
Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3170631143**

Vitima: **ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **30/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ARISON FEITOZA CHAVES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170631143**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA**

Sinistro: **3170631143**

Vítima: **ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **30/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ARISON FEITOZA CHAVES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170631143** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12160601

A/C: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170631143
Vitima: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ARISON FEITOZA CHAVES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 8.100,00

Banco: 001

Agência: 000003960-8

Conta: 0000013910-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.100,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170631143 **Cidade:** Itapiúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FÉMUR DIREITO.
TCE. TC: HEDA FRONTAL DIREITO, EXPLOSÃO TEMPORAL ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: ROMBERG POSITIVO, LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM NEUROCIRURGIA POR HEDA. REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DO FÉMUR. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MID.
DÉFICIT NEUROLÓGICO LEVE DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 022 70014) (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

E obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da Vítima
	796532863-15	Antonio Suvando da Silva de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO - BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo:	CPF Vítima da Conta	Profissão
Antonio Suvando da Silva de Oliveira		Ricurso
Endereço:	Número	Complemento
Fazenda Garrote	510	
Bairro	Cidade	CEP
Zona Rural	Itapiúna	62740.000
Email	Telefone (DDD)	
antonio.suvando@gmail.com	(85) 996.36.99.23	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> PRECISO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (232) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (064)			
AGÊNCIA: Nº:	CONTA: Nº:	AGÊNCIA: Nº:	CONTA: Nº:
(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Inserir os bancos)			
BANCO: Nome: Banco do Brasil NRU: 001			
AGÊNCIA: Nº:	CONTA: Nº:	AGÊNCIA: Nº:	CONTA: Nº:
3960-8	13.910-6		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itapiúna 13 de Novembro de 2017

Assinatura

Antonio Suvando da Silva de Oliveira

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA

ISOB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17/11/2017 - Autoatendimento - 11:08:46
033471361

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITADO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	ANTONIO S. SILVA OLIVEIRA
AGÊNCIA	3960-8
CONTA	13.910-6
VALOR	2,00
NR. ENVELOPE	23216-793-048

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA

**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

Nome do(a) Examinado(a): Antonio Suevando da Silva de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Faz Garrote, S/N
Zona Rural Itapiuna CE CEP: 62740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 283478694
Data local do exame: [14/12/2017] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FX TRANSTROCANTRÉICA DO FÉMUR DIREITO

TCE. TC: HEDA FRONTAL DIREITO, EXPLOSÃO TEMPORAL ESQUERDA

ROMBERG POSITIVO, LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim **() Não**

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim **() Não**

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO TCE, DOR E EDEMA NA COXA. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO, CEFALEIA RESIDUAL, USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA, DISTURBIO DE EQUILÍBRIO

Data da alta: DEZ/2017

REALIZADA NEUROCIRURGIA POR HEDA, REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA DE FX DO FÉMUR. FEZ FISIOTERAPIA(40SS). EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO, CEFALEIA RESIDUAL, USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA, DISTURBIO DE EQUILÍBRIO

Complicações: SEM

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim **() Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO, CEFALEIA RESIDUAL, USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA, DISTURBIO DE EQUILÍBRIO

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

% do dano: **() 10% residual** **(X) 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 15997/2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 14/11/2017 12:24:00

Data / Hora da Ocorrência: 30/07/2017 03:00:00

Endereço da Ocorrência: ESTRADA PREGUICA

Complemento:

Bairro:

Município: ITAPIUNA/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

Nascimento: 16/04/1977 CPF: 796.532.863-15

RG: 2834786-94

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: RAIMUNDA CUSTÓDIO DA SILVA

FRANCISCO PINHEIRO DE OLIVEIRA

Endereço: SITIO ASSENTAMENTO VILA NOVA

Bairro: ZONA RURAL

Município: ITAPIUNA/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone: (85) 99932-6513

Noticiante(s)

Nome: OSCAR VIEIRA DE MENEZES FILHO

Nascimento: 06/07/1985 CPF: 027.572.403-40

CNH: 05387195755

Orgão Emissor: DETRAN

UF: CE

Filiação: MARIA VALDETE COREIA MENEZES

OSCAR VIEIRA DE MENEZES

Endereço: SITIO BARRA SANTO ANTONIO

Bairro: ZONA RURAL

CEP:

Município: ITAPIUNA/CE

País: BRASIL

Telefone: (88) 99657-4325

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSG5639 Uf: CE Município: ITAPIUNA Chassi:

9C2JC4120CR574353 Renavam: 500229597 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Ano:

Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor:

PRETA Proprietário: OSCAR VIEIRA DE MENEZES FILHO Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

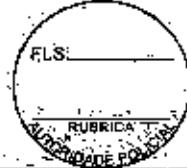
O noticiante informa que conduzia o veículo HONDA/CG 125 FAN ES, de placa OSG5639/CE, chassi 9C2JC4120CR574353, de sua propriedade, com a pessoa de Antonio Suevando da Silva de Oliveira, na garupa, quando ao passar por um quebra molas, o garupeiro, o qual se encontrava alcoolizado e sem capacete, caiu e perdeu a consciência. O noticiante informa que a vítima foi socorrida pela ambulância do Hospital de Itapiuna e conduzida para o mesmo, onde foi transferida para o IJF Centro em Fortaleza, ficando internada até a data de 28/09/2017. O noticiante informa que sofreu apenas escoriações leves pelo corpo.

A vítima confirma todas as informações prestadas pelo noticiante.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CÍVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 15997/2017

VITIMA:

Antônio Suelvando da Silva de Oliveira
ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Suvando da Silva de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2834786-94 e inscrito no CPF/MF sob o nº 196532863-15, residente e domiciliado na Fazenda Gaviole SIN, Zona Rural Cidade Itapiúna Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/79), uma vez que:

- 1) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- 2) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- 3) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em trair submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 8.194/79.

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

Antonio Suvando da Silva de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itapiúna, 13 de Novembro de 2017

Lugar e data:



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Servico de Traumatologia e Ortopedia

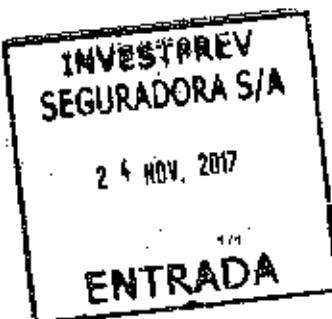


Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	30/07/2017	DATA DA ALTA:	28/09/2017
BE/PRONT:	5520713	CIDADE DE ORIGEM:	ITAPIUNA
IDADE:	40		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - TRANSTROCANTERICA DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1- MARCAR RETORNO PARA AMBULATÓRIO DO DR DANIEL MINÁ EM 15 DIAS 2- NÃO PISAR ATÉ RETORNO 3- ANALGESIA PARA CASA SE NECESSÁRIO 4- MOVIMENTAR QUADRIL, JOELHO E TORNOZELO DIREITOS 5- MARCAR RETORNO PARA AMBULATÓRIO DA NEUROCIRURGIA (DR CARLOS VINÍCIUS) 6- TRAZER ESTE RELATÓRIO EM TODOS OS RETORNOS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	DANIEL MINA		
RESIDENTE DO LEITO:	ERNANE BRUNO		

Ass.:	Retornar dia: <u>28/09/2017</u>	Hora: <u>14:00</u> para Dr. <u>Daniel Mina</u>
Data: <u>28/09/2017</u>	Dispensa do trabalho por: <u>90 dias (máximo)</u>	
<input type="checkbox"/> IMPRIMIR		

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



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: 20/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.100,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03960-8

CONTA: 000000013910-6

Nr. da Autenticação DE0F2BAE373FF840

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Antônio Silveira da Silva de Oliveira,

RG nº 2834186-94 data de expedição 09/06/94 Orgão SSP

CPF nº 796532863-15 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Endereço (Rua/Avenida/Praca)	<u>FZ Garnote</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/ Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Itapuúna</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.740.000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 996369923</u>
E-mail	<u>arisonfuzazahaves@gmail.com</u>

Para ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Itapuúna, 13 de Novembro de 2017

Assinatura do Declarante: Antônio Silveira da Silva de Oliveira



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Antônio Feitosa Chaves, portador(a) do RG nº 1404830, expedido por SSP, em 23/03/2017, CPF/CNPJ nº 798.567.643-00, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antônio Suavando da Silva de Oliveira, do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Antônio Suavando da Silva de Oliveira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Revisor

ANTÔNIO FEITOSA CHAVES
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA

Declaração do Proprietário do Veículo



eu OSCAR VIEIRA MENENES FILHO

RE n° 200404083713 data de expedição 14/05/2004

Órgão SSP portador do CPF n° 027.570.403-40 com
domicílio na cidade de ITAPIUNA no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
BARRA DO SANTO ANTONIO nº 5/N
complemento declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antônio Suvando da Silva de Souza o condutor era:
Oscar Vieira Menezes Filho

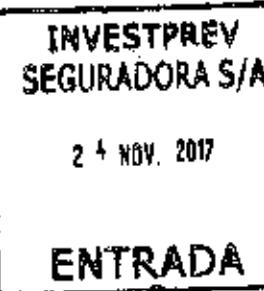
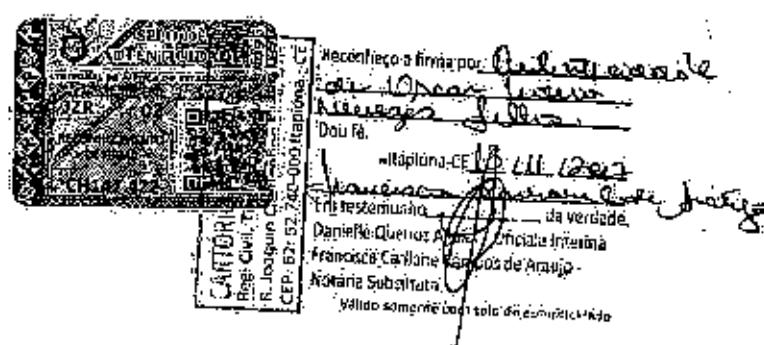
Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG 125 FAN EF
Ano: 2013 2013
Placa: DSG 5679
Chassi: 9G2TC4120ER574353
Data do Acidente: 30/04/2017
Local e Data: Itapiuna, 13/11/2017

Oscar Vieira Menezes Filho

Assinatura do Declarante

Oscar Vieira Menezes Filho

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Rua. Cel. João Viana, 66, Centro - Itapemirim - ES
CEP: 28.740-000 - Fones (38) 2431-1371
CNPJ: 11.628.368/0001-95

Classificação de Bloco

SEGURADORES S/A
INVESTIMENTOS

24 MAY 2017

ENTRADA

Observation Addendum

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 34119

LEITO:

NOME: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

DATA DE INTERNACAO: 30/07/2017

DATA DA ALTA: 28/09/2017

BEP/PRONT: 5520713

CIDADE DE ORIGEM: ITAPIUNA

NASCIMENTO: 16041977

IDADE: 40

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DE FEMUR - TRANSTROCANTERICA DIR (OPERADA)

1- MARCAR RETORNO PARA AMBULATÓRIO DO DR DANIEL MINA
EM 15 DIAS 2- NÃO PISAR ATÉ RETORNO 3- ANALGESIA PARA

CONDUTAS E CUIDADOS POS- CASA SE NECESSÁRIO 4- MOVIMENTAR QUADRIL, JOELHO E

OPERATORIOS: TORNOZELO DIREITOS 5- MARCAR RETORNO PARA

AMBULATÓRIO DA NEUROCIURGIA (DR CARLOS VINÍCIUS) 6-
TRAZER ESTE RELATÓRIO EM TODOS OS RETORNOS

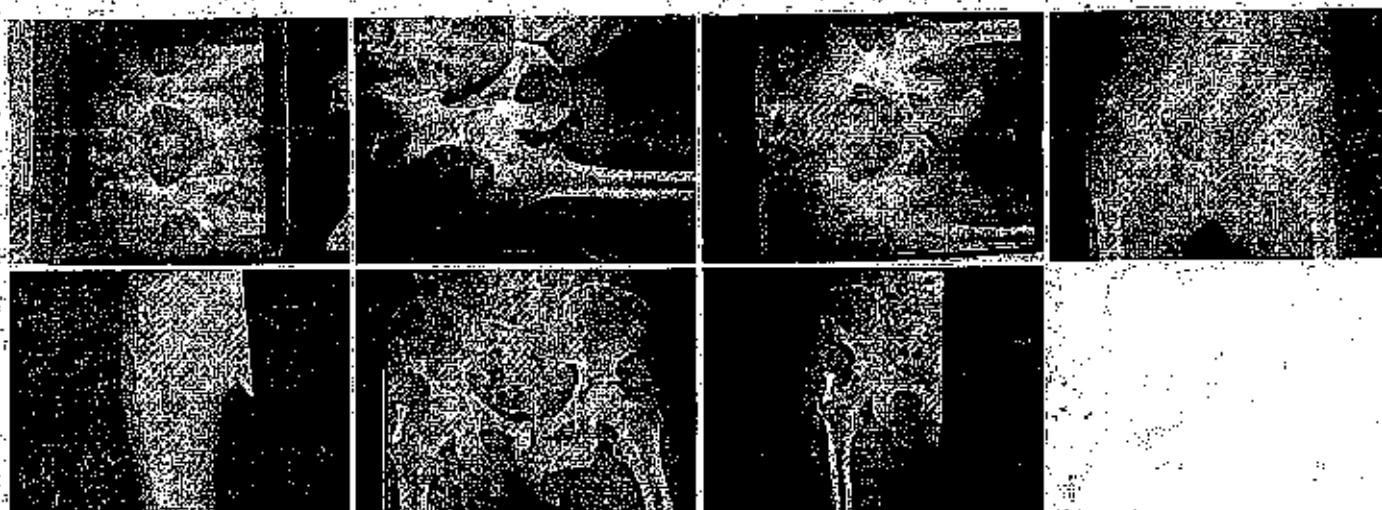
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: DANIEL MINA

RESIDENTE DO LEITO: ERNANE BRUNO



Mápa de Cirurgias:

Piso Int.	Nº	Item	Ladeira	Obração	Résidente	Materiel	Observação	Status da Intervenção
-----------	----	------	---------	---------	-----------	----------	------------	-----------------------

MAPA DO DIA 26/09/2017 - Terça-Feira

+ CX BASICA TO PARA MMII - CX.
PARAFUSOS CANULADOS 3,5 MM + CX.
PARAFUSOS CANULADOS 7,0 MM + KIT
BASICO: CX
OSTEOTOMOS, MARTELLO, CURETAS E
SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO
MACON

60 4 A SEGUIR 1321 DANIEL MINA ERNANE BRUNO

MARCADA

Marcado por:

ERNANE BRUNO OS BM

21-09-2017 20:51:32

Ass.: <i>DR. DANIEL MINA</i>	Retornar dia: <i>25/09</i>	Hora: <i>10:00</i>	para Dr. <i>Daniel Min</i>
Data: <i>21/09/2017</i>			
Imprimir			

HospGestor - Sistema de Gestão de Residências Médicas

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA



Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota

Rua Barão do Rio Branco 1816

Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA / ATESTADO MÉDICO

Nome: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA		
Sexo: M	Internação: 30/07/2017	Alta Neurocirúrgica: 05/08/2017
Diagnóstico: HEMATOMA EPIDURAL AGUDO		
Prontuário: 5520713	GOS-E: 8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEDA

Evolução Clínica:

Paciente, 40 anos, vítima de acidente de moto no dia 29/07/17 com TCE e fratura de fêmur. D. TC de crânio da admissão evidenciou HEDA frontal. D. Realizado procedimento cirúrgico no dia 30/07/17 pelo Dr. Gilnard. Encaminhado para enfermaria da neurocirurgia após alta da SR. Encaminhada para enfermaria da neurocirurgia após alta da SR. Exame de imagem de controle pós-operatório satisfatório. Caso discutido com STAFF (Dr. João Antonio) que orientou alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.

Resultado de Exames:

TC de crânio (30/07/17): HEDA frontal D + explosão temporal E.

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

Hoje:

Paciente encontra-se bem clinicamente. Ao exame físico: GCS 14, pouco desorientado, PIFR, MOE normal, sem déficits motores, FO em bom aspecto, sem sinais flogiscos, sem febre.

Encaminhado para TO.

Orientações:

- Alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.
- Retorno ambulatorial Dr. Carlos Vinícius - terças e quintas.
- Retirar pontos de sutura no dia 11/08/17.
- 30 dias de afastamento de suas atividades laborais.
- Observação domiciliar rigorosa e **RETORNO IMEDIATO** à emergência se INTERCORRÊNCIAS.
- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA - POSTO DE SAÚDE.
- Sugermos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.

Fortaleza, 05 de Agosto de 2017.

Gustavo Pandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270

INVESTPRÉV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA



Prefeitura de

Fortaleza

Secretaria Municipal de Saúde

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA	2 - CNES: 12529149
---	-----------------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA OLIVEIRA	4 - Nº PRONTUÁRIO: 5520713
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DO NASCIMENTO
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:	7 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO

10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO):

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	12 - CÓDIGO MUNICÍPIO:	13 - UF:	14 - CEP:
-------------------------------	------------------------	----------	-----------

PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO

15 - CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL:	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE	17 - QUANTIDADE: 01
-----------------------------------	--	------------------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIOS SOLICITADOS

18 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	20 - QUANTIDADE:
------------------------------------	---------------------------------------	------------------

21 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	23 - QUANTIDADE:
------------------------------------	---------------------------------------	------------------

24 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	26 - QUANTIDADE:
------------------------------------	---------------------------------------	------------------

27 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	29 - QUANTIDADE:
------------------------------------	---------------------------------------	------------------

30 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:	32 - QUANTIDADE:
------------------------------------	---------------------------------------	------------------

JUSTIFICATIVO(S) PROCEDIMENTOS SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: TCE	34 - CID 10 PRINCIPAL: S-06.9	35 - CID 10 SECUNDÁRIO:	36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---------------------------------------	----------------------------------	-------------------------	--------------------------------

37 - OBSERVAÇÕES:

CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: GUSTAVO BANDEIRA SANTOS	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/08/2017	42 - ASSINATURA / CARIMBO COM N° DO CRM: Gustavo Bandeira Santos Residente Neurocirurgia - INF CREMEC 10270
---	---	--

40 - DOCUMENTO: (CNS) (CPF)	41 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE: 012.037.881-77
--------------------------------	--

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	44 - CÓDIGO DO ÓRGÃO EMISOR:	49 - N° AUTORIZAÇÃO (APAC):
--	------------------------------	-----------------------------

45 - DOCUMENTO: (CNS) (CPF)	46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE:
--------------------------------	--

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	48 - ASSINATURA / CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):	50 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC:
---------------------------	--	-----------------------------------

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

24 NOV. 2017

ENTRADA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Fazenda - Fazenda

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição

796532863-16

Data do Nascimento

16/04/77



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROTÓTIPO ELEMENTAR DE IDENTIFICAÇÃO
BIMÉTRICO

ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

16/04/1977

104-9-3679-0001

TARJETA ÚNICA

104-9-3679-0001

VALIDO SOMENTE COM HUMED. ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

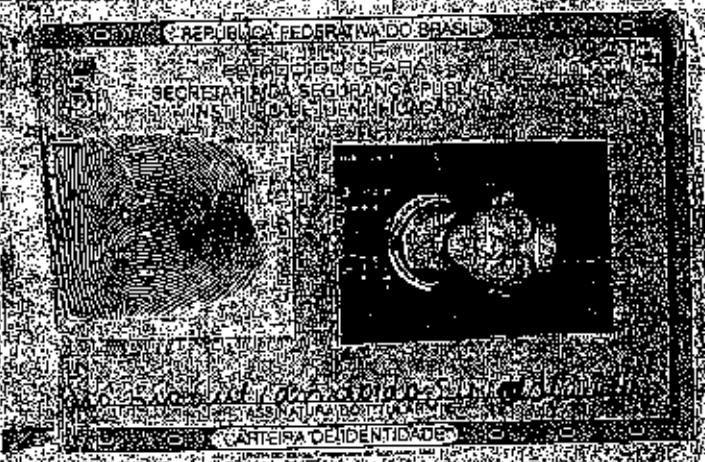
Antônio Suvando da Silva de Oliveira

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA



MINISTÉRIO DA FAZENDA	
SECRETARIA DA FAZENDA	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome	ANTÔNIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA
Nº de Identidade	796532863-15
Data de Nascimento	16/04/71

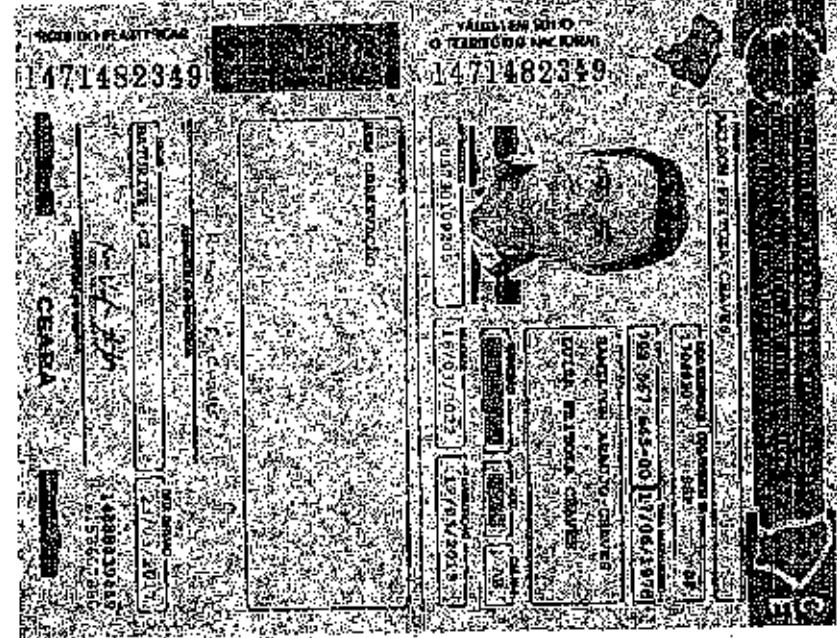
Este documento é o comprovante definitivo do CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedado o seu uso por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

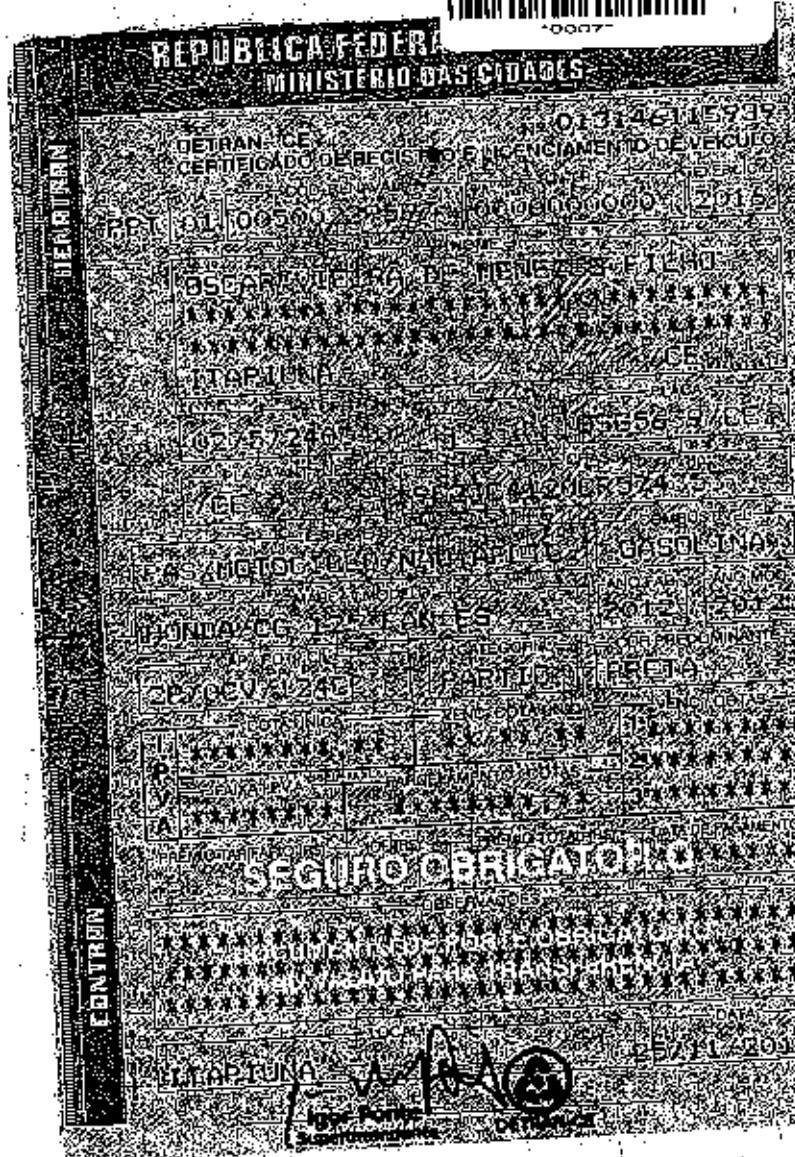
Assinatura: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA
ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 23/11/96







SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE N° 01314-11-5939 BILHETE DE SEGURO DYPAT

**ESTE É O SEU RILHETE DO SEGURO DE VAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, FALE NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.
www.seguradorairibeirao.com.br**

www.sequadraider.com

AC-PPVAT-000000211204

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers.

DATA ENCL. 2010 EX-3

01-102757-1103401 20565619
FIREWALL MARCH 1986
100-2589 HONDA 175 FAN 69

PREMIO TABACARIO

A standard linear barcode is positioned horizontally across the bottom of the page.

SEGURADORA LIDER - D-VAL
CHAMADA 0800-00000000

MOTOROLA MOTOROLA



PROCURAÇÃO

OUTORANTE: Antônio Suvando do Silva de Oliveira, brasileiro, residente e domiciliado(a) à Rua Fazenda Garrote, s/n, Zona Rural, Cidade de Itapuã, Estado: Ceará, CEP: 62.440.000, telefone (85) 996369923

Procuração

10025

OUTORADO: Orison Felizaga Chaves, CNPJ/CPF: 798.567.643-00, sob o n.º Rua Coronel João Viana, com endereço profissional à Itapuã, no cidade de Ceará.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto à Seguradora Lider, Seguradoras conveniadas a Lider DPVAT e a Suspe.

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

Reconheço a firma por: Cleide Góes
e Antônio Suvando do Silva de Oliveira
Data: 13/11/2017
Assinado perante este Juiz
Em testemunha: Francisco Laranjeira
Danielle Queiroz
Francisco Laranjeira, que vos destruiu.
Notário: Francisco Laranjeira
Município: Itapuã, 13 de Novembro de 2017.

Antônio Suvando do Silva de Oliveira
OUTORGANTE

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA