO DÉFICIT.
- SINISTROS 3190/345430 E 3190/404097, RELATIVOS A ESTE EVENTO, NEGADOS EM AMD COMO SEM SEQUELA.
- VÍTIMA COM 52 ANOS.
- LAUDO E EXAME DE IMAGEM - P. 6,10.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190533620 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA (P. 4).
P. 1,2,3,4,9,11.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

@ - P. 1 - APRESENTADO NOVO RELATÓRIO EMITIDO PELO DR. JOSE JULIO F. NETO - CRM 3290 INDICANDO DÉFICIT.
- SINISTROS 3190/345430 E 3190/404097, RELATIVOS A ESTE EVENTO, NEGADOS EM AMD COMO SEM SEQUELA.
- VÍTIMA COM 52 ANOS.
- LAUDO E EXAME DE IMAGEM - P. 6,10.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ROBERTO MOURA DE FRANKLIN, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: AUTO NOMO, portador(a) do RG 20373920389, órgão expedidor SSP-CE
 e do CPF: 383.003.803-25, residente no(a) RUA CLIMERIO ROQUE DA MACEDO
 nº 356, bairro: CENTRO, município: IRACEMA / CE

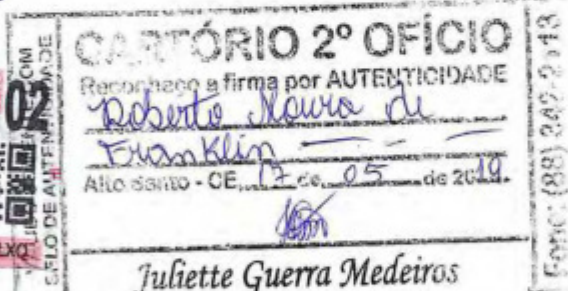
OUTORGADO:

Nome: LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: DESEMPREGADO, portador(a) do RG 2007009071235, órgão expedidor SSP-CE
 e do CPF: 044.329.533-65, residente no(a) SÍTIO MORRINHOS
 nº SIN, bairro: ALTO SANTO, município: ALTO SANTO / CE

PODERES: 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**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ROBERTO MOURA DE FRANKLIN
 CPF 383.003.803-25 data do acidente: 30/03/2019 Cobertura: INVALIDAÇÃO

Local e data: ALTO SANTO-CE 17 MAIO 2019

Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



Juliette Guerra Medeiros
 Escrevente Autorizada
 Alto Santo CE

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO (SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

RECEBEMOS
 17 MAI 2019
 Maria Cecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.738/0001-06

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ROBERTO MOURA FRANKLIN, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: ALTO NOME, portador(a) do RG 203759203-89, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 383.003.803-25, residente no(a) RUA CUIABÁ ROQUE DE MACEDO
nº 356, bairro: CENTRO, município: IRACEMA / CE

OUTORGADO:

Nome: LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: DESEMPREGADO, portador(a) do RG 2007009071235, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 044.329.533-65, residente no(a) SÍTIO MORRINHOS
nº S/N, bairro: ALTO SANTO, município: ALTO SANTO / CE

PODERES: 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**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN

CPF 383.003.803-25 data do acidente: 10/03/2019 Cobertura: INVALIDOL

Local e data: ALTO SANTO-CE 25 JUNHO 2019

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE

Roberto Moura Franklin

Alto Santo - CE, 25 de 06 de 20 19

Juliette Guerra Medeiros

Escrevente Autorizada

Alto Santo CE

Fone: (88) 342-2113

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

Nome: _____
CPF: _____

RECEBEMOS _____
Assinatura de quem assina A ROGO

01 JUL 2019

Maria Gacineida F. Nobre
Corredora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.708/0001-06

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ROBERTO MOURA FRANKLIN, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTÔNOMO, portador(a) do RG 203259203-89, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 383.003.803-25, residente no(a) RUA CLIMÉRIO ROQUE DE MACEDO
nº 356, bairro: CENTRO, município: IRACEMA / CE

OUTORGADO:

Nome: LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: DESEMPREGADO, portador(a) do RG 2007009071235, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 044.329.533-85, residente no(a) SÍTIO MORRINHOS
nº S/N, bairro: ALTO SANTO, município: ALTO SANTO / CE

PODERES: 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**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN
CPF 383.003.803-25 data do acidente: 30/03/19 Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: ALTO SANTO - CE 26 JULHO 2019

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



Fone: (88) 342-2113

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

RECEBEMOS

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ 16 SET 2019
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320002/19

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

CPF: 381.003.803-25

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 10/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO MOURA FRANKLIN

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA : 044.329.533-65

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

ROBERTO MOURA FRANKLIN : 381.003.803-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA
CPF: 044.329.533-65

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219672/19

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

CPF: 381.003.803-25

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 10/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO MOURA FRANKLIN

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA : 044.329.533-65

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

ROBERTO MOURA FRANKLIN : 381.003.803-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019
Nome: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA
CPF: 044.329.533-65

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177212/19

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

CPF: 381.003.803-25

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 10/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO MOURA FRANKLIN

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA : 044.329.533-65

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

ROBERTO MOURA FRANKLIN : 381.003.803-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA
CPF: 044.329.533-65

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

**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.

Número do Sinistro: 3190533620

Nome do(a) Examinado(a): ROBERTO MOURA FRANKLIN

Endereço do(a) Examinado(a): R CLIMERIO RoQUE DE MACEDO, 356, , 62.980-000, CENTRO, Iracema/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 20171920389

Data e local do acidente: 10/01/2019 - Iracema/CE

Data e local do exame: 28/09/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura da fíbula distal direita.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico com fixação metálica de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia para a fratura da fíbula distal direita. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periculado.

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

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periculado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, devido à redução da mobilidade e força.

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" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Direito - Intenso - 75%

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


Assinatura e CRM do médico
CRM 16562

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533620

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Data do Acidente: 10/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO MOURA FRANKLIN

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533620

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Data do Acidente: 10/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROBERTO MOURA FRANKLIN

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533620

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Data do Acidente: 10/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO MOURA FRANKLIN

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533620

Vítima: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Data do Acidente: 10/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO MOURA FRANKLIN

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001074-X

Conta: 000010022762-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	383.003.803-25	ROBERTO MOURA FRANKLIN

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

Nome completo:	CPF:
ROBERTO MOURA FRANKLIN	383.003.803-25
Profissão:	Endereço:
AUTÔNOMO	RUA CLIMARIO ROQUE DA MACHADO
Bairro:	Cidade:
CENTRO	IRACEMA
E-mail:	Estado:
	CEARA
	CEP:
	62.980-000
	Tel. (DDD):
	88-99735-9404

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1074 x CONTA: 22762 5	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, IRACEMA, 37 MAI 2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura 77 MAI 2019
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	CPF: _____
Assinatura do Procurador (se houver)	Maria Cecineide F. Nobre
	Corretora de Seguros Fiel
	Assinatura 487 736/0001-10

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

381.003.803-25

4 - Nome completo da vítima:

ROBERTO MOURA FRANKLIN

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

5 - Nome completo:

ROBERTO MOURA FRANKLIN

6 - CPF:

381.003.803-25

7 - Profissão:

AUTONOMO

8 - Endereço:

RUA CLIMERIO ROQUE DE MACEDO

9 - Número:

356

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

IRACEMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

62980-000

15 - E-mail:

luanmaalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

(88)99735-9404

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1074

X

CONTA: 22762

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

RECEBEMOS

01 JUL 2019

40 - Local e Data

IRACEMA - CE

18 JUNHO 2019

Maria Gacineide F. Nobre

Corretora de Seguros Fiel

Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNPJ: 21.487.738/0001-06

CPF: 001.1003.1000

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

381.003.803-25

4 - Nome completo da vítima:

ROBERTO MOURA FRANKLIN

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

5 - Nome completo:

ROBERTO MOURA FRANKLIN

6 - CPF:

381.003.803-25

7 - Profissão:

AUTONOMO

8 - Endereço:

RUA CLIMERIO ROQUE DE MACEDO

9 - Número:

356

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

IRACEMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

62980-000

15 - E-mail:

luanmagalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

(88)99735-9404

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1074

X

CONTA: 22762

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

IRACEMA - CE

05 SETEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 115 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/03/2019 09:14:53**
Data / Hora da Ocorrência: **10/01/2019 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 138**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **IRACEMA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CLUBE DOIS IRMÃOS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBERTO MOURA FRANKLIN**
Nascimento: **14/07/1967** CPF: **381.003.803-25**
RG: **20171920389** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN**
RAIMUNDO FRANKLIN DE MOURA
Endereço: **RUA CLIMERIO ROQUE, 356**
Bairro: **BEIRA RIO**
Município: **IRACEMA/CE**
País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99344-5929**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYP1607** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD03308R075994** Renavam: **988692015** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **SIMIAO FERNANDES DE MAGALHAES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Declara que na data acima indicada, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS, COR PRETA, ANO 2008, DE PLACA HYP1607, pela CE 138 quando perdeu o equilíbrio em uma curva e caiu; Que procurou atendimento médico no hospital Municipal de Iracema/CE onde foi diagnosticado com uma fratura da fíbula do pé direito; Que foi transferido para o Hospital de Maracanaú/CE onde foi operado, permaneceu internado por dois dias e recebeu alta médica e atualmente continua o tratamento a base de fisioterapia; Que FEZ TODO O TRATAMENTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ATÉ O MOMENTO GASTOU APROXIMADAMENTE R\$250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS) COM MEDICAMENTOS; Que CLODOALDO CAMPOS DE OLIVEIRA, residente em rua CELSO GOMES, SN, CENTRO, IRACEMA/CE e JOSÉ RUTIANO BRAZ DE SOUZA, residente em rua RAIMUNDO LEANDRO, 395, BEIRA RIO, IRACEMA/CE, testemunharam o acidente. Nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Consolidado em: 21/03/2019 09:31:45

Pág. 1 de 2

Impresso em: 21/03/2019 09:31:45

Rutiano

[Signature]

CLODOALDO

03
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
C. R. TORO 2 OFICI
A presente fotocópia, confere com o original. Dou fé.
Alto Santo - CE
17 MAIO 2019
Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo CE

RECEBEMOS

UF: CE 17 MAI 2019

Maria Gacimelde F. Nóbrega
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.487.701/0001-10
CEP:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA



Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 115 / 2019

PAULO MARCELO GUERRA DA COSTA - MAT.: 198268-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Roberto Moura Franklin

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

X José Roberto Braz de Souza

X ZODDOLDO CAMPOS OLIVEIRA

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE Ocorrência Nº 485 - 115 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **21/03/2019 09:14:53**Data / Hora da Ocorrência: **10/01/2019 16:30:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 138**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **IRACEMA/CE**Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CLUBE DOIS IRMÃOS****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ROBERTO MOURA FRANKLIN**Nascimento: **14/07/1967** CPF: **381.003.803-25**RG: **20171920389**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN****RAIMUNDO FRANKLIN DE MOURA**Endereço: **RUA CLIMERIO ROQUE, 356**Bairro: **BEIRA RIO**Município: **IRACEMA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99344-5929****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **HYP1607** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi:**9C2KD03308R075994** Renavam: **988692015** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** AnoFabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **SIMIAO FERNANDES DE MAGALHAES** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Declara que na data acima indicada, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS, COR PRETA, ANO 2008, DE PLACA HYP1607, pela CE 138 quando perdeu o equilíbrio em uma curva e caiu; Que procurou atendimento médico no hospital Municipal de Iracema/CE onde foi diagnosticado com uma fratura da fíbula do pé direito; Que foi transferido para o Hospital de Maracanau/CE onde foi operado, permaneceu internado por dois dias e recebeu alta médica e atualmente continua o tratamento a base de fisioterapia; Que FEZ TODO O TRATAMENTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ATÉ O MOMENTO GASTOU APROXIMADAMENTE R\$250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS) COM MEDICAMENTOS; Que CLODOALDO CAMPOS DE OLIVEIRA, residente em rua CELSO GOMES, SN, CENTRO, IRACEMA/CE e JOSÉ RUTIANO BRAZ DE SOUZA, residente em rua RAIMUNDO LEANDRO, 395, BEIRA RIO, IRACEMA/CE, testemunharam o acidente. Nada mais disse.//

RECEBEMOS

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

01 JUL 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

Maria Gacineide F. Nobre

Corretora de Seguros Eireli

CNPJ: 21.487.738/0001-06

DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Consolidado em: 21/03/2019 09:31:45

Impresso em: 21/03/2019 09:31:45

Rutiano

CLODOALDO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA



Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 115 / 2019

PAULO MARCELO GUERRA DA COSTA - MAT.: 198268-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Roberto Moreira Franklin

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

x San Luciano Barreto Benevides

x Rodolfo Campos de Oliveira



RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE Ocorrência Nº 485 - 115 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/03/2019 09:14:53**
Data / Hora da Ocorrência: **10/01/2019 16:30:00** ✓
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 138**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **IRACEMA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CLUBE DOIS IRMÃOS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBERTO MOURA FRANKLIN**
Nascimento: **14/07/1967** CPF: **381.003.803-25**
RG: **20171920389** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN**
RAIMUNDO FRANKLIN DE MOURA
Endereço: **RUA CLIMERIO ROQUE, 356**
Bairro: **BEIRA RIO**
Município: **IRACEMA/CE**
País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99344-5929**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYP1607** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2KD03308R075994 Renavam: **988692015** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **SIMIAO FERNANDES DE MAGALHAES** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Declara que na data acima indicada, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS, COR PRETA, ANO 2008, DE PLACA HYP1607, pela CE 138 quando perdeu o equilíbrio em uma curva e caiu; Que procurou atendimento médico no hospital Municipal de Iracema/CE onde foi diagnosticado com uma fratura da fíbula do pé direito; Que foi transferido para o Hospital de Maracanau/CE onde foi operado, permaneceu internado por dois dias e recebeu alta médica e atualmente continua o tratamento a base de fisioterapia; Que FEZ TODO O TRATAMENTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ATÉ O MOMENTO GASTOU APROXIMADAMENTE R\$250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS) COM MEDICAMENTOS; Que CLODOALDO CAMPOS DE OLIVEIRA, residente em rua CELSO GOMES, SN, CENTRO, IRACEMA/CE e JOSÉ RUTIANO BRAZ DE SOUZA, residente em rua RAIMUNDO LEANDRO, 395, BEIRA RIO, IRACEMA/CE, testemunharam o acidente. Nada mais disse.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA

Consolidado em: 21/03/2019 09:31:45

Pág. 1 de 2

Impresso em: 21/03/2019 09:31:45

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

17 MAIO 2019

Juliette Guerra Medeiros
Escritor Autorizada
Alto Santo - CE

RECEBEMOS

16 SET 2019

UF: CE

CEP:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IRACEMA



Impresso nº 2019187790

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 485 - 115 / 2019

PAULO MARCELO GUERRA DA COSTA - MAT.: 198268-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Roberto Moreira Franklin

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

X José Roberto Braz de Souza

X ODOALDO CAMPOS OLIVEIRA



Juliette Guerra Medeiros
Escravante Autorizada
Alto Santo CE

RECEBEMOS

16 SET 2019

Maria Casimiro F. Nery
Coordenadora de Segurança E.
CHPJ: 21.407.7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	383.003.803-25	ROBERTO MOURA FRANKLIN
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ROBERTO MOURA FRANKLIN	383.003.803-25	
Profissão:	Endereço:	Número:
AUTÔNOMO	RUA CLIMARIO ROQUE DE MACEDO	356
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	IRACEMA	CEARA
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	62.980-000	88-99735-9404

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1074 x	CONTA: 22762 5	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

<p>Assinatura</p> <p>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</p> <p>Assinatura do Representante Legal (se houver)</p>	Local e Data, IRACEMA-CE, 37 MAIO 2019	TESTEMUNHAS
	Nome:	1ª Nome: _____
	CPF:	CPF: _____
	Assinatura	Assinatura 2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura
		Assinatura

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: **381.003.803-25** 4 - Nome completo da vítima: **ROBERTO MOURA FRANKLIN**

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

5 - Nome completo: **ROBERTO MOURA FRANKLIN** 6 - CPF: **381.003.803-25**
7 - Profissão: **AUTONOMO** 8 - Endereço: **RUA CLIMERIO ROQUE DE MACEDO** 9 - Número: **356** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **IRACEMA** 13 - Estado: **CEARA** 14 - CEP: **62980-000**
15 - E-mail: **luanmaalhaesdeoliveira@yahoo.com.br** 16 - Tel.(DDD): **(88)99735-9404**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1074** ☒ X CONTA: **22762** **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

RECEBEMOS

01 JUL 2019

40 - Local e Data

IRACEMA - CE

18 JUNHO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Fina
CNPJ: 21.487.738/0001-06

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

381.003.803-25

4 - Nome completo da vítima:

ROBERTO MOURA FRANKLIN

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

5 - Nome completo:

ROBERTO MOURA FRANKLIN

6 - CPF:

381.003.803-25

7 - Profissão:

AUTONOMO

8 - Endereço:

RUA CLIMERIO ROQUE DE MACEDO

9 - Número:

356

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

IRACEMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

62980-000

15 - E-mail:

luanmagalhaesdeoliveira@yahoo.com.br

16 - Tel.(DDD):

(88)99735-9404

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1074

X

CONTA: 22762

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, IRACEMA - CE 05 SETEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais

Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:50	160x100	36.8°C		

**SAME
HMMRM**

CAD: _____ Data: 10/05/19 Registro: _____

Paciente: Roberto Moura Franklun

Nome da Mãe: ma Osita de Moura Franklun

Idade: 51 Sexo: M Data Nascimento: 14/07/67 RG: _____ Fone: _____ Fone Contato: _____

Endereço: R CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: Iracema Estado: CE

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clinica Médica
02		02		Clinica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

ATO DECLARATÓRIO

História Clínica: paciente com dor abdominal com náuseas e vômitos

Diagnóstico: doença abdominal com náuseas e vômitos

27 MAI 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Correlora de Seguros Erel
CNPJ-21.487.700/0001-06

EXAMES SOLICITADOS

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável
ARUI PERICLES II. LEITE
Médico
Clínico Geral
CREMEEC 49.813

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/05/19	DOENÇA ABDOMINAL			

DESTINO DO PACIENTE

() Alta () Transferência () Óbito

DATA: 10/05/19 HORA: _____

Motivo: _____

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais			
Tempo	P.A.	Peso	Estat.
10:50	160x100x60		

SANIE

HMMRM

CAD: _____ Data: 14/07/19 Registro: _____
 Paciente: Roberto Nogueira Gomes
 Nome da Mãe: Maria Rosa de Sousa Gomes
 Idade: 51 Sexo: M Data Nascimento: 14/02/67 RG: _____
 Endereço: R. _____ Fone: _____ Fone Contato: _____
 Bairro: _____ Cidade: Pacanga Estado: RJ CEP: _____

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clinica Médica
02	AT.O	02		Clinica Pediatría
03		03		
04		04		
05		05		

História Clínica: *paciente com quadro de hipertensão arterial sistêmica em uso de medicação anti-hipertensiva há 10 anos. Apresenta dor no peito há 2 dias, associada a falta de ar e sudorese noturna. Não há febre, tosse ou vômito. Evoluiu para piora dos sintomas, sendo encaminhado para atendimento de emergência.*

Diagnóstico: *Infarto do miocárdio com supradesnível do segmento ST.*

EXAMES SOLICITADOS

2) Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável
 3) Análise de Exames Laboratoriais
 4) Exames de Imagem

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
14/07/2019	Aspirina 100mg	10h00 - 12h00		
14/07/2019	Clonidina 0,3mg	10h00 - 12h00		
14/07/2019	Paracetamol 500mg	10h00 - 12h00		
14/07/2019	Aspirina 100mg	14h00 - 16h00		
14/07/2019	Clonidina 0,3mg	14h00 - 16h00		
14/07/2019	Paracetamol 500mg	14h00 - 16h00		

DESTINO DO PACIENTE
 () Alta () Transferência () Óbito
 Motivo: _____

RECEBEMOS

01 JUL 2019
 Maria Gacineida F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.739/0001-06

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais				
Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:50	160x100	36-24		

SAME
HMMRM

CAD: _____ Data: 10/05/19 Registro: _____

Paciente: Roberto Moura (Franklin)

Nome da Mãe: Maria Costa de Moura (Franklin)

Idade: 51 Sexo: M Data Nascimento: 14/02/67 RG: _____ Fone: _____ Fone Contato: _____

Endereço: R CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: Iracema Estado: CE

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01	ATO DECLARATÓRIO	01		Clinica Médica
02		02		Clinica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

História Clínica: paciente com rotoscopia recente

Diagnóstico: paciente com rotoscopia

RECEBEMOS

EXAMES SOLICITADOS

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

Artur Pericles T. Leite
Médico
Clínico Geral
CREMEC 10.813

16 SET 2019

Carimbo da Secretaria de Saúde
01/05/2019

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/05	<u>100mg de DILTIAZEM</u>			
	<u>100mg de DILTIAZEM</u>			
	<u>100mg de DILTIAZEM</u>			
	<u>100mg de DILTIAZEM</u>			
	<u>100mg de DILTIAZEM</u>			

DESTINO DO PACIENTE

() Alta () Transferência () Óbito

DATA: 10/05 HORA: _____

Motivo: _____



Nº de inscrição:

51157020



Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN

End. Leitura: RU CLIMERIO ROQUE DE MACEDO, 356, CENTRO

Cidade: IRACEMA

CEP: 62.980-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 096

Setor: 004

Quadra: 152

Lote: 0337

Comp: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A07F241055	371	380	9	13

DATAS

Leitura Atual: 11/03/2019

Emissão: 12/03/2019

Lacre Água: A07F241055

Leitura Anterior: 08/02/2019

Próxima Leitura: 10/4/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	15	15	5	15	15
Analisadas	17	17	17	17	17
Em conformidade	17	13	3	17	17

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	24,40	03/2018	16	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,36	04/2018	14	0
MULTA DE 2%	0,90	05/2018	11	0
		06/2018	12	0
		07/2018	15	0
		08/2018	18	0
		09/2018	11	0
		10/2018	16	0
		11/2018	16	0
		12/2018	15	0
		01/2019	15	0
		02/2019	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO		Valor (R\$)
PIS	0,24	Descrição		
COFINS	1,22	Valor do Serviço		39,96
		Subsídio(-)		14,30
		Total de Serviço		25,66

MÊS/ANO

03/2019

VENCIMENTO

02/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

25,66

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa;
Entregadora Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagaré;
A Cagece disponibiliza o sistema de débito em conta de sua
fatura. Atue sempre com o Cédula da sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195,
nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site
www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece:
3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria
estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras Fortaleza: ACFOR - Autarquia de
Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos
de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais
Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços
Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3833.



RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gacinside F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.708/0001-02

Rota: 32 25011 17 163500 - 0 Data de Emissão 16/04/2019
 Nome LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA
 End. Postal ST MORRINHOS 06000
 ALTO SANTO - ALTO SANTO - 62970000
 Medidor 24515724 Poste 0000 0000
 Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 044329533-65 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2019	16/04/2019	16/05/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
 Conjunto 24000 IN FIBERÓICA
 Mês Fev/2019 Elud 5,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
100,00		

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,55	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,58			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5395,7010,5550,8677,1364,0681,2800,0550

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fix.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1770	1770	1,00	0	0,00	00	0,06277	10,88
16/04/19	16/00/19		00 kWh		00		10,88

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	10,88
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-43,47
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	32,59

VENCIMENTO

16/05/2019

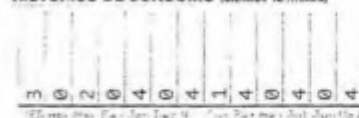
TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Previsão	0,00
Previsão	0,00
Distribuição	0,00
Previsão	0,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,00
TOTAL	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%)
11,71	0,00	0,00

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
 Informamos existir débitos vencidos sem arcuários legais até esta data, no valor de R\$ 57,20. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Período	Valor R\$
01/2018	16,79
02/2018	2,70
03/2018	19,71

FATURADO TAMBÉM POR:

Consta desta fatura R\$ 0,53 referente a PIS e COFINS (4% sobre PIS: 0,00 e COFINS: 0,53).

Bandeira verde em 04/15, sem arcuários no valor de energia e se verificado para o consumidor. Informações: anel@anel.br

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Nº do Cliente: 6954323 Referência: Abr/2019
 Data de Emissão: 16/04/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00
 Nº da Nota Fiscal: 570390783 Nº de Controle: 0006954323 00044 39452 45

PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

Maria Gacinside F. Nobre
 Corretora de Seguros Eirel
 CNPJ: 21.487.739/0001-02

00037


 Nº de Faturamento
51157020
**DADOS DO CLIENTE**

Nome: MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN
 End. Leitura: RU CLIMERIO ROQUE DE MACEDO, 356, CENTRO CEP: 62.980-000
 Cidade: IRACEMA
 End. Entrega: CEP:
 Cidade: CEP:
 Local: 096 Setor: 004 Quadra: 152 Lote: 0337 Comp: 0000
 Subsetor: Subquadra:

UN-REU - IRACEMA

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semanal (m³)
ÁGUA	A07F241055	371	380	9	13

DATAS
 Leitura Atual: 11/03/2019 Emissão: 12/03/2019 Lacre Água: A07F241055
 Leitura Anterior: 08/02/2019 Próxima Leitura: 10/04/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	15	15	5	15	15
Analisadas	17	17	17	17	17
Em conformidade	17	13	3	17	17

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.
 DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	24,40	03/2018	16	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,36	04/2018	14	0
MULTA DE 2%	0,90	05/2018	11	0
		06/2018	12	0
		07/2018	15	0
		08/2018	16	0
		09/2018	11	0
		10/2018	16	0
		11/2018	16	0
		12/2018	15	0
		01/2019	15	0
		02/2019	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,24
COPINS	1,22

Subsídio	Valor (R\$)
Descrição	39,96
Valor do Serviço	14,30
Subsídio(-)	25,66
Total de Serviço	25,66

MÊS/ANO
05/2019VENCIMENTO
02/06/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
25,66

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 O cliente deve manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
 conforme resolução das Agências Reguladoras.



16 SET 2019

Melhorar informações pelo telefone: 0800 275 0195,
 nas horas de atendimento, de 9h às 17h, no site
www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece:
 3194.1818, de 9h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria
 e-mail: 155_Site@ARCE. www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras Particulares: ACPOR - Agência de
 Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos
 de Saneamento Ambiental: 2009 233-1919 - Defesa
 Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços
 Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 0195

01/09/2019 14:17:11

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.329.533-85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROBERTO MOURA FRANKLIN inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003.803/25 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003.803/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: DESEMPREGADO Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDENCIA E COMPROVANTE SITUAÇÃO CADASTRAL DO CPF

☐ 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	SITIO MORRINHOS		Número S/N	Complemento
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	ALTO SANTO	CASA
		Estado	CE	CEP 62970-000
Email	LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			(85)999320656	(86)997359404

ALTO SANTO/CE 17 de maio de 2019
Local e Data

Luan Magalhães de Oliveira
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.739/0001-16

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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/BIBLIOTECANET/DOCORIGINAL.ASP?XTIPG=1&CODIGO=29535>

A Circular SUSEP 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 seguros, 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 LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.329.533-05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROBERTO MOURA FRANKLIN, inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003-803 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da vítima ROBERTO MOURA FRANKLIN, inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003.803 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: DESEMPREGADO Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E COMPROVANTE SITUAÇÃO CADASTRAL DO CPF

☐ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>STIO MORRINHOS</u>		Número S/N	Complemento	
Bairro	<u>ALTO SANTO</u>	Cidade	<u>ALTO SANTO</u>	Estado	<u>CE</u>
				CEP	<u>62970-000</u>
E-mail	<u>LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>(85)999320666</u>	<u>(85)997359404</u>	

ALTO SANTO/CE, 18 de JUNHO de 2019
Local e Data

Luana Magalhães de Oliveira
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineida F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ.21.487.706/0001-06



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 seguros, 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 LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.329.533-65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROBERTO MOURA FRANKLIN inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003.803 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima ROBERTO MOURA FRANKLIN, inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.003.803 / 25, 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	SÍTIO MORRINHOS		Número S/N	Complemento
Bairro	ALTO SANTO	Cidade	ALTO SANTO	CASA
Estado	CE	CEP	62970-000	
Email	LUANMAGALHAESDEOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			(85)999320656	(88)997359404

RECEBEMOS

ALTO SANTO/CE, 30 de SETEMBRO de 2019
Local e Data

16 SET 2019

Luana Magalhães de Oliveira
Assinatura do Declarante

Carimbo da Seguradora Líder
CNPJ: 21.447.100/0001-00

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, SIMÃO FERNANDES DE MAGALHÃES
RG nº 2003059030363, data de expedição 12/03/2003
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 534.370.553-72
com domicílio na cidade de IRACEMA, no Estado de CEARA
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AVENIDA MARIA NILDA DE QUEIROZ, nº 647
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
ROBERTO MOURA FRANKLIN, cujo o condutor era
ROBERTO MOURA FRANKLIN
Veículo: MOTO MONDA Modelo: NXR 150 BROS ES Ano: 2008/2008
Placa: MYP-1607 Chassi: 9E2KD03308R075994
Data do Acidente: 10/01/2019

Local e Data: ALTO SANTO - CE 17 MAIO 2019

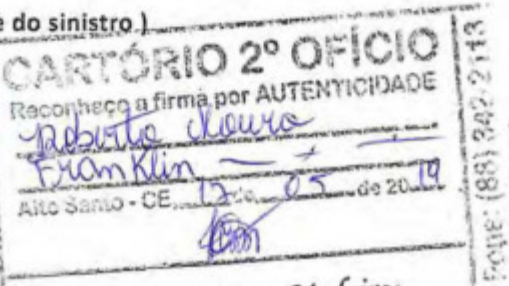
RECEBEMOS

27 MAI 2019

Simão Fernandes de Magalhães
Assinatura do Declarante

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.467.738/0001-02

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



Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo - CE

Juliette Guerra Medeiros
Escrevente Autorizada
Alto Santo - CE

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

Eu, SIMÃO FERNANDES DE MAGALHÃES
RG nº 2003039030963, data de expedição 12/03/2002
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 534.370.553-72
com domicílio na cidade de IRACAMA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AVENIDA MARIA NILMA DE AQUILOZ, nº 647
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
ROBERTO MOURA FRANKLIN, cujo o condutor era

ROBERTO MOURA FRANKLIN
Veículo: MOTO MONZA Modelo: NXR 350 BROS ES Ano: 2008/2008

Placa: MYR-3607 Chassi: 9EAKD03308RD72094

Data do Acidente: 10/01/2019

RECEBEMOS

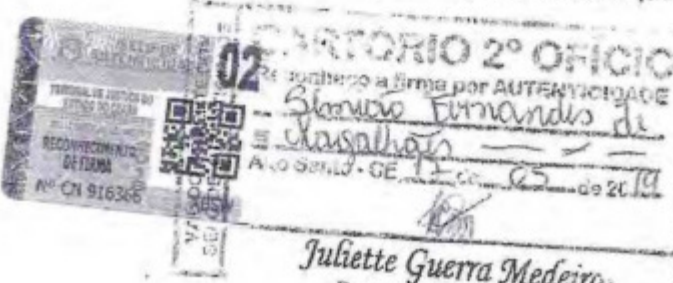
Local e Data: ALTO SANTO-CE 17 maio 2019

01/05/2019

Simão Fernandes de Magalhães
Assinatura do Declarante

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Erel
CNPJ: 21.457.738/0001-02

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



Juliette Guerra Medeiros
Escritora Autorizada
Alto Santo - CE



Juliette Guerra Medeiros
Escritora Autorizada
Alto Santo - CE

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, SIMÃO FERNANDES DE MAGALHÃES

RG nº 2003 019 030 963, data de expedição 12/03/2003

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 534.370.553-72

com domicílio na cidade de IRACEMA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AVENIDA MARIA NILDE DE AVELAR nº 647

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

ROBERTO MOURA FRANKLIN, cujo o condutor era

ROBERTO MOURA FRANKLIN

Veículo: MOTO MONDA Modelo: NXR 150 BROS ES Ano: 2008/2008

Placa: MYP-1607 Chassi: 9E2KD03308R075994

Data do Acidente: 10/01/2019

RECEBEMOS

15 SET 2019

Local e Data: ALTO SANTO-CE 17 MAIO 2019

Simão Fernandes de Magalhães

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE
Simão Fernandes de
Magalhães
Alto Santo - CE, 17 de 05 de 2019

Juliette Guerra Medeiros
Escritora Autorizada
Alto Santo CE



CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE
Roberto Moura
Franklin
Alto Santo - CE, 17 de 05 de 2019

Juliette Guerra Medeiros
Escritora Autorizada
Alto Santo CE

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais				
Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:30	160x100	36.24		

**SAME
HMMRM**

CAD:	Data:	10/05/19	Registro:
Paciente: Roberto Moura Franklin			
Nome da Mãe: Maria Osita de Moura Franklin			
Idade	Sexo	Data Nascimento	RG
51	M	14/07/67	
Endereço: R		CEP:	
Bairro:		Cidade: Iracema	Estado: CE

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clínica Médica
02		02		Clínica Pediátrica
03		03		27 MAI 2019
04		04		
05		05		Maria Garcia de F. Nobre Corretora de Seguros Ekrell CNPJ 21.487.738/0001-05

História Clínica:

PACIENTE VEM DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, ACIDENTE DE + MARCHA, COM SANGUE COM SANGUE DE PE PE DE MARCHA

Diagnóstico:

PACIENTE COM MOTOCICLETA
COM SANGUE DE PE PE DE MARCHA

EXAMES SOLICITADOS

2)	Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável Artur Pericles T. Leite Médico Clínico Geral CREMEE 49.813
3)	
4)	

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/05/19	1) DEPENDÊNCIA 19mg + 75mg			
	2) DEPENDÊNCIA 19mg + 75mg			
	3) VOLTAR 75mg I.M.			
	4) CARBOPRA 25mg VO			
	5) RX DE PE DE MARCHA + TONOTÓLO.			

DESTINO DO PACIENTE			DATA	HORA
() Alta	() Transferência	() Óbito	1/1	
Motivo:				

Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

- 1) Deu 2 h Deu 1 op
anestesia.
- 2) Anestesia - 2 h
- 3) Anestesia - 2 h
- 4) Incisão no dorso
e abateu o osso
- 5) Prolonga a incisão 2
h
- 6) Preenche a incisão
- 7) Anestesia - 2 h
- 8) Preenche o osso
- 9) Anestesia - 2 h

21/01/19

Cirurgião

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)



RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Geacinde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.738/0001-06

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

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



RECEBEMOS

27 MAI 2019

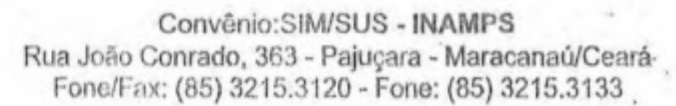
Maria Geconilda F. Nobre
Correlora de Seguros E&H
CNPJ 21.487.738/0001-00


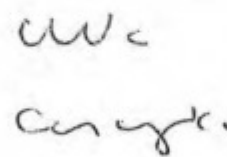

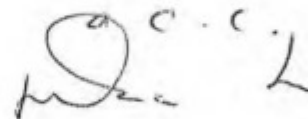
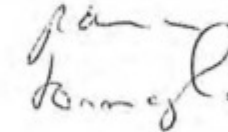


Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN
HOSPITAL AREMP

CONV SUS

2612

DATA 31/01/2019



NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
21/01/19	<p>      </p> <p>CD - Vian</p> <p>  </p> <p>  </p>			
<p style="text-align: right;"> RECEBEMOS 27 MAI 2019 Maria Geacineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ 21.487.735/0001-06 </p>				

Retomar dia 21/04 + em jejum
07:00hs.



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Mano Furtado

24 uso oral

1 Alancox 500mg — a
e
tomar a e 12/12h

16/04/13

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 11696 TROT 15196

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.733/0001-06



FILIAL DA FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Maurício Franklin
Abelha

Abelha que a gente
animou a acompanhar em
procedimento de fratura
de tornozelo direito. Pelo
exame com radiografia de
fratura, boa ADM e um
guiso. Pelo exame
após o tratamento o fratura

Frederico Thaís de Vasconcelos
Ortopedista e Traumatologista
CRM 11.127

Rua João Carlos, 363 - Paqueta - Fortaleza - Ceará - Brasil, 15, 3215-3004
CNPJ: 06.578.011/0001-02 INSC: 23002.005593-85-8

08/04/19

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará

Fones: (85) 3215.3064

CNPJ 06.578.611/0001-06

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Roberto Moura
franklin portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 90 (Noventa)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5824

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 41.332

Ass. do Médico - CRM nº

21/01/19

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.457.738/0001-06

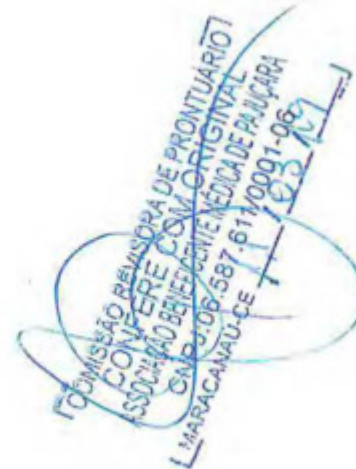
RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

- 1/ Deu a L. Deu a L. com
medic. L.
- 2/ Anest. - 1. Anest. -
2. Anest. -
- 3/ Anest. - 1. Anest. -
2. Anest. -
- 4/ Iniciar a anest. -
e abster-se de planejar
- 5/ Iniciar a anest. -
1. Anest. - 2. Anest. -
- 6/ Iniciar a anest. -
1. Anest. - 2. Anest. -
- 7/ Iniciar a anest. -
1. Anest. - 2. Anest. -
- 8/ Iniciar a anest. -
1. Anest. - 2. Anest. -
- 9/ Iniciar a anest. -
1. Anest. - 2. Anest. -

21/01/19

Cirurgião	1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)



RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Geacinde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.738/0001-06

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

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



RECEBEMOS

27 MAI 2019

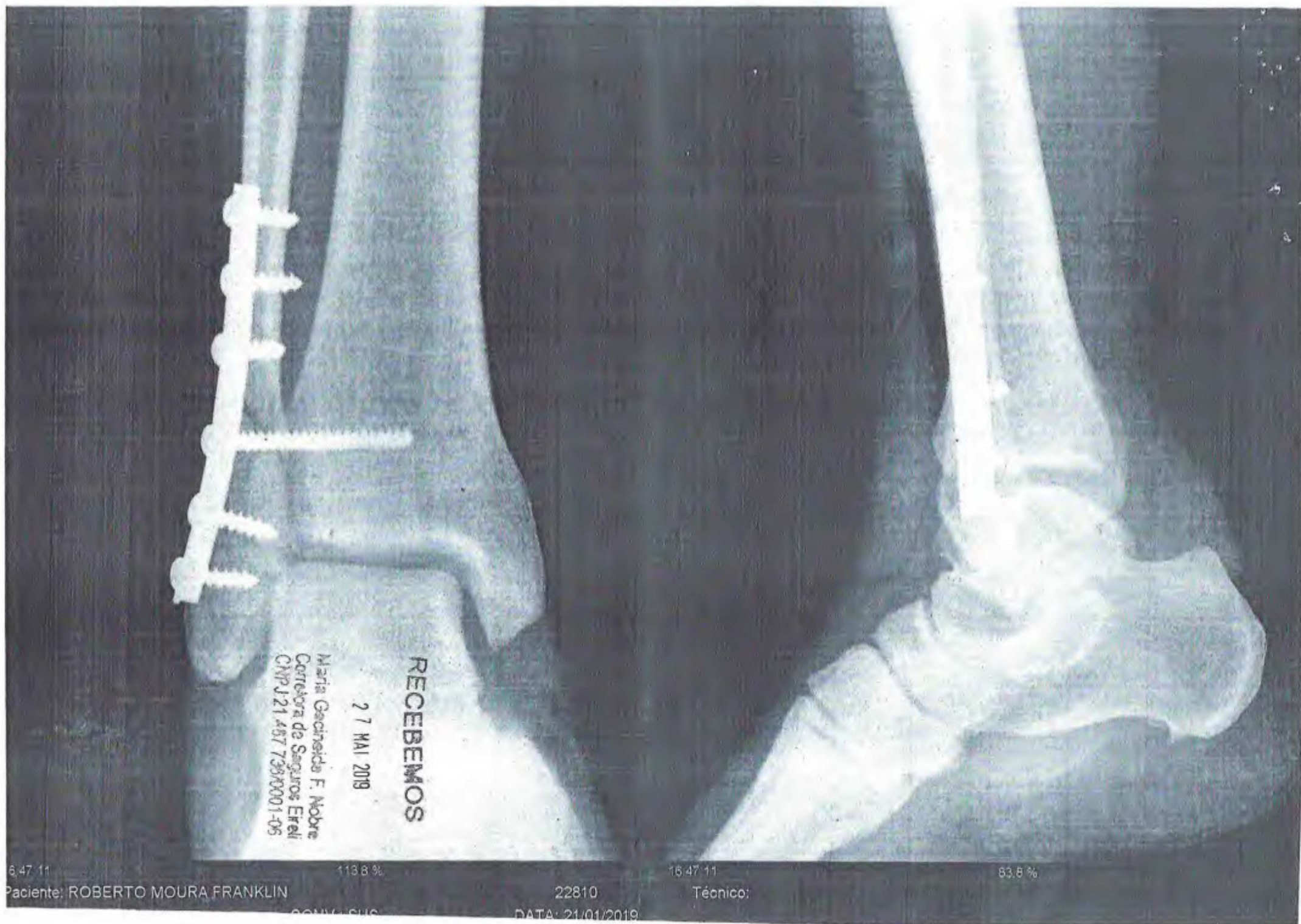
Maria Getacilda F. Nobre
Correlata de Seguros Eire
CNPJ 21.457.756/0001-11

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN
HOSPITAL AREMP

CONV. SUS

202610

DATA 21/01/2019



RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Giacinto F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.738/0001-05

6.47.11

113.8 %

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN

22810

16.47.11

63.6 %

Técnico:

DATA: 21/01/2019

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO DE ESTUDANTES MÉDICA DE PAUÇARA
CNPJ: 06.581.611/0001-99
MARACANAÚ-CE

11/05/2009 15:00:00
CNPJ: 06.581.611/0001-99
ASSOCIAÇÃO DE ESTUDANTES MÉDICA DE PAUÇARA
MARACANAÚ-CE
11/05/2009 15:00:00
RECEBEMOS
11 MAI 2009

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais				
Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:30	160x100	36.34		

SAME
HMMRM

CAD: _____ Data: 10/01/19 Registro: _____

Paciente: Roberto Moura Franklin

Nome da Mãe: Maria Costa de Moura Franklin

Idade: 51 Sexo: M Data Nascimento: 14/07/67 RG: _____ Fone: _____ Fone Contato: _____

Endereço: R _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: Iracema Estado: CE

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clinica Médica
02		02		Clinica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

História Clínica:

Paciente vítima de acidente com motocicleta, apresentando trauma craniano com contusões no osso da cabeça.

Diagnóstico:

Acidente com motocicleta.
Contusões no osso da cabeça.

EXAMES SOLICITADOS

2) _____

3) _____

4) _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável
Artur Pericles L. Leite
Médico
Clínico Geral
CREMEE 49.812

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/01/19	1) DORIFERONA 1amp + 1ml			
	2) DORIFERONA 2amp + 1ml + 1ml			
	3) VOLCANER 75mg D.M.			
	4) VILCARTOMA 25mg VO			
	5) RX DE PE DE PÉTIMO. - T.M. 70/60.			

DESTINO DO PACIENTE

() Alta () Transferência () Óbito

DATA: 1/1

HORA: _____

Motivo: _____

RECEBEMOS

Assinatura do Paciente ou Responsável

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1) Bula de D. O. q.
 2) Anest. - 2. L. q.
 3) Anest. - 2. L. q.
 4) Anest. - 2. L. q.
 5) Anest. - 2. L. q.
 6) Anest. - 2. L. q.
 7) Anest. - 2. L. q.
 8) Anest. - 2. L. q.
 9) Anest. - 2. L. q.

21/01/19

Cirurgião

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)



RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gasimide F. Nobre
 Correlora de Saguros Ekeli
 CNP J.21.487.76.0001-02

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesista

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



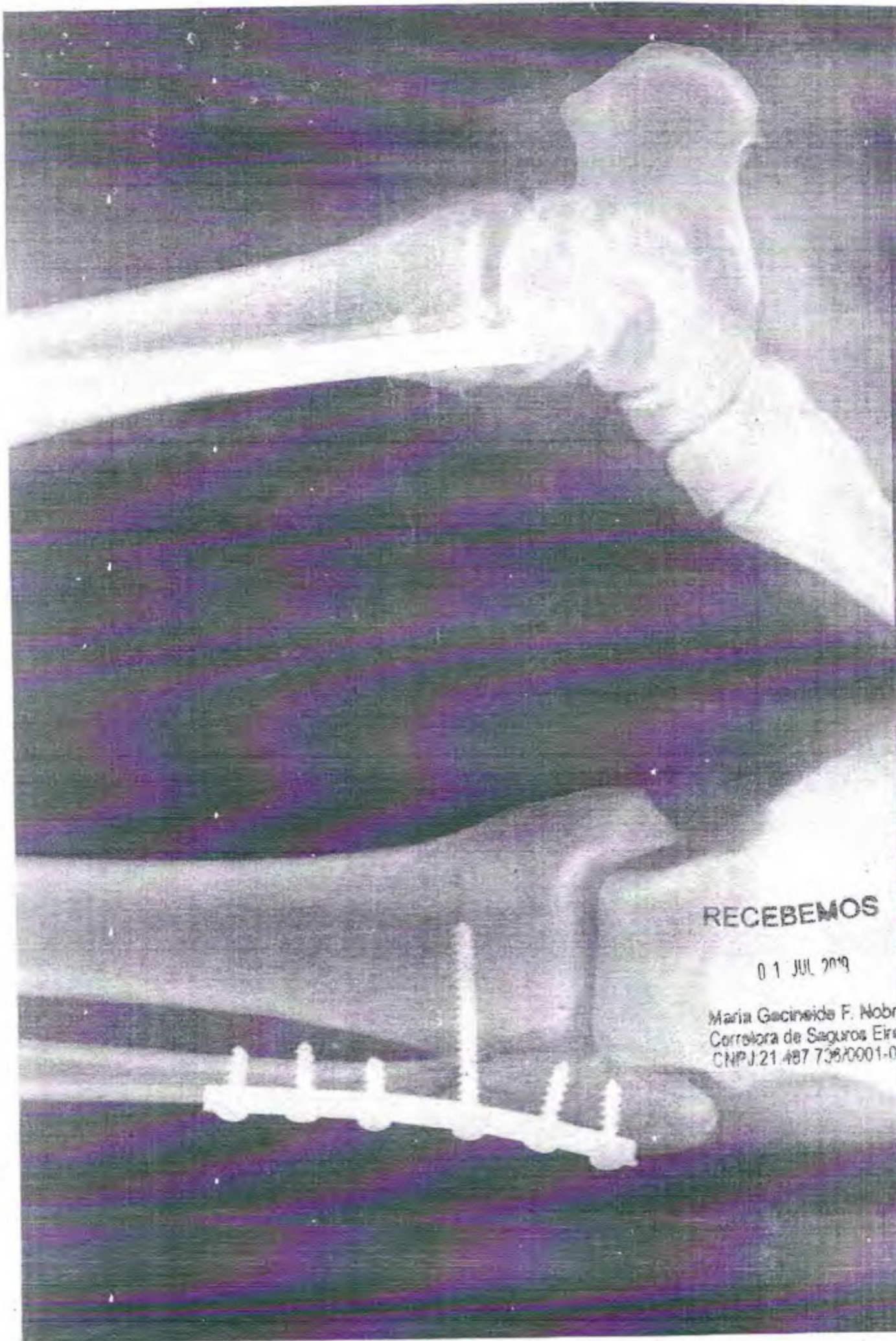
Convênio SUS - INAMP 3
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanhã/Goia
Fone/fax: (65) 3215.3120 - Fone: (65) 3215.3133

NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO		
22/04/19	<p><i>Uma para a c.c. L para</i> <i>conexão L para L para</i> <i>CD - Vira</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO CONFERE COM ORIGINAL ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE MANUSEIO DE PRODUTOS CNPJ 06.547.951/0001-09 MARACANHÃ - GOIÁS</p>		

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corredora de Sacos e Et
CNPJ 21.457.796/0001-06



RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eire
CNPJ 21.487.738/0001-00

823%

547.11

Técnico

22810

DATA 24/01/2019

11386

247.11

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Retomar dia 21/01 com jejum
07:00hs.



FILIA DA FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Mano Franklin

Q4 uso oral

O Flancox Sang — e —
tenor e e 12/12

16/01/13

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
Cep: 11695787 15196

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064
CNPJ: 06.678.611/0001-06 CNSS: 23002.006896/85-51

RECEBEMOS

11 JUL 2013

Maria Gacineide F. Nobre
Correlora de Saguros Ekeli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
Fones: (85) 3215.3064
CNPJ 06.578.611/0001-06

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Roberto Manoel
Franklin portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 90 (noventa)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5824

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

Frederico Thales da Paes
Oncologia e Transistologia
CRM: 11.332

Ass. do Médico - CRM nº

24/01/19

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

ABEYAPALA

Rebels Maria Franklin
Abel

Abel for a pete
aim - 2 acing - 100 an
be coming to find
to bring 1000. Pet
- 1000 can 1000. 1000
1000, 1000 1000 1000
1000. Pet 1000 1000
1000 1000 1000 1000

Abel 1000 1000 1000 1000
1000 1000 1000 1000

08/04/19

RECEBEMOS

01 JUL 2019

Maria Goreide F. Moura
Corredora de Seguros Etc
CNPJ 21.467.799/0001-20

AGENTE ROBERTO MOURA FRATELLO

LABORATÓRIO

CONV. SUS

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SENHOR ROBERTO MOURA FRANKLIN, MASCULINO, 51 ANOS, FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISCO EM JANEIRO /2019 CONFORME CONSTAM NOS REGISTROS HOSPITALARES. APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO (FÍBULA) DIREITO, A QUAL NECESSITOU DE CORREÇÃO CIRURGICA E ACOMPANHAMENTO DO ORTOPEDISTA. NO MOMENTO JÁ RETORNOU ÀS ATIVIDADES LABORAIS, PORÉM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO APÓS ESFORÇOS FÍSICOS MODERADOS/INTENSOS.

CID 10: S824 + Y850

Dra. Gabriela Carvalho
MÉDICA
CRM-CE 19072

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CRM-CE 19072

Iracema - CE, 12 de junho de 2019.

Atestado médico

Roberto Moura Franklin

RECEITUÁRIO

Atento para os devidos fins, o
paciente supra-citado, vítima de acidente
de trânsito em 10.02.19, tendo sofrido
fratura de fíbula e antebraço em tornozelo
direito, submetido a RST cirúrgico e
implantação de placa e parafusos, o paciente
apresenta de sequelas permanentes e defi-
nidas no membro afetado, apresentando
déficit de força e atrofia muscular em MTD,
dificuldade de deambular, bloqueio ativo de
movimento em tornozelo direito e edema
importante, requer-se para funcional
médio (50%) do MTD, e para atenuar (75%)
da função do tornozelo direito, o mesmo
requer-se de alta médica para fins de
de física terapia desde o dia 20.06.19.

RECEBEMOS

cid: 582.4
cid: 582
593.0
593.9

José Julio Fernandes Neto
Médico
CRM 3290

Roberto Moura Franklin
para continuação dos
Seguidos
16 SET 2019
01/09/2019

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais

Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:30	160x100	36.2°C		

SAME
HMMRM

CAD: _____ Data: 10/03/19 Registro: _____

Paciente: Roberto Moura Franklin

Nome da Mãe: Maria Rosita de Moura Franklin

Idade: 51 Sexo: M Data Nascimento: 14/07/67 RG: _____ Fone: _____ Fone Contato: _____

Endereço: R _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: Iracema Estado: CE

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clínica Médica
02		02		Clínica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

História Clínica:

Paciente vítima de acidente com motocicleta, acidente de trânsito, no bairro das Laranjeiras, no dia 09/03/19, vindo com lesões no membro superior direito e lesões no membro superior esquerdo.

Diagnóstico:

1) Acidente com motocicleta
2) Contusões no pé direito

RECEBEMOS

16 SET 2019

Dr. Artur Pericles J. Leite
Médico Clínico Geral
CREMEC 42813

EXAMES SOLICITADOS

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável
Artur Pericles J. Leite
Médico Clínico Geral
CREMEC 42813


2) _____
3) _____
4) _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/03/19	1) DORICOL 10mg + 10ml			
	2) DOLASTIN 400 10mg + 10ml			
	3) VOLTAREN 75mg I.M.			
	4) CAROTOMA 25mg VO			
	5) RX DO PÉ DIREITO + TÓMO 7x6			

DESTINO DO PACIENTE

DESTINO DO PACIENTE	DATA	HORA
() Alta () Transferência () Óbito	1/1	
Motivo:		

Assinatura do Paciente ou Responsável

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara				Local 2372150			
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara				CNES 2372150			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente ROBERTO MOURA FRANKLIN				Cartão Gestante		Nome Social	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 898003883390374				Data de Nascimento 14/07/1967		Sexo Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
Nome da Mãe MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN				Raza / Cor PARDA		Pina	
Nome do Responsável				DDD 88		Telefone de Contato 93445929	
Nome do Responsável				DDD		Telefone de Contato	
Município de Nascimento		UF		Nacionalidade BRASILEIRA		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) CLIMERIO ROQUE	
Nº 356		Bairro BEIRA RIO		Município de Residência IRACEMA		Código IBGE do Município 2306009	
UF CE		CEP 62980000					
Ponto de Referência				Documento RG 20171620389			
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante				Nº Cons. Classe		CPF	
Ass. e Carimbo do Diretor Clínico							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
<p><i>Definição de urgência e necessidade de internação</i></p>							
Condições que Justificam a Internação							
<p><i>Necessidade de internação</i></p>							
Principais Resultados de Exames Diagnósticos (Resultados de Exames Realizados)							
<p><i>Exame de urina</i></p>							
Diagnóstico Inicial				CID 10 Principal		CID 10 Secundário	
CID 10 Causas Associadas				Nº Nódulo Complicação			
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Descrição do Procedimento Solicitado						Código do Procedimento Solicitado 0408050497	
Indicação da Conduta de Internação		Urgente <input checked="" type="checkbox"/> Eletivo <input type="checkbox"/>		Traumatologia			
Equipamentos Requeridos para Internação							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante FREDERICO THALES DE VASCONCELOS							
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF		<input type="checkbox"/> CNS		Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 78566660363		Nº de Conselho de Classe 11332	
Data da Solicitação 21/01/2019		Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/Nº do Conselho de Classe				Data Despedida para Internar 21/01/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
<input type="checkbox"/> AC DE TRANSITO		CNPJ da Seguradora		Número do Sinistro		Soma	
<input type="checkbox"/> ACID TRANTÍPICO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CNOR	
<input type="checkbox"/> AC TRAB./TRAJETO							
Vínculo com a Previdência <input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregada <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado							
CEBEMOS							
Nome do Profissional Autorizador							
Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS		Nº do CNS/CPF Prof. Autorizador					
Data da Autorização		Código de Origem Emissor IM230765001					
Nº Registro Cons. de Classe		Ass. da Autorizador/Carimbo					

COMISSÃO RESPONSÁVEL POR PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
 CNPJ 06.587.611/0001-96
 MARACANAU-CE

16 SET 2019

Maria Carmem F. Nogueira
 Coordenadora de Assistência
 0408050497

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1) Dentes de 1º grau
 2) Amigdalite
 3) Dentes de 2º grau
 4) Incisão
 5) Dentes de 1º grau
 6) Dentes de 1º grau
 7) Dentes de 1º grau
 8) Dentes de 1º grau
 9) Dentes de 1º grau

21/01/19

Cirurgião	Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo
1º Auxiliar	Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANESTESIA
 MARACANAU-CE
 CNPJ: 06.587.617/0001-06
 19/01/19

Data

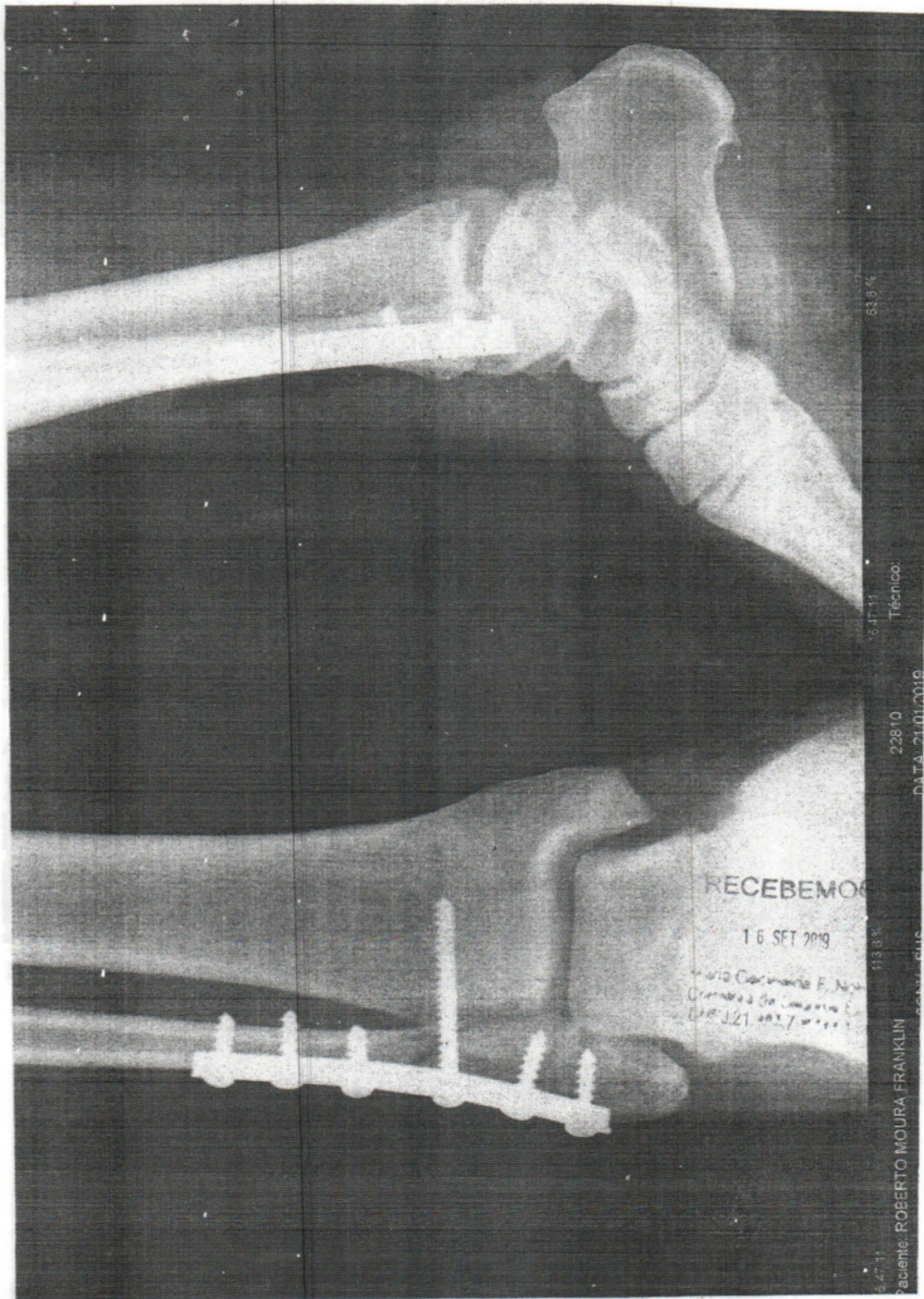
Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

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

RECEBEMOS

16 SET 2019

Maria Guadalupe F. Nolasco
Contrata da Companhia Etil
CPF: 21.447.744-01



RECEBEMOS

16 SET 2019

Dr. Roberto Moura Franklin
Ortopedia e Traumatologia
R. J. 21.011.2019

83.8%

6.47.11

Técnico:

22810

DATA: 21/01/2019

113.8%

6.47.11

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Retornar dia 21/01 + em jejum
07:00hs.



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Mano Franklin

Uso oral

Flamox 500mg — 2
2
Tomar 21 e p 12/12

16/01/13

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 11696 TROT 15198

RECEBEMOS

16 SET 2019

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

Dr. Rogério Nascimento F. N. N.
Ortopedia e Traumatologia E.
CRM: 11696 TROT 15198



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracaná/Ceará
Fones: (85) 3215.3064
CNPJ 06.578.611/0001-06

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Roberto Moura
Franklin portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 90 (Ninete)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5824

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.332

Ass. do Médico - CRM nº

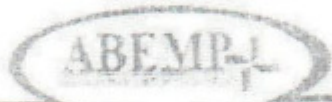
21/01/19

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 80.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

RECEBEMOS

16 SET 2019

Carla Capelmann F. Nogueira
Coordenadora de Segurança
CNPJ: 21.487.100/0001-11



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Maurício Franklin
Abelardo

Abelardo que o pete
aim- e acompanhado em
por operadora de saúde
de bom dia. Abelardo Pet
evidi com comp. de soc. de
prejuízo, boa ADM e um
guiza. Pet e
após os exames os fchto

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.32

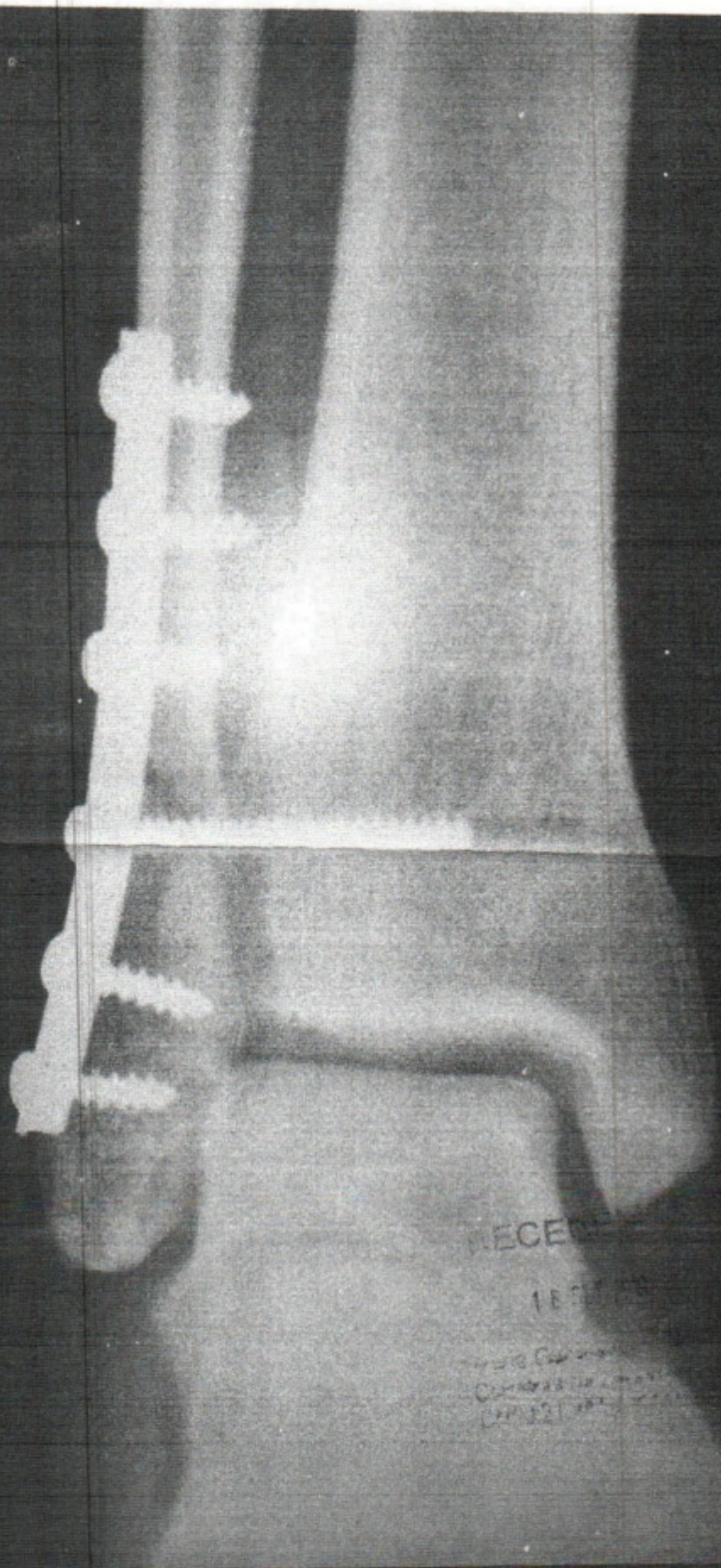
Rua João Camarão 303 - Paçoare - Aracaju - Ceará - Fones: (86) 3215.3764
CNPJ: 08.375.811/0001-70 INSS: 23002.005893-85-51

08/04/19

RECEBEMOS

16 SET 2019

Dr. Edig. Carlos Mendes F. Nery
Coordenador de Urgência e Emergência
CRM: 21.487 / 2019



RECEN

18/11/20

Dr. Carlos A. ...
Cirurgião de ...
CRM 121 ...

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN

HOSPITAL AREMP

CONV. SUS

DATA

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SENHOR ROBERTO MOURA FRANKLIN, MASCULINO, 51 ANOS, FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISCO EM JANEIRO /2019 CONFORME CONSTAM NOS REGISTROS HOSPITALARES. APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO (FÍBULA) DIREITO, A QUAL NECESSITOU DE CORREÇÃO CIRURGICA E ACOMPANHAMENTO DO ORTOPEDISTA. NO MOMENTO JÁ RETORNOU ÀS ATIVIDADES LABORAIS, PORÉM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO APÓS ESFORÇOS FÍSICOS MODERADOS/INTENSOS.

CID 10: S824 + Y850

Dra. Gabriela Carvalho
MÉDICA
CRM-CE 19072

Iracema - CE, 12 de junho de 2019.

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CRM-CE 19072

RECEBEMOS

16 SET 2019

Dr. Roberto F. Nogueira
Médico da Estratégia de Saúde da Família
CRM-CE 19072

Atestado médico

Roberto Moura Franklin

RECEITUÁRIO

Atento para os devidos fins, o
paciente supra-citado, vítima de acidente
de trânsito em 10.02.19, tendo sofrido
fratura de fíbula e antebraço em tornozelo
direito, submetido a RST cirúrgico e
implantação de placa e parafusos, o paciente
apresenta de sequelas permanentes e defi-
nidas no membro afetado, apresentando
déficit de força e atrofia muscular em MTD,
dificuldade de deambular, bloqueio ativo de
movimento em tornozelo direito e edema
importante, requer-se para funcional
média (50%) do MTD, e para atenuar (75%)
da função do tornozelo direito, o mesmo
requer-se de alta médica para fins de
de física terapia desde o dia 20.06.19.

RECEBEMOS

cid: 582.4
582.4
593.0
593.9

José Julio Fernandes Neto
Médico
CRM 3290

Roberto Moura Franklin
para acompanhamento dos
Seguidos
16 SET 2019
01/09/2019

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Sinais Vitais

Hora	P.A.	Tempo	Peso	Estat.
16:30	160x100	36.2°C		

SAME
HMMRM

CAD: _____ Data: 10/03/19 Registro: _____

Paciente: Roberto Moura Franklin

Nome da Mãe: Maria Rosita de Moura Franklin

Idade: 51 Sexo: M Data Nascimento: 14/07/67 RG: _____ Fone: _____ Fone Contato: _____

Endereço: R _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: Iracema Estado: CE

Item	Procedimento	Item	CID'S	Tipo de Atendimento
01		01		Clínica Médica
02		02		Clínica Pediátrica
03		03		
04		04		
05		05		

História Clínica:

Paciente vítima de acidente com motocicleta, acidente de trânsito, no bairro dos Campos, no dia 09/03/2019.

Diagnóstico:

Acidente com motocicleta
contusões no pé direito

RECEBEMOS

16 SET 2019

Dr. Artur Pericles J. Leite
Médico Clínico Geral
CREMEC 42813

EXAMES SOLICITADOS

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável
Artur Pericles J. Leite
Médico Clínico Geral
CREMEC 42813

2) _____

3) _____


4) _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
10/03/19	1) DORICOL 1gmp + 75ml			
	2) DOLASTIN 400 1gmp + 75ml			
	3) VOLTAREN 75mg I.M.			
	4) CAROTOMA 25mg VO			
	5) RX DO PÉ DIREITO + TÓMOGR. VO.			

DESTINO DO PACIENTE

DESTINO DO PACIENTE	DATA	HORA
() Alta () Transferência () Óbito	1/1	
Motivo: _____		

Assinatura do Paciente ou Responsável

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara				Nº de Estabelecimento 2372150			
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara				CNES 2372150			
Nome do Paciente ROBERTO MOURA FRANKLIN				Cartão Gestante		Nome Social	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 898003883390374				Data de Nascimento 14/07/1967		Sexo Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
Nome da Mãe MARIA OSITA DE MOURA FRANKLIN				Raza / Cor PARDA		Pina	
Nome do Responsável				DDO 88		Telefone de Contato 93445929	
Município de Nascimento				UF		Telefone de Contato	
Nacionalidade BRASILEIRA		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) CLIMERIO ROQUE		DDO		Telefone de Contato	
Nº 356		Bairro BEIRA RIO		Município de Residência IRACEMA		Código IBGE do Município 2306009	
UF CE		CEP 62980000		RG 20171620389		Documento	
Ponto de Referência		Documento		CPF		R. Civil	
Ass. e Carimbo do Diretor Clínico		Ass. e Carimbo do Diretor Clínico		Ass. e Carimbo do Diretor Clínico		Ass. e Carimbo do Diretor Clínico	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Justificativa da Internação							
Condições que Justificam a Internação							
Principais Resultados de Exames Diagnósticos (Resultados de Exames Realizados)							
Diagnóstico Inicial							
CID 10 Principal		CID 10 Secundário		CID 10 Causas Associadas		Nº Nódulo Complicação	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Descrição do Procedimento Solicitado						Código do Procedimento Solicitado	
Indicação da Conduta de Internação						Código do Procedimento Solicitado	
Equipamentos Requeridos para Internação						Código do Procedimento Solicitado	
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante FREDERICO THALES DE VASCONCELOS							
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF		N° Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 78566660363		N° de Conselho de Classe 11332		Data da Solicitação 21/01/2019	
Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/N° do Conselho de Classe		Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/N° do Conselho de Classe		Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/N° do Conselho de Classe		Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/N° do Conselho de Classe	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
<input type="checkbox"/> AC DE TRANSITO		CNPJ da Seguradora		Número do Sinistro		Soma	
<input type="checkbox"/> ACID TRANSITICO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CNOR	
<input type="checkbox"/> AC TRAB./TRAJ.TO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CNOR	
Vínculo com a Previdência <input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregada <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado							
Nome do Profissional Autorizador							
Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS		N° do CNS/CPF Prof. Autorizador		Ass. e Carimbo do Prof. Autorizador		Ass. e Carimbo do Prof. Autorizador	
Data da Autorização		Código de Origem Emissor		Ass. e Carimbo do Prof. Autorizador		Ass. e Carimbo do Prof. Autorizador	
N° Registro Geral de Classe		Ass. e Carimbo do Prof. Autorizador		Ass. e Carimbo do Prof. Autorizador		Ass. e Carimbo do Prof. Autorizador	

COMISSÃO RESPONSÁVEL POR PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
 CNPJ 06.587.611/0001-96
 MARACANAU-CE 103/11

16 SET 2019

Maria Carmemiranda F. Nogueira
 Coordenadora de Assistência E...
 01/01/2019

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

1) Dentes de 1º grau
 2) Amarelo - 2
 3) Dentes de 2º grau
 4) Incisor - 1
 5) Abuso - 1
 6) Dentes de 1º grau - 2
 7) Dentes de 1º grau
 8) Dentes de 1º grau
 9) Dentes de 1º grau

21/01/19

Cirurgião	Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo
3º Auxiliar	Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANESTESIA
 MARACANAU-CE
 CNPJ: 06.587.617/0001-06
 19/01/19

Data

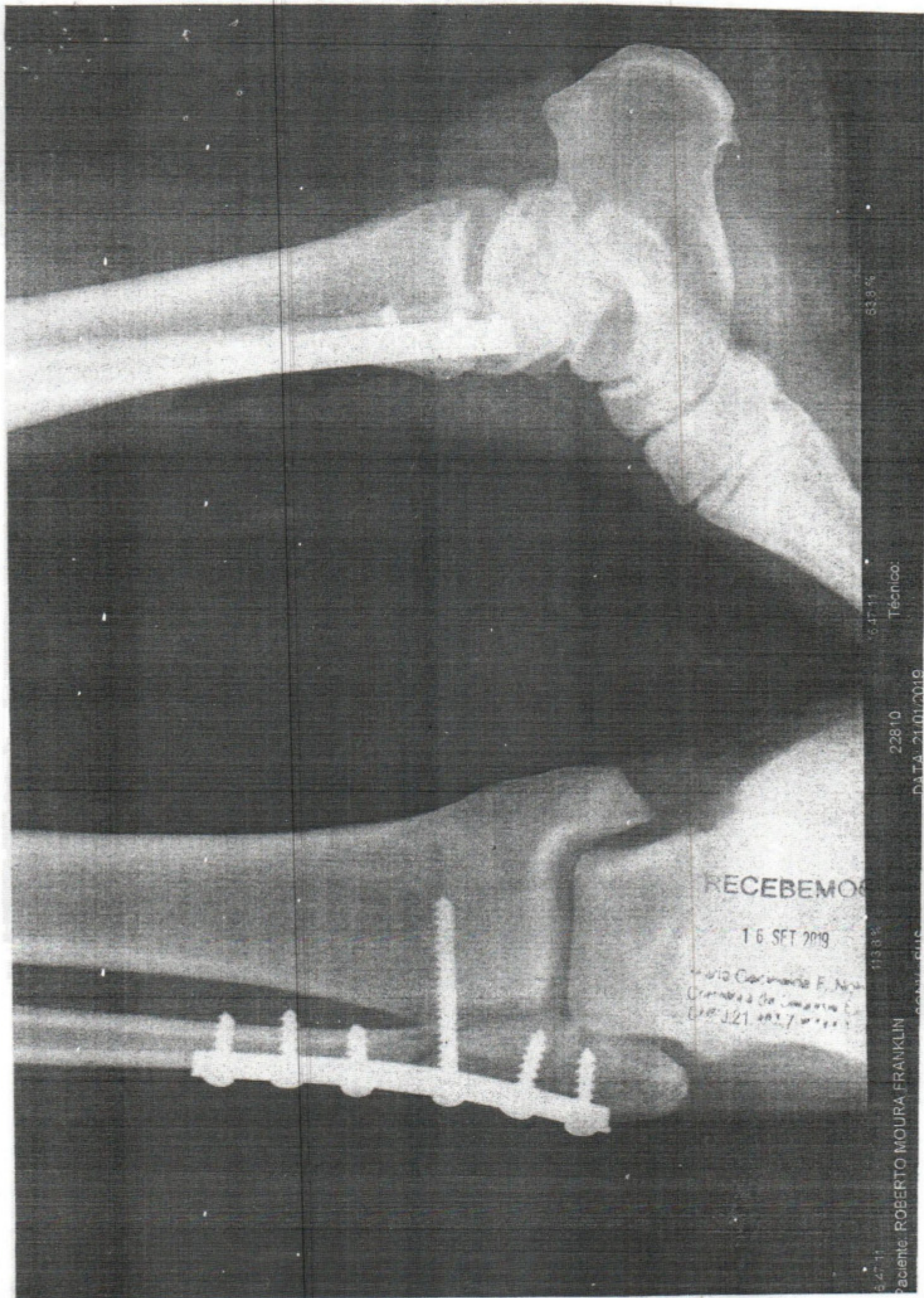
Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

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

RECEBEMOS

16 SET 2019

Maria Casimiro F. Nogueira
Correspondência: Rua Comendador Euzébio
Chapin: 21, 447-7, 13040-100



RECEBEMOS

16 SET 2019

Dr. Roberto Moura Franklin
Ortopedia e Traumatologia
Rua J. J. 21, 400, 7º andar

83.8%

6.47.11

Técnico:

22810

DATA: 21/01/2019

113.8%

6.47.11

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN

Retornar dia 21/01 + em jejum
07:00hs.



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Mano Franklin

Q. 150 mil

O. Flancox Sang — a
R
Fumar si ep 12/12

16/01/13

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 11696 TBO 15198

RECEBEMOS

16 SET 2019

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

Dr. Rogério Nascimento F. N. N.
Ortopedia e Traumatologia E.
CRM: 11696 / TBO 15198



Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracaná/Ceará
Fones: (85) 3215.3064
CNPJ 06.578.611/0001-06

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Roberto Moura
Franklin portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 90 (Ninete)

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5824

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.332

Ass. do Médico - CRM nº

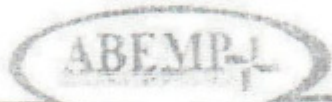
21/01/19

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 80.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

RECEBEMOS

16 SET 2019

Carla Carmem F. Nogueira
Coordenadora de Planejamento e
CNPJ: 21.487.100/0001-11



FILIA DA FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Roberto Maurício Franklin
Abelardo

Abelardo que o pete
aim- e acompanhado em
por operadora de saúde
de bom dia. Abelardo Pet
evidi com complicações de
fratura, boa ADM e um
guiso. Pet e
após o exame os flocos

Fredrick Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
Criciúba - SC

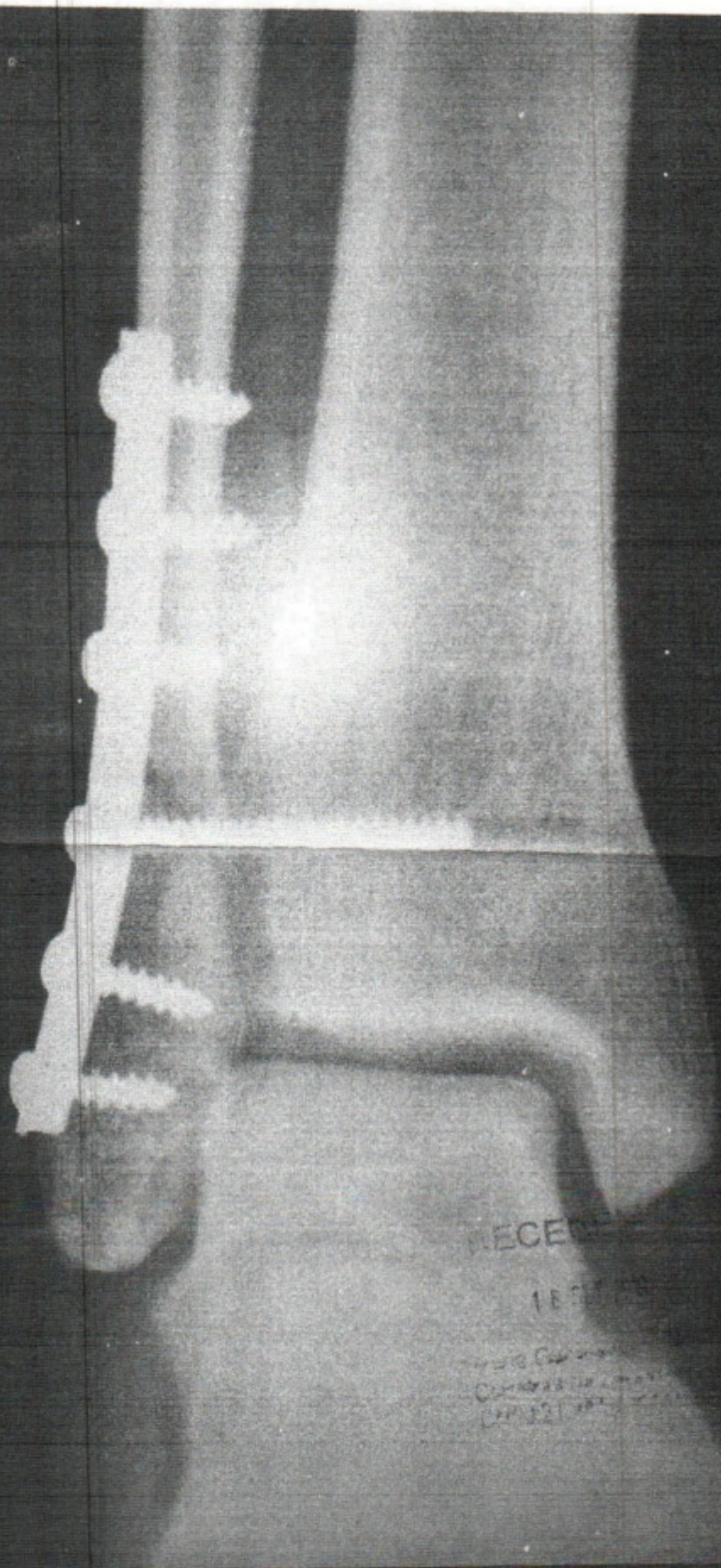
Rua João Camarão 303 - Paçoare - Aracaju - Sergipe - CEP: 45.015-300
Fone: (79) 375.8111 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030

08/04/19

RECEBEMOS

16 SET 2019

Dr. Ricardo Carlos de F. Nogueira
Coordenador de Urgência e Emergência
CEP: 21.000 / 00000000



RECEN

18/11/20

Dr. Carlos A. ...
Cirurgião de ...
CRM 121 ...

Paciente: ROBERTO MOURA FRANKLIN

HOSPITAL AREMP

CONV. SUS

DATA

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SENHOR ROBERTO MOURA FRANKLIN, MASCULINO, 51 ANOS, FOI VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISCO EM JANEIRO /2019 CONFORME CONSTAM NOS REGISTROS HOSPITALARES. APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO (FÍBULA) DIREITO, A QUAL NECESSITOU DE CORREÇÃO CIRURGICA E ACOMPANHAMENTO DO ORTOPEDISTA. NO MOMENTO JÁ RETORNOU ÀS ATIVIDADES LABORAIS, PORÉM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO APÓS ESFORÇOS FÍSICOS MODERADOS/INTENSOS.

CID 10: S824 + Y850

Dra. Gabriela Carvalho
MÉDICA
CRM-CE 19072

Iracema - CE, 12 de junho de 2019.

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CRM-CE 19072

RECEBEMOS

16 SET 2019

Dr. Roberto F. Nogueira
Médico da Estratégia de Saúde da Família
CRM-CE 19072

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
ROBERTO MOURA FRANKLIN

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20171920389 SSPDS CE

CNPJ
381.003.803-25 DATA NASCIMENTO
14/07/1967

RELACÃO
RAIMUNDO FRANKLIN DE
MOURA
MARIA OSITA DE MOURA
FRANKLIN

PERMISSÃO ACC CATAL
AD

Nº HABITADO
00774854126 VALIDADE
28/03/2023 1ª HABILITAÇÃO
22/07/1993

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
LIMOEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO
12/04/2018

ASSINATURA DO EMISSOR 11541367660
CE164387293

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1637939849

PROIBIDO PLASTIFICAR
1637939849

RECEBEMOS

27 MAI 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06