

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

Carta nº 12039737



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.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, 28 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12160601

A/C: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170631143
Vítima: 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.seguradoralider.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 FÊMUR 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 FÊMUR. 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

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 (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 reservas para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

796532863-15

Nome completo da vítima

Antonio Suvando da Silva de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO - BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Antonio Suvando da Silva de Oliveira

CPF titular da conta

S/N

Profissão

Recebeu

E-mail

Fazenda Garrote

Número

S/N

Complemento

Bairro

Zona Rural

Cidade

Itapiruna

Estado

CE

CEP

62.740.000

E-mail

arisonfeitozachaves@gmail.com

Telefone (DDD)

(85) 996.36.9923

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECEBENDO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUQUANÇA (Fonte para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (232)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (forne os bancos)

AGÊNCIA

001

001

CONTA

001

001

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

3960-8

001

CONTA

13.910

001

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Itapiruna 13 de Novembro de 2017

(Assinatura)

Antonio Suvando da Silva de Oliveira

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/11/2017 - Atendimento 11:05:46
033471361 01:15

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO ANTONIO S SILVA OLIVEIRA
AGENCIA 3960-8
CONTA 135910-6
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 Vitimas 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 TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO**
TCE. TC: HEDA FRONTAL DIREITO, EXPLOÇÃO 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?
(☒) 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?
(☒) 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, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO, CEFALIA RESIDUAL, USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO**
Data da alta: DEZ/2017
REALIZADA NEUROCIRURGIA POR HEDA. REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA DE FX DO FÊMUR. FEZ FISIOTERAPIA(40SS). EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO, CEFALIA RESIDUAL, USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO
Complicações: SEM
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) 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, CEFALIA RESIDUAL, USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA, DISTÚRBIO 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO INFERIOR - Direito | LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual (<input checked="" type="checkbox"/>) 25% leve |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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 Nº 413 - 1599 / 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 PREGUIÇA**
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** UF:
RG: **2834786-94** Órgão Emissor:
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** UF: **CE**
CNH: **05387195755** Órgão Emissor: **DETRAN**
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.



BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 413 - 1599 / 2017

VÍTIMA:

Antonio Suevo da Silva de Oliveira
ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Claudio Gall
CLAUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

Anna Cristhina Marcatti Leoncio
ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411



Eu, Antonio Suvarato da Silva de Oliveira portador da carteira de
 identidade nº 2834786-94 e inscrito no CPF/PAF sob o nº 796532863-15,
 residente e domiciliado na Fazenda Garufo, S/N, Zona Rural
 Cidade Itapirina Estado Pernambuco, 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 8.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
 prova do Seguro DPVAT; ou

☐ 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 me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
 correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº
 8.194/74.

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

Antonio Suvarato da Silva de Oliveira

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

Itapirina, 13 de Novembro de 2017

Local e data



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Tr.



topedia

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 FÊMUR - TRANSTROCANTERICA DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1- MARCAR RETORNO PARA AMBULATÓRIO DO DR DANIEL MINA EM 15 DIAS 2- NÃO PISAR ATÉ RETORNO 3- ANALGESIA PARA CASA SE NECESSARIO 4- MOVIMENTAR QUADRIL, JOELHO E TORNZELO 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: 30/09/2017 Hora: para Dr. Daniel Mina
Data: 28/09/17	Dispensa do trabalho por: 90 dias (noventa dias)
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

Eu, Antonio Suwando da Silva de Oliveira,RG nº 2834786-94 data de expedição 09/06/94 Órgão 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>FZ Garrote</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto./ Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Itapiúna</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.740.000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 996.36.99.23</u>
E-mail	<u>arisonfeitozaachaves@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Itapiúna, 13 de Novembro de 2017Assinatura do Declarante: Antonio Suwando da Silva de Oliveira

34232-0

Número de identificação do cliente

Número de identificação do cliente

A Tarifa Social de Energia Elétrica
Lei nº 10.138
de 28 de abril de 2002Companhia Energética de São Paulo
Rua Pedro Vitorino, 150
CEP: 05038-040 | Fone: 0800-069000
CNPJ: 07.041.281/0001-70 | CGF: 05.105.648-3

enel

Nome: MARIA PEDRINA DE OLIVEIRA RELIX
End. Postal: FZ GARROTE 00000
ITAPIUNA - 02740000

Medidor: 11009204 Poste: 0000-0000
Classe: 01-RESIDENCIAL-MONOFASICO-BAIXA RENDA
RG/CPF/CNPJ: 547023053-87 CGF: 05.105.648-3

Nome do Responsável

DATA DE EMISSÃO: 10/11/2017
DATA DE VENCIMENTO: 11/12/2017
Mês: NOV/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
DIO: 11/12/2017
DMC: 11/12/2017

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Consumo (kWh): 1.00
Valor (R\$): 0.00

DESCRIÇÃO
VR - CONSUMO DO MÊS RESIDENCIAL NORMAL 46.37
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA -22.46
MULTA MORATORIA REF 10/2017 0.48
CORREÇÃO MONETÁRIA DO MÊS 0.14
JUROS DO MÊS 0.48
PIS-COFINS COMPLEMENTAR - TARIFA - BAIXA RENDA 0.79
ADICIONAL - BANDEIRA VERMELHA - MÊS (R\$ 1.89)

COMPENSAÇÃO DO VALOR DE CONSUMO
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compensação por emissão de CO₂ (kg/kWh): 0.00

CONTAS EM ATRASO
Total: 47.90

Conta desta fatura: R\$ 1,64 referente a PIS e COFINS Alíquotas: 15,00% e 7,50%
Total a pagar: R\$ 1,64

Nº do Cliente: 2554232-0 Referência: Nov/2017
Data de Emissão: 10/11/2017 Total a Pagar (R\$): 25,80
Nº da Nota Fiscal: 500196065 Nº do Controle: 0002554232-00182-39212-28

83820000000-2 25800031000-4 00025542320-9 01823000000-0

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA

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 ARISON FEITOZA 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) Antonio

Suivando da Silva de Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

da vítima Antonio Suivando da Silva de Oliveira e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

ARISON FEITOZA CHAVES
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu OSCAR VIEIRA MENEZES FILHO



RG nº 2004014083713 data de expedição 14/05/2004

Orgão SSP portador do C.R.E. nº 027.572.403.40 com domicílio na cidade de ITAPIUNA no Estado de

CEARA onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

BARRA DO SANTO ANTONIO nº 511

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 Antonio Suvando da Silva o condutor era

Oscar Vieira Menezes Filho

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 125 FAN ER

Ano: 2012 2012

Placa: 05G 5679

Chassi: 9C27C4120CR574353

Data do Acidente: 30/07/2017

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)



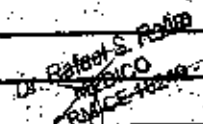
CARTÓRIO
Reg. Civil e Crim.
R. Joaquim
CEP: 62.740-000 Itapiuna - CE

Reconheço a firma por Oscar Vieira Menezes Filho
Do(a) Filho
em Itapiuna - CE, em 13/11/2017
Fiz este testemunho _____ da verdade.
Daniel R. Queiroz Almeida Oficial Interina
Francisco Calvo Ramos de Araújo
Notário Substituto
Válido somente para este documento

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA



No. HOSPGESTOR: 34119

LEITO:

NOME: ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

DATA DE INTERNAÇÃO: 30/07/2017

DATA DA ALTA: 28/09/2017

BÉ/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 PÓS- CASA SE NECESSÁRIO 4- MOVIMENTAR QUADRIL, JOELHO E
 OPERATORIOS: TORNOZELO DIREITOS 5- MARCAR RETORNO PARA
 AMBULATÓRIO DA NEUROCIRURGIA (DR CARLOS VINÍCIUS) 6-
 TRAZER ESTE RELATÓRIO EM TODOS OS RETORNOS

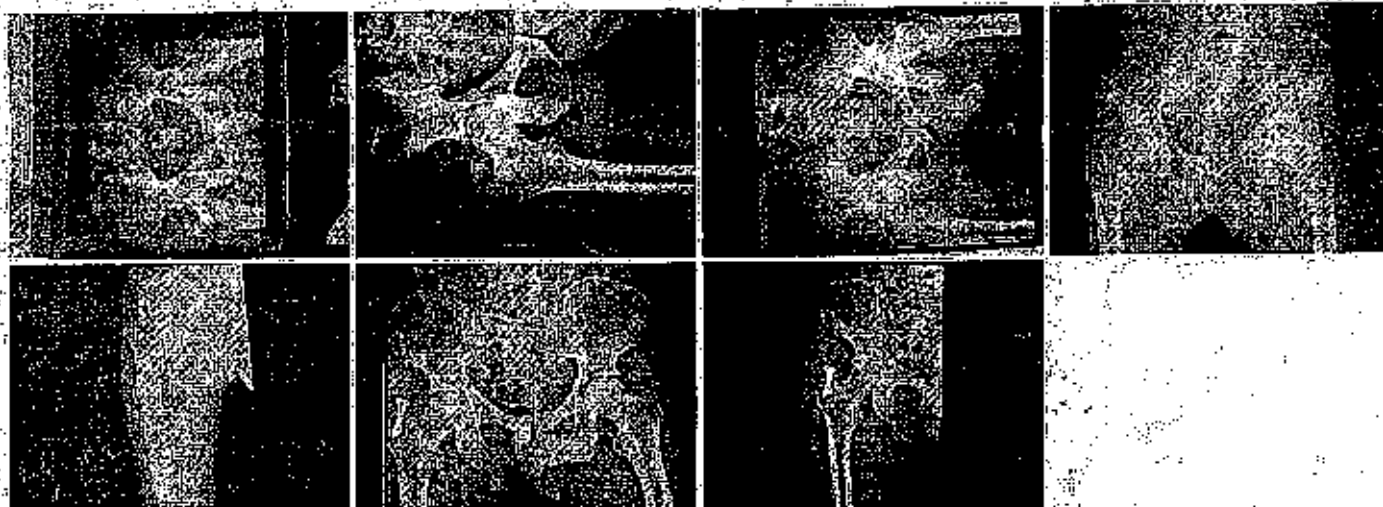
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: DANIEL MINA

RESIDENTE DO LEITO: ERNANE BRUNO



Mapa de Cirurgias

Diagnóstico	Item	Leito	Cirurgião	Residente	Materiais	Observação
-------------	------	-------	-----------	-----------	-----------	------------

Status da
marcação**MAPA DO DIA 26/09/2017 - Terça-Feira**

60	4	A SEGUIR	1321	DANIEL MINA	ERNANE BRUNO	+ CX BASICA TO PARA MMII + CX PARAFUSOS CANULADOS 3.5 MM + CX PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM + KIT BASICO CX OSTEOTOMOS MARTELO CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON
----	---	-------------	------	-------------	-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MARCADA

 Marcado por:
 ERNANE BRUNO OS
 21-09-2017 20:51:32

FRATURA DE FEMUR - DIACANTER MAIOR BE 5520713

Ass.: *[Assinatura]*

Data: 28/09/2017

Imprimir

Retornar dia: 15/10/2017 Hora: para Dr. Daniel Mina

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, RIFR: MOE normal, sem déficits motores, FO em bom aspecto, sem sinais flogísticos, 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.**
- Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.

Fortaleza, 05 de Agosto de 2017.


Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC-18270

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

ENTRADA



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:
2529149

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE:
ANTÔNIO SUEVANDO DA SILVA OLIVEIRA

4 - Nº PRONTUÁRIO:
5520713

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DO NASCIMENTO

7 - SEXO

(X) MASCULINO () FEMININO

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

9 - TELEFONE DE CONTATO:

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

12 - CÓDIGO MUNICÍPIO:

13 - UF:
CE

14 - CEP:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO

15 - COD. 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 SOLICITADOS(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 Nº DO CRM:
Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - UF
CREMEC 10270

40 - DOCUMENTO:
() CNES (X) CPF

41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE:
012.037.881-77

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓDIGO DO ÓRGÃO EMISSOR:

49 - Nº AUTORIZAÇÃO (APAC):

45 - DOCUMENTO:
() CNES () CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO SOLICITANTE:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

48 - ASSINATURA / CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

24 NOV. 2017

ENTRADA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

Nº de inscrição
798532863-16

Data de Nascimento
16/04/77



Este documento é o comprovante do registro no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido por protocolo, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Antonio Suevando da Silva de Oliveira

Assinatura em Silva de Oliveira

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 21/11/96



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

ANTONIO SUEVANDO DA SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 798532863-16
Data de Nascimento: 16/04/1977
Número do Título: 0429367-0000

TARJETA DE VOTO

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

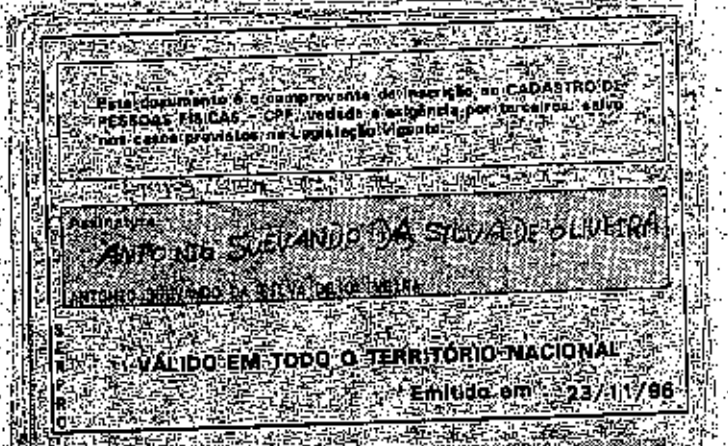
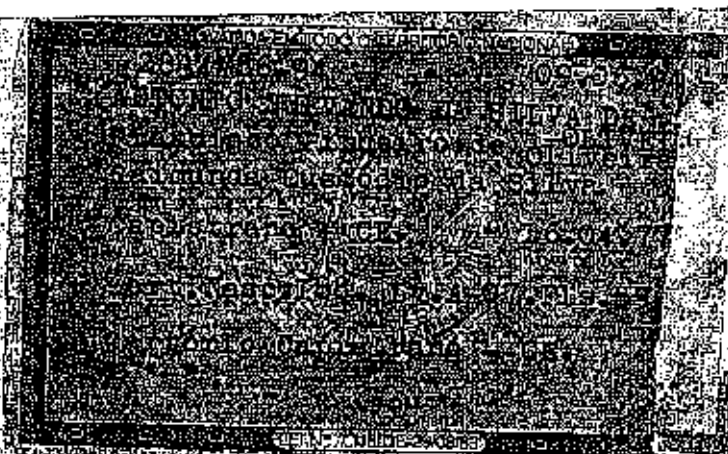
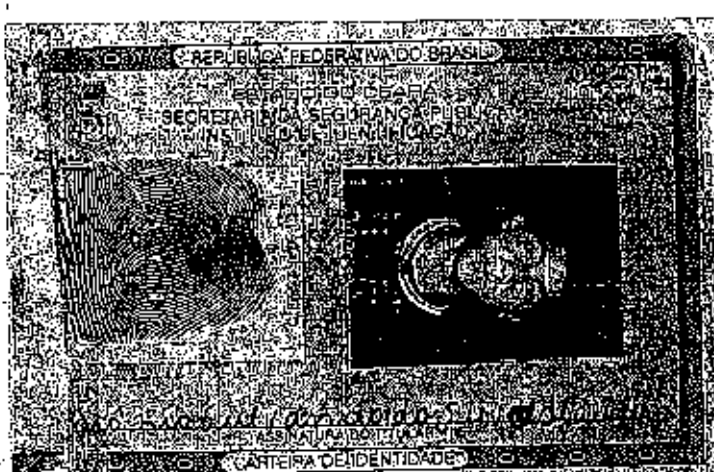
Assinatura
Antonio Suevando da Silva de Oliveira

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

24 NOV. 2017

ENTRADA





REPÚBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CEV
CERTIFICADO DE REGISTRO E FINANCIAMENTO DE VEÍCULO

RPT 01 00500 257 1000000000 2016

OSCAR VIEIRA DE MENEZES FILHO
CPF 02.572.405-10
RUA ...
Cidade ...

02.572.405-10

02.572.405-10

PASADOTOCALM NALAPUYS GASOLINA

HONDA CG 125 PANES 2012

CEV 0000000000

0000000000

0000000000

SEGURO OBRIGATORIO

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA OBRIGATORIO DE SEGURO DPVAT

CE Nº 013102115935 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

01 0275740540 2016 257 1000000000

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

0050022509 HONDA CG 125 PANES

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
24 NOV 2017
ENTRADA

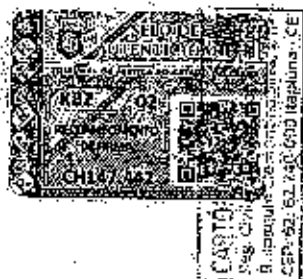
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Antonio Suruando da Silva de Oliveira brasileiro,
estado civil Casado profissão Agricultor CI RG.
2834786-94 CPF/ME nº 79653286315 residente e domiciliado(a)
à Rua Fazenda Garrote, s/n, Zona Rural Cidade de
Itapiruna Estado Pernambuco CEP:
62.740.000 telefone (85)996369923



OUTORGADO: Arison Fetoza Chaves
CNPJ/CPF 798.567.643-00
sob o n.º _____ com endereço profissional à
Rua Coronel João Viana na cidade de
Itapiruna Estado do Pernambuco

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 a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Reconheço a firma por Certificado
de Antonio Suruando da Silva de Oliveira
Que é:
Arison Fetoza Chaves
em testemunho em _____ de _____
Danilo Chaves de Aguiar, OAB/PB nº _____
Francisco Carlos de Aguiar, OAB/PB nº _____
Notário Substituto

Itapiruna, 17 de novembro de 2017

Antonio Suruando da Silva de Oliveira
OUTORGANTE

