

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190485590 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA **Data do acidente:** 12/05/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. PG11,24
FRATURA DO 3º METACARPO DA MÃO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RADIO E METACARPO -PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

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

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 12/05/19

HORÁRIO: 16:30

ATENDIMENTO Nº: 52

NOME DO PACIENTE:

NOME: FRANCISCO GILBERTO FERMINO DA SILVA

SEXO: M

DATA NASCIMENTO: 25/02/1988

IDADE: 31

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

END: FRANCISCA FERMINO DA SILVA

END: 160 3451 1861 0009

CIDADE: SENADOR POMPEU

PROFISSÃO: AGRICULTOR

END: RUA CARLOS FERREIRA

END: ALTA DO CRUZADO

CEP: 63600000

CIDADE: SENADOR POMPEU

ESTADO: CE

CEP: 63600000

TELEFONE: 88-99259-5410

INTESTE DE VIAGEM: SIM () NÃO ()

Bruno

SEX: ☒ M ☐ F ☐ O ☐ S ☐ T ☐ N ☐ P ☐ G ☐ L ☐ R ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I ☐ J ☐ K ☐ L ☐ M ☐ N ☐ O ☐ P ☐ Q ☐ R ☐ S ☐ T ☐ U ☐ V ☐ W ☐ X ☐ Y ☐ Z

OP: Injúria de punho direito

END: Após cirurgia de (Lig. Ulnar) (SIC)

DIAGNÓSTICO:

PROFISSÃO:

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM: 16149

Ass. do Técnico(a)

PROFISSÃO DO PACIENTE:

Ass. original
06/06/19
Ass.

Ass. Gilberto Fermino da Silva

PROFISSÃO DO PACIENTE / SUSCRITO(A)

61

INSTITUTO
CCAPARTILHA
SOMAC
Uma Unidade Especializada à Vida
Cuidar e Educar com Humanidade

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 507 Fátima
Senador Pompeu - CE

MATERNIDADE E HOSPITAL
SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU

2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

GOVERNO DO ESTADO DO
CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado
do Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CPRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



Operações:
Acompanhar Solicitação de
atendimento

VISUALIZAÇÃO DE OCORRÊNCIA

Selecione o status abaixo:

Para retornar a lista de ocorrências clique em Voltar.

Seleção de situação

Seleção da solicitação

Visualização da solicitação

Lista de ocorrências

Visualização de ocorrência

Continuação de cancelamento

Registro de transferência

Continuação de transferência

Aprovação finalizada com sucesso

LOGIN

Encarregado

NOME

ERIVANDE ALVES DA SILVA

DATA/HORA

12/03/2019 09:58

UNIDADE

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL

DESCRIÇÃO

Estabelecimento: Exceção Continuação Reserva de
Leito, HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO
CENTRAL.

35039064



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



ISGH



CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO CEARÁ

Registra-se a atuação de médicos em regime de plantão no Hospital Regional do Sertão Central, sob a supervisão do Conselho Regional de Medicina do Ceará.

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

Francisco Gilberto F. Silva

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO
POR sessenta DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

DATA:

10, 6, 15

MÉDICO | CREMEC



PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE
CUIDANDO DAS PESSOAS



Receituário Médico

Nome:

Fº Gilberto
vsa anal

1) Dexametasona 01x
v/cp 10 6/6h

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM: 16149

12/05/19



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Hospital Regional do Sertão Central

CRM: _____ UF: CEARÁ

ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão

TELEFONE: (011) 63.800-000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

1) TRAMAL 50mg.....1cx

Tomar 01 comprimido, via oral, de 8/8h se dor forte

DATA 21/05/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÊUTICO _____ DATA _____



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Hospital Regional do Sertão Central

CRM: _____ UF: CEARÁ

ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão

TELEFONE: (011) 63.800-000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

1) TRAMAL 50mg.....1cx

Tomar 01 comprimido, via oral, de 8/8h se dor forte

DATA 21/05/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÊUTICO _____ DATA _____

422

She



Organização: ISGH - Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
Presidência: Dr. João Roberto de Almeida

RECEITUÁRIO MÉDICO**PACIENTE:** FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA**PRONTUÁRIO:**

1) DIPIRONA 1g.....

Tomar 01 comprimido, via oral, até de 8/8h se
dor

2) IBUPROFENO 600mg.....1caixa

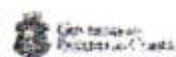
Tomar 01 comprimido, via oral, até de 8/8h se
dor até 10 dias**DATA:**

21/05/19

MÉDICO | CREMEC

Page

et1



Hospital Regional do Sertão Central - Hospital Regional do Sertão Central - Hospital Regional do Sertão Central

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

PRONTUÁRIO:

Necessita repouso médico por sessenta (60) dias.

CID: M255

DATA: 21/05/19

MÉDICO | CREMEC

1



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



ISGH



GOVERNO DO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Órgão responsável pela gestão e execução das atividades de saúde pública e atenção básica do Estado de Pernambuco

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

PC GILBERTO F. SILVA

SUSCITO

PC resumo operatório

AP / P

resumo no

resumo

10/06/2019

10:00

DATA:

21 / 5 / 19

MÉDICO | CREMEC

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

Endereço CARLOS JEREISATI

Bairro: ALTO DO CRUZEIRO

CEP: 63600-000

Num: 00

Idade 31 ano(s) 2

Prontuário 15112

UF: CEARÁ

Sexo Masculino

Cidade: SENADOR POMPEU

Localização

Clínica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 06

Leito 422

Internação 13/05/2019 13:23 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO, AFEBRIL, FO LIMPA E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, CUIDADOS COM CURATIVO; MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO; RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL (02 SEMANAS). SOLICITADO RX DE CONTROLE PARA RETORNO. ATESTADO (60DIAS).

Exames

RX

Terapêutica

cirurgia

Diagnóstico

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S525	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Não	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de

Melhorado

Data Programada da

21/05/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

Data 21/05/2019

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 20/05/19 20:01

Paciente: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

Prontuário: 15112

Clínica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL

Cirurgião: IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

1º Auxiliar: SAMUEL XIMENES FEIJAO

Enfermeiro: VALDENIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Instrumentador: THYARA ARAUJO DE QUEIROZ

Dt. Nascimento: 25/02/1988

Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01

Anestesiologia: JOSE NEUTON BENEVIDES DE LIMA

2º Auxiliar:

Circulante: VALDIRENE LIMA ALMEIDA

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO	S
0408020130	RECONSTRUCAO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO PUNHO	N

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO	S
0408020130	RECONSTRUCAO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO PUNHO	N

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

SEM EFEITO

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

REGIONAL

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Limpa

Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

- 1) PACIENTE EM DDH + ANESTESIA REGIONAL
- 2) ANTISSEPSE + ASSEPSE + CCE + GARROTE COM ESMARCHE
- 3) REALIZADO ACESSO VOLAR DE HENRY, DISSECÇÃO POR PLANOS, ABERTURA DE MUSCULO PRONADOR QUADRADO E IDENTIFICAÇÃO DE FOCO DE FRATURA COM COMINUIÇÃO EM REGIÃO VOLAR E DORSAL, COM FRAGMENTO VOLAR COM DESVIO IMPORTANTE
- 4) REALIZADO ACESSO DORSAL, ABERTURA DE 3 COMPARTIMENTO DORSAL, DISSECÇÃO POR PLANOS E IDENTIFICADO FOCO DE FRATURA COMINUTO E ENCURTADO COM ESTILOIDE DO RADIO COM IMPORTANTE COMINUIÇÃO.
- 5) REALIZADO REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA POR VIA VOLAR E DORSAL
- 6) REALIZADO OSTEOSÍNTESE DORSAL COM PLACA DE PEQUENOS FRAGMENTOS 3,5MM COM 3 PARAFUSOS NO RÁDIO E 3 PARAFUSOS NO 3º METACARPO
- 7) REALIZADO FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA VOLAR EM T POR ACESSO VOLAR
- 8) VERIFICADO OSTEOSÍNTESE SATISFATÓRIA SOB ESCÓPIA
- 9) LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA + HEMOSTASIA LOCAL
- 10) SUTURA POR PLANOS
- 11) CURATIVO LOCAL + TALA GESSADA
- 12) ENCAMINHO PACIENTE À CRPA.

Data

20/05/19

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM - CE 139037 / EOT 15474 / RQE 9427

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante: HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC	2 - CNES: 7061021
3 - Nome do Estabelecimento HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC	4 - CNES: 7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA			
6 - Nº do Prontuário 15112	7 - Cartão Nacional de Saúde 160345118610009	8 - Data de Nascimento 25/02/1988	9 - Sexo Masculino
10 - Nome da Mãe FRANCISCA FIRMINO DA SILVA		11 - Telefone de Contato (88) 99239-5410	
12 - Endereço (Rua, Bairro) CARLOS JEREISATI		Número 00	
13 - Município de Residência SENADOR POMPEU	14 - Cód. IBGE	15 - UF CEARÁ	16 - CEP 63600-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos EFERE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HD FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO CD: INTERNAÇÃO			
18 - Condições que justificam a internação Risco de complicação.			
19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados) Anamnese e exame físico.			
20 - Diagnóstico inicial S525	21 - CID10 Principal S525	22 - CID10 Secundário	23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do		25 - Código do procedimento	
26 - Clínica CLÍNICA	27 - Caráter da internação	28 - Documento CPF	29 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente
30 - Nome do profissional solicitante / assistente RODOLFO JOSE BRAGA TEIXEIRA		31 - Data da Solicitação 13/05/2019 13:23:00	32 - Assinatura e carimbo Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia 15072

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito	36 - CNPJ da seguradora	37 - Nº do Bilhete	38 - Série
34 - () Acidente de trabalho típico	39 - CNPJ da empresa	40 - CNAE	41 - CBOR
35 - () Acidente de trabalho trajeto			
42 - Vínculo com a () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Não segurado			

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador CRISTIANO OLIVEIRA RABELO	44 - Cód. órgão 7061021	49 - Nº da autorização de internação hospitalar
45 - Documento CPF	46 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente	
47 - Data da 13/05/2019 13:	48 - Assinatura e carimbo	

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA
Endereço CARLOS JEREISATI Idade 31 ano(s) 2 Prontuário 15112
Bairro: ALTO DO CRUZEIRO UF: CEARÁ Sexo Masculino
CEP: 63600-000 Num: 00 Cidade SENADOR POMPEU

Localização

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 06 Leito 422
Internação 13/05/2019 13:23 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO, AFEBRIL, FO LIMPA E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, CUIDADOS COM CURATIVO; MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO; RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL (02 SEMANAS). SOLICITADO RX DE CONTROLE PARA RETORNO. ATESTADO (60DIAS).

mes

RX

Terapêutica

cirurgia

Diagnóstico

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S525	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Não	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de

Melhorado

Data Programada da 21/05/2019

Observações Complementares

ão Informado *

Responsável

Médico PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

Data 21/05/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig



RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO

Paciente: 015112 - FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

Sexo: Masculino Idade: 31 ano(s) 2 mes(es) e 17 dia(s)

Data de Nascimento: 25/02/1988

Nome da Mãe: FRANCISCA FIRMINO DA SILVA

Endereço: CARLOS JEREISATI

Num: 00

Bairro: ALTO DO CRUZEIRO

Cidade: SENADOR POMPEU

CEP: 63600-000

UF: CEARÁ

Leito Atual: CLÍNICA TRAUMATO-ORTOPÉDICA,06.422

ANAMNESE

Queixa Principal

DOR EM PUNHO ESQUERDO

HDA

REFERE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

HD FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

HD: INTERNAÇÃO

ANTECEDENTES

Patológicos Progressos

NDN

Familiares

NDN

Sociais

NDN

EXAME FÍSICO

Estado Geral

BOM

Respiratório

EUPNEICO

Cardiológico

RCR

Abdominal

MACIDO

Neurológico

ORIENTADO

Extremidades

PPP

Outros

*** Não Informado ***

GLASGOW

Resultado: 15

DIAGNÓSTICOS

Princip	Confirmad	Código	Descrição
Sim	Sim	S525	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO



FOLHA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DADOS DO PACIENTE Prontuário: 15112 Data da 13/05/2019
Paciente: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA
Data 25/2/1988 Naturalidade: SENADOR POMPEU Código Internação: 43349
Idade: 31 a Sexo: Masculino Cor: Branca
Identidade: 509926344 CPF: 041.418.423-89 Nacionalidade: Brasileira
Fone 01: (88) 99239-5410 Fone 02: () Ocupação: AGRICULTOR(A)
Endereço: CARLOS JEREISATI Num: 00 Comp
Bairro: ALTO DO CRUZEIRO Cidade: SENADOR POMPEU Estado: CEARÁ CEP: 63600-000
Situação Familiar: Convive com familiar(es) sem companheiro(a) Religião: CATOLICA
Pai: edmundo rodrigues da silva Mãe: FRANCISCA FIRMINO DA SILVA
Diagnóstico inicial CID10 Principal CID10 Secundário CID10 Causas Associadas
* Não Informado * * Não Informado * * Não Informado *
Admitido por: RODOLFO JOSE BRAGA TEIXEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA, declaro para os devidos fins, ficar responsável pelo paciente FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA, enquanto este estiver internado, dando plena autorização aos médicos do LogoHRSC.gif que o assistirem para fazer investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução do tratamento, incluindo exames com utilização de contrastes iodados como tomografias, urografias e arteriografias, e caso necessário acessos venosos centrais e/ou de longa permanência.

13/05/2019 1.23 PM

Francisco Gilberto Firmino da Silva

Assinatura do Responsável

SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 15112 Nome: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA
Sexo: Masculino Data Nasc: 25/02/1988 Idade: 31 ano(s) 4 mes(es) e 0 dia(s)
Mãe: FRANCISCA FIRMINO DA SILVA Clínica: AMBULATORIO

SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não Data: 25/06/2019 14:46 Protocolo: 355994
Exame: RX PUNHO E AP/P (0204040124)
Complemento:

Médico: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Indicação:

POS

Observação:

PROGRAMAÇÃO

Data: Hora: Usuário:
Referência:
Justificativa:
Justificativa Pendência:

REALIZAÇÃO

Data: Usuário:
Data do Laudo: Usuário que realizou:
Situação: Pendente
Justificativa Realização:

Justificativa Baixa: Usuário:

CANCELAMENTO

Data: Usuário:
Justificativa:

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
13246

18.07.19
15:00h



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
NENÓIA



ISGH



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
NENÓIA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

Fco Gilbert Figueiredo da Silva

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO

POR 120 (cento e vinte) DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

562

20/05/19

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
11248

DATA: / /

MÉDICO | CREMEC



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



Órgão de controle de qualidade de medicamentos e produtos farmacêuticos
Biotecnologia de medicamentos e produtos farmacêuticos

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____

UF: CEARÁ

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: [] _____

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
13246

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

Fonitrus 500 14 cp
01 cop 12/12h

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
13246

25-06-19
DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENTIDADE: _____

EMISSION: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

UF: _____

TELEFONE: _____

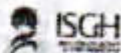
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÊUTICO

DATA



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



GOVERNADOR
EDUARDO LULA

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____

UF: CEARÁ

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: [] _____

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
13240

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO _____

Fontes 500 19cp
01 ca p 12/12h

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
13240

25 / 06 / 19
DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENTIDADE: _____

EMISSION: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____

UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÊUTICO _____

DATA _____



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ

Assinatura do médico responsável por este documento
poderá ser feita por meio eletrônico ou por meio físico

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

para GILBERTO F. SILVA

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO
POR 60 (sessenta) DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

11/2/25

DATA:

13 / 7 / 13

PA
MÉDICO | CREMEC



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



ISGH
INSTITUTO
SANTO AGOSTINHO



Governo do
Estado do Ceará

Orgão de Saúde do Estado de Ceará
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

THE GILBERTO F. SILVA

SOLICITO

Prescrição

medicamento

10 - 20 - 30 - 40 - 50 - 60 - 70 - 80 - 90 - 100

Prescrição

2

prescrição

DATA:

18/7/19

MÉDICO | CREMEC

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 30 (trinta) dia(s) das suas atividades profissionais.

Quixeramobim, 5 de Agosto de 2019

CID: _____

Dr. Igor Rabelo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM - CE 13903 / TEOT 15474 / RQE 9427

IGOR RABELO DE SALES ANDRADE

13903CRM









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 25.409.016/0001-83 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 08/08/2016
NOME EMPRESARIAL EDILENE SOARES ROCHA 65073487320		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) JPE DPVAT		PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - Empresário (Individual)		
LOGRADOURO AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA	NÚMERO 970	COMPLEMENTO
CEP 63.600-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SENADOR POMPEU
UF CE		
ENDEREÇO ELETRÔNICO jpedpvat.senpmilha@yahoo.com.br		TELEFONE (88) 9667-5407
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 08/08/2016
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **02/08/2019** às **09:41:41** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Certificado da Condição de Microempreendedor Individual



Identificação

Nome Empresarial

EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

Nome do Empresário

EDILENE SOARES ROCHA

Nome Fantasia

JPE DPVAT

Capital Social

15.000,00

Número Identidade

291827694

Orgão Emissor

SSP

UF Emissor

CE

CPF

650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente

ATIVO

Data de Início da Situação Cadastral Vigente

08/08/2016

Números de Registro

CNPJ

25.409.016/0001-83

NIRE

23-8-0251434-0

Endereço Comercial

CEP

63600-000

Logradouro

AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA

Número

970

Bairro

CENTRO

Município

SENADOR POMPEU

UF

CE

Atividades

Data de Início de Atividades

08/08/2016

Forma de Atuação

Estabelecimento fixo

Ocupação Principal

Digitador(a) independente

Atividade Principal (CNAE)

82.19-9/99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

Ocupações Secundárias

Arquivista de documentos

Atividades Secundárias (CNAE)

82.11-3/00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço: <http://www.portaldomicroempreendedor.gov.br/> Certificado emitido com base na Resolução no 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios - REDESIM. ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento. Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/fcpj/consulta.asp>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSELO
 E MOBILIDADE NACIONAL DE TERRESTRÊ

NOME
EDILENE SOARES ROCHA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. PASSAGEIRO
20170636709 **ESPDS** **CE**

CPF
650.734.873-20 **01/02/1981**

FUNÇÃO
EXPEDITO MENDES ROCHA
MARIA EULIA SOARES ROCHA

PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CENSA ☒ AB

Nº IDENTIFIC. **04675350149** **25/08/2022** **20/06/2009**

SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador: *Edlene Soares Rocha*
 ADMINISTRAÇÃO DO PORTADOR

LOCAL **QUIXADA, CE** **12/09/2017**

Assinatura do Emissor: *1-4-4-2-4*
 ADMINISTRAÇÃO DO EMISSOR

77260446512
CE161108512

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1497073959

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497073959

Procuradora

**Companhia Energética do Ceará**

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

Nº CLIENTE: 000008553131**MUNICÍPIO:** SENADOR POMPEU CENTRO**CEP:** 63600-000**NOME:** EDILENE SOARES ROCHA**CPF:** 650.734.873-20**ENDEREÇO:** AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970**MÊS/ANO**
07/2019**VENCIMENTO**
25/07/2019**CONSC. kWh**
200**VALOR EM R\$**
176,20**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA****TOTAL A PAGAR EM (R\$)****176,20****COMPROVANTE ENEL****MUNICÍPIO** 63600-000SENADOR POMPEUCENTRO**ROTA** AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA00970**TOTAL A PAGAR EM (R\$)****176,20****Nº DO CLIENTE** 000008553131

83800000001 7 76200031200 7 00528458629 4 00008553131 6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMBEIRO DA SILVA

0724-5

PROIBIDO PLASTIFICAR




RICARDO GOMBEIRO DA SILVA

0511-051100

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Vilmar
2

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 50.992.634-4 DATA DE EMISSÃO 14/MAI/2009

NOME FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

FILIAÇÃO EDMUNDO RODRIGUES DA SILVA

E FRANCISCA FIRMINO DA SILVA

NATURALIDADE SENADOR POMPEU -CE DATA DE NASCIMENTO 25/FEV/1988

DOC ORIGINAL SENADOR POMPEU CE

SENADOR POMPEU

CN: LV.A016/FLS.0233/N.011514

CPF 04141842389

33 Deficiência

LEI Nº 7.116 DE 29-04/83



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **041.418.423-89**

Nome: **FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA**

Data de Nascimento: **25/02/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/04/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:56:22** do dia **14/08/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **FA2E.5F4B.6374.D264**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - CE Nº **014418334730**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01/183552644 DOB. RENAVAM: 00000000000 EXERCÍCIO: 2018
 PPT: 01/183552644 NOME: FRANCISCO GEAN DE SOUZA SILVA
 SENADOR POMPEU /CE

CPF / CNPJ: 61056524375 PLACA: NRB3360/CE
 PLACA ANT. / UF: /CE

ESPÉCIE TIPO: 702JC41109R068810 COMBUSTÍVEL: GASOLINA
 PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
 ANO FAB.: 2009 ANO MOD.: 2009

2P/OCV/124CC CATEGORIA: PARTIC. COR PREDOMINANTE: VERMELHA
 COTA ÚNICA: 1. VENÇ. COTA ÚNICA: 3*

PREMIO TARIFARIO (R\$): 180.65 IOR (R\$): 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$): 185.50 DATA DE PAGAMENTO: 24/12/2018
 OBSERVAÇÕES:

LOCAL: SENADOR POMPEU DATA: 04/01/2019
 Assinatura: Igor Ponte Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 014418334730 BILHETE DE SEGURO DPVAT

61056524375

NRB3360/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014418334730

795750522861

VIA: 01/61056524375 EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 04/01/2019
 RENAVAM: 61056524375 PLACA: NRB3360
 183552644 HONDA/CG 125 FAN KS
 ANO FAB.: 2009 CATEGORIA: PART. Nº CHASSI: 9C2JC41109R068810

PREMIO TARIFARIO

FIS (R\$)	81.29	DEATRAN (R\$)	9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$)	90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4.15	IOR (R\$)	0.70	TOTAL (R\$) (R\$) (R\$)	185.50

PAGAMENTO: ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO: 24/12/2018
 COTA ÚNICA: 1

SEGURO LÍDER - DPVAT

CPF 08.241.608/0001-04

MOTOR: JC41E19068810

00881

014418334730
 RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

ASSINATURA

00881
 NRB3360
 COD. RENAVAM: 183552644
 235477 00881

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, Francisco Gean de Souza Silva
RG nº 2008203790-0, data de expedição 17/05/12
Órgão SSRDS-CE, portador do CPF nº 610.565.243-75
com domicílio na cidade de Senador Pompeu, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Moura da Nova, nº 01
complemento zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francisco Gilberto Firmino da Silva, cujo o condutor era
Francisco Gilberto Firmino da Silva
Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG125 FAN HS Ano: 2009
Placa: NAB3360/CE Chassi: 9C2JC4J109R068810
Data do Acidente: 12/05/19

Local e Data: Senador Pompeu-CE, 14/AGOSTO/2019.

x Francisco Gean de Souza Silva

Assinatura do Declarante

Francisco Gilberto Firmino da Silva

Assinatura do Condutor

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

RECONHEÇO FIRMA

1º OFÍCIO

O Reclamante é verdadeiro, Dou Fé.

Senador Pompeu, 14 de 2019

Em testemunha da Verdade

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina

Fone: 88 149 0275



Fca. Lindete de Souza Saraiva
2º Substituto

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

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

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Edilene Soares Rocha

inscrito (a) no CPF/CNPJ

25.409.016/0001-83

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fco Gilberto Espirino de Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.418.423-89

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Fco Gilberto F. de Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº

041.418.423 / 89

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:

Av. Fco Franco Pamplona

Número:

970

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Senador Pompeu

Estado:

CE

CEP:

63.600.000

E-mail:

Tel (DDD):

(88) 99972-3424

Local e Data:

Senador Pompeu - CE

14/08/2019

Edilene Soares Rocha

Assinatura do Declarante

Prova do ato declaratório

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 12/05/19

HORÁRIO: 16:30

ATENDIMENTO Nº: 52

DADOS DO PACIENTE:

NOME: FRANCISCO GILBERTO FERMINO DA SILVA

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 25/02/1988 IDADE: 31 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

Mãe: FRANCISCA FERMINO DA SILVA RG: 160.3451.1861.0009

MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: AGRICULTOR

RESIDÊNCIA: AV. CARLOS JERESATI BAIRRO: ALTO DO CRUZETTO CEP: 63.600.000

CIDADE: SENADOR POMPEU ESTADO: Ceará TELEFONE: 88-99239.5410

PRESENÇA DE TRANSMISSÃO SEX () NÃO ()

Bruno

RAC: X NÚMERO SPC: % PC: BPM FR: BPM T: % PESO: Kg GLS: HGT: Alarg:

CP: Insuficiência de punção pulmonar

USO: Após cirurgia de (Ligamento) (SIC)

DIAGNÓSTICO:

PROSSEGUIMENTO:

Dr. Marcelo Nobre

Médico

CRM: 16149

Ass. do Técnico(a)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Compre original
06/06/19
Almeida

Francisco Gilberto Fermino da Silva

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

61



Instituto Compartilha Saúde
União, trabalho e cidadania em saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 507 Fátima
Senador Pompeu - CE





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2019393537



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 755 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/06/2019 10:34:59**
Data / Hora da Ocorrência: **12/05/2019 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO LAGOA NOVA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA**
Nascimento: **25/02/1988** CPF: **041.418.423-89**
RG: **509926344** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **FRANCISCA FIRMINO DA SILVA**
EDMUNDO RODRIGUES DA SILVA
Endereço: **SITIO FEIJÃO, 120**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NRB3360** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:
9C2JC41109R068810 Renavam: **183552644** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **FRANCISCO GEAN DE SOUZA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma a vítima, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que estava conduzindo a motocicleta acima mencionado assim que saiu do sítio Lagoa Novo, chegando em um certo ponto da estrada a vítima não percebeu que tinha algumas pedras soltas, chegando a bater e perder o controle da motocicleta; Que a vítima não conseguiu se levantar pois estava sentindo diversas dores braço esquerdo, no local estava passando uns populares e viram a vítima no chão e imediatamente ligaram para ambulância, que depois de 10 minutos o socorro chegou levando a vítima para o Hospital; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o senhor Francisco Wellison do Nascimento Silva e o Senhor Francisco Bruno da Nobrega, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

** Francisco Gilberto Firmino da Silva*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2019393537



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 755 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

VANESSA FREIRE DANTAS - MAT.: 30123751

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

** Francisco Roberto Firmino da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

Heider Beserra dos Santos
Delegado de Polícia Civil
Mat.300.820-1-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 041.418.423-89 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO GILBERTO FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: Francisco Gilberto Ferreira da Silva 6 - CPF: 041.418.423-89
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio, Feijão 9 - Número: 120 10 - Complemento: St. Bonfim
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: Snader Pompeu Ceará 13 - Estado: 14 - CEP: 63.600.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (88) 99972-3424

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: 0754 CONTA: 12584

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (vairasor)? ☐ 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

40 - Local e Data, Snader Pompeu - CE, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 041.418.423-89 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO GILBERTO FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: Francisco Gilberto Ferreira da Silva 6 - CPF: 041.418.423-89
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio, Feijão 9 - Número: 120 10 - Complemento: St. Bonfim
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: Snader Pompeu Ceará 13 - Estado: 14 - CEP: 63.600.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (88) 99972-3424

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: 0754 CONTA: 12584

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (vairasor)? ☐ 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

40 - Local e Data, Snader Pompeu - CE, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190485590

Vítima: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

Data do Acidente: 12/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190485590

Vítima: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

Data do Acidente: 12/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

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, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190485590

Vítima: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

Data do Acidente: 12/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **0000012584-0**

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000012584-0

Nr. da Autenticação A4CF8193DB91F79F

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283253/19

Número do Sinistro: 3190485590

Vítima: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

CPF: 041.418.423-89

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO GILBERTO
FIRMINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/10/2019
Nome: EDILENE SOARES ROCHA
CNPJ: 25.409.016/0001-83

EDILENE SOARES ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Gilberto Firmino da Silva brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Sítio Feijão, nº 120, bairro zona rural, Município de Senador Pompeu, Estado de(o) Ceará, Cep: 63.600-000, portador(a) do Rg nº 509926344, SSP/CE e CPF nº 041.418.423-89

Outorgado: Edilene Soares Rocha, brasileira, solteira, autônoma, residente e domiciliado(a) à Av. Francisco Franca Cambraia, 970, bairro Centro, Município de Senador Pompeu, Estado do Ceará, CEP 63.600-000, portador do RG nº 20170636709 SSPDS-CE e CPF nº 650.734.873-20;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Fca. Gilberto Firmino da Silva, ocorrido em 12/05/2019 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo:

Inicializ

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato. E todas e quaisquer informações prestada para procedimento neste processo de DPVAT são de total e exclusiva responsabilidade da vítima, devendo ficar ciente de que informações falsas podem gerar responsabilidade penal para o mesmo. De acordo com o artigo 229 do código penal brasileiro.

1º RCPN

Senador Pompeu - CE, 14 de Agosto de 2019.

Assinatura: Francisco Gilberto Firmino da Silva
Nome do Outorgante: Fca. Gilberto F. da Silva
CPF nº 041.418.423-89



RECONHEÇO FIRMA Francisco Gilberto Firmino da Silva
1º OFÍCIO
O Referido é verdadeiro. Dou Fé.
Senador Pompeu, 14 de Agosto de 2019
Em testemunha da Verdade
Delvania Maria Machado Vieira
Titular Interina
Fca. Lindete de Sousa Santana
2º Substituta

Telefone: 88 149 0275

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283253/19

Vítima: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

CPF: 041.418.423-89

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/05/2019

Titular do CPF: FRANCISCO GILBERTO
FIRMINO DA SILVA

CPF de: Próprio

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

EDILENE SOARES ROCHA : 25.409.016/0001-83

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA : 041.418.423-89

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: 19/08/2019
Nome: EDILENE SOARES ROCHA
CNPJ: 25.409.016/0001-83

EDILENE SOARES ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

25/02/88

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA



Controle de Frequência de Fisioterapia

Nome: Fco. Gilberto

Ferreira

Diagnóstico: Fratura do

Punho E.

Matrícula: Sítio Frei João

160345118610009

Tratamento: Curo + IV + Gesso

Início: 09/08/19

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JANEIRO																															
FEVEREIRO																															
MARÇO																															
ABRIL																															
MAIO																															
JUNHO																															
JULHO																															
AGOSTO																															
SETEMBRO																															
OUTUBRO																															
NOVEMBRO																															
DEZEMBRO																															

Horário:

Quarta e Sexta (manhã)

10 sessões

Fisioterapeuta



ESTADO DO CEARÁ

Prefeitura Municipal de Senador Pompeu

Secretaria de Saúde e Saneamento

Sistema Único de Saúde

Receituário Médico

Nome:

Francisco Gilberto
Firmino, 30 anos
realizou 10 sessões
de fisioterapia
motora p/ recuperação
de ADM do punho
Esquerdo.

06/09/19

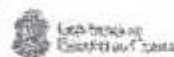
Dr. José Pinheiro B. Medeiros

Fisioterapeuta

CREFIO 162397-F

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

She



Regulador de preços, qualidade, acesso e inovação em saúde
promovendo o uso responsável e racional dos recursos

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

PRONTUÁRIO:

1) DIPIRONA 1g.....

Tomar 01 comprimido, via oral, até de 8/8h se
dor

2) maxulid 400mg _____ 14 co
1 cp de 12/12 horas por 7 dias

Dr. Leandro Régio
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12124 RDE 8132

DATA: 02/10/19

MÉDICO | CREMEC

Pa



Desenvolvido por: [illegible]
[illegible]
[illegible]

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Hospital Regional do Sertão Central
CRM: _____ UF: CEARÁ
ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão
TELEFONE: [] 63.800-0000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA
ENDEREÇO: _____
PRESCRIÇÃO
1) TRAMAL 50mg.....1cx
Tomar 01 comprimido, via oral, de 8/8h se dor forte
2) CEFALEXINA 500MG 28 CP
1CP DE 6/6 HORAS

DATA 02/10/19
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME: _____
IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASS. FARMACÉUTICO _____ DATA _____



Desenvolvido por: [illegible]
[illegible]
[illegible]

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Hospital Regional do Sertão Central
CRM: _____ UF: CEARÁ
ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão
TELEFONE: [] 63.800-0000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA
ENDEREÇO: _____
PRESCRIÇÃO
1) TRAMAL 50mg.....1cx
Tomar 01 comprimido, via oral, de 8/8h se dor forte
2) CEFALEXINA 500MG 28 CP
1CP DE 6/6 HORAS

DATA 02/10/19
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME: _____
IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASS. FARMACÉUTICO _____ DATA _____



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

Idade 31 ano(s) 7 mes(es) e 6 dia(s)

Sexo Masculino

Endereço CARLOS JEREISATI

Num: 00

CEP: 63600-000

UF: CEARÁ

Pront. 15112

ALTO DO CRUZEIRO

Cidade SENADOR POMPEU

Localização

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 06

Internação 29/09/2019

14:00

Alta: * Não Informado *

Leito 422

* Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

PACIENTE SUBMETIDO A RETIRADA DE PLACA EM PUNHO ESQUERDO.
RETORNO EM 14/10 ÀS 13H.

Exames

RADIOGRAFIA

Terapêutica

RETIRADA DE MATERIAL.

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

DIAGNÓSTICOS

Princip

Sim

Código

S525

Descrição

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Condições de

* Não Informado *

Data Programada da

02/10/2019

Observações Complementares

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO, AFEBRIL, FO LIMPA E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, ANTIBIÓTICO.

Responsável

Médico LEANDRO AUGUSTO MENEZES REGO

Data 02/10/2019

CIRURGIA

Cod

0408060379

Tipo

Procedimento
Eletivo

Data

02/10/2019 00:30

Descrição

RETIRADA DE PLACA E/OU
PARAFUSOS

Profissional

IGOR RABELO DE SALES
ANDRADE

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Leandro Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 17174 ROR 112

et1



RECEITUÁRIO MÉDICO	
PACIENTE: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA	PRONTUÁRIO:
SOLICITO RX PUNHO ESQUERDO AP E PERFIL No retorno Dr. Leandro Rego Ortopedia e Traumatologia CREMEC 52124 RQE 3122	
DATA: 02/10/19 / /	MÉDICO CREMEC

je 1

RECLAMAÇÃO

EU, FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA, RG:509926344 E CPF: 041.418.423-89, AGRICULTOR, RESIDENTE NO SÍTIO FEIJÃO, – SENADOR POMPEU - CE. VENHO ATRAVÉS DESTA CARTA FAZER UMA RECLAMAÇÃO JUNTO A SEGURADORA LIDER DOS SEGUROS DPVAT, SOBRE MEU PROCESSO DE SEGURO DPVAT, COM NÚMERO DO SINISTRO 3190485590. PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO ACIDENTE OCORRIDO COMIGO NO DIA 12/05/2019, ONDE SOFRI FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO. REALIZEI TRATAMENTO CIRÚRGICO METAFISE DISTAL DOS OSSOS DA RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO E PUNHO, ENTRE OUTROS, ENFIM TODO TRATAMENTO NECESSÁRIO PARA SOLUCIONAR A LESÃO. MAIS MESMO DEPOIS DE TODO TRATAMENTO FIQUEI COM SEQUELAS. MEU PROCESSO FOI PAGO ABAIXO DO VALOR DA TABELA, SEM PERICIA MEDICA.

DIANTE DISSO, SOLICITO QUE MEU PROCESSO SEJA REAVALIADO, E QUE SE REALIZE UMA PERÍCIA MÉDICA COM PROFISSIONAL DEVIDAMENTE QUALIFICADO. SOLICITO TAL PROCEDIMENTO PARA QUE SE COMPROVE A VERACIDADE DESSAS INFORMAÇÕES E EU POSSA SER DEVIDAMENTE INDENIZADO CONFORME TABELA DO SEGURO DPVAT.

GRATO PELA ATENÇÃO,

NOME: FRANCISCO GILBERTO FIRMINO DA SILVA

SENADOR POMPEU-CE: 11/10/19