



## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRT.21.00301345-7** em **03/02/2021 10:35:34**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Crato  
**Processo** : 0053027-36.2020.8.06.0071  
**Protocolo** : WCRT.21.00301345-7  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Acidente de Trânsito  
**Data/Hora** : 03/02/2021 10:35:34

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>> [Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

**Petição\*** : 2781805\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
**Documentação** : 2781805\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-23.pdf  
**Documentação** : 2781805\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 24-26.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016\_LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf  
**Documentação** : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-4.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : [Realizar download dos documentos da petição](#)  
**Recibo** : [Realizar download do recibo](#)

---

**Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200117882**

**Vítima: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA**

**Data do Acidente: 27/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA**

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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117882

Vítima: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

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 HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000094-9

Conta: 0000052865-X

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 222.410.513-49 3 - CPF da vítima: 222.410.513-49 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO HELTON DE OLIVEIRA FRANCA

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 HELTON DE OLIVEIRA FRANCA 6 - CPF: 222.410.513-49  
7 - Profissão: PROFESSOR 8 - Endereço: RUA GONÇALVES PINTO CES 9 - Número: 22 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Parque Embrunho 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63100-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 88996174242

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:  
☐ RECURSO 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:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL  
AGÊNCIA: 94 9 CONTA: 52 865 X  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: CÍRCIA APARECIDA FELIX

CPF: 139.142.698-39

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: ALAN CAMILO RODRIGUES

CPF: 014.150.173-10

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO 14 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Impresso nº 2020102484

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 904 / 2020****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPÔSA - TRANSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **04/02/2020 10:24:05**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/11/2019 23:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV PADRE CÍCERO, SÃO MIGUEL - CRATO/CE**  
Ponto de Referência: **SEMÁFORO DO POSTO MTD**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA**  
Nascimento: **04/03/1961** CPF: **222.410.513-49**  
RG: **1328557** Orgão Emissor: **SSPCE** UF: \_\_\_\_\_  
Filiação: **MARIA HELENA DE FRANCA**  
**JOSE HELDER FRANCA**  
Endereço: **RUA EXPEDITO PINHEIRO TEL, 22**  
Bairro: **GRANGEIRO**  
Município: **CRATO/CE** CEP: **63.100-000**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9692-2237**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMV8191** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:  
**9C2KC2210GR023871** Renavam: **1076493480** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN EX** Ano  
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **BRANCA** Proprietário: **TICIANA FERREIRA CANDIDO FRANCA**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

O declarante estava vindo de Juazeiro do Norte para o Crato, pilotando a motocicleta de sua esposa e no semáforo que fica entre o posto MTD e a farmácia Gentil, um carro avançou a preferencial colidiu frontalmente com a motocicleta que o declarante pilotava. O declarante não conseguiu anotar a placa do carro. O declarante foi socorrido por Manoel Gomes Fontenele (servidor do Fórum do Crato), que passava pelo local e foi testemunha ocular do acidente. Não sabe qual era o carro do acidente, pois o motorista parou e logo em seguida saiu de lá. O declarante foi levado para o Hospital São Raimundo, aqui no Crato, onde foi submetido a uma cirurgia no dia 05/12/2019, por conta de ter fraturado o punho esquerdo.////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSE ARTUR BORGES DE ALBUQUERQUE - MAT.: 138810-1-4****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****MANUEL INÁCIO TORRES NETO - MAT.: 198811-1-3**



# 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: 222.410.513-49 3 - CPF da vítima: 222.410.513-49 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO HELTON DE OLIVEIRA FRANCA

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 HELTON DE OLIVEIRA FRANCA 6 - CPF: 222.410.513-49  
7 - Profissão: PROFESSOR 8 - Endereço: RUA GONÇALVES PINTO CES 9 - Número: 22 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Parque Embrunado 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63100-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 88996174242

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: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL  
AGÊNCIA: 94 9 CONTA: 52 865 (X)  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: CÍRCIA APARECIDA FELIX

CPF: 139.142.698-39

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: ALAN CARLOS RODRIGUES

CPF: 014.150.173-10

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO 14 DE MARÇO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# 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: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00094-9

CONTA: 000000052865-X

---

Nr. da Autenticação 781F1DFA440062B2

**FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA**  
RUA EXPEDITO PINHEIRO TEL, 22, 0  
63100000, CRANGEIRO CRATO-CE  
ROTA: 0-11-5620

MES/ANO: 01/2020  
NR. GUIA  
20016450  
CATEGORIA/QTDE

PROJETO: 6450-1 CVD. LEITURISTAS: 3

1-RES;

DESCRIÇÃO	VALOR
Tarifa de Água	67,94
CORREÇÃO MONETÁRIA OUT/19	9,48
MULTA REF. OUT/19	2,66
MORA REF. OUT/19	5,35
PIS	1,12
CONFINS	5,16

DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	LEVANTAMENTO	VALOR A PAGAR
17/12/2019	18/01/2020	10/02/2020	R\$ 85,43
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO EM	CONSUMO PAGANDO
208 m3	230 m3	22 m3	22 m3
NR. DO HIGROMETRO	DIÂMETRO	DIÂMETRO	DATA DE INSTALAÇÃO
A18F032874	0 m3		19/07/2019

DADOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES				REMARKS
MESES	CONSUMO	TARIFA	REMARKS	
Dez/2019	30	30	1,00	DE MAIO DE 2018, FICA AUTORIZADO REAL
Nov/2019	38	30	1,27	ISTE NAS TARIFAS, A PARTIR DE 01 DE J
Out/2019	36	30	1,20	ANEIRO DE 2020 DE ACORDO COM IPCA/IBG
Set/2019	35	30	1,17	E.
Ago/2019	27	30	0,90	MESES EM DÉBITO: NOV/19-DEZ/19 - CASO
Jul/2017	33	30	1,10	O DÉBITO TENHA SIDO QUITADO, DESCONSI

ANÁLISE DE ÁGUA		VERIFICAÇÃO DE ÁGUA	
PARAMETRO	UNIDADE	VALOR	VALOR
CLORO	MG/L	0.20 a 2.00	6.23
COLIFORMES T	NMP/100 L	0.00 a 5.00	3
ESCHERICHIA	NMP/100 L	0.00 a 0.00	3
FLUOR	MG/L	0.00 a 1.50	0
PH	PH	6.00 a 9.50	6.00
TURBIDEZ	NTU	0.00 a 5.00	0



# vivo

Nº da Conta: 0333314438  
Mês de referência: 10/2019  
Período: 02/09/2019 a 01/10/2019  
Data de emissão: 04/10/2019

Email - Everardo S. L. - Outlook

EVERARDO DE SOUSA LETTE  
R MAURICIO ALMEIDA, 26  
ZACARIAS GONCALVES  
63110-130 CRATO - CE

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)

Fale conosco: Central de Relacionamento  
\*8485 ou [www.vivo.com.br/faleconosco](http://www.vivo.com.br/faleconosco)  
Telefone Brasil S.A.  
Av. Senador Virgílio Tavora, 1001  
CEP 60170-250 - Fortaleza CE  
IE: 06.968477-9  
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-42  
CNPJ Filial: 02.558.157/0011-34

Seus Números Vivo  
88-98148-1362

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

O que está sendo cobrado

Serviços Contratados  
VIVO CONTROLE\_ZCB  
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL I

Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso	Utilizado	Valor Total R\$
1	1	38,99 0,00	-	-	38,99
					38,99

38,99

Vencimento  
17/10/2019

Total a Pagar - R\$  
38,99

Aproveite os benefícios do Vivo  
Valoriza no App Meu Vivo.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 EVERARDO DE SOUSA LEITE

inscrito (a) no CPF/CNPJ 346.395.783,34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO HELTON DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 222.410.513,49

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO HELTON DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 222.410.513,49, 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: <u>RUA MAURICIO ALMEIDA</u>	Número: <u>26</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ZACARIAS GONCALVES</u>	Cidade: <u>CRATO</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>63110130</u>	Tel.(DDD): <u>88996174242</u>

Local e Data: CRATO 14 DE MARÇO DE 2020

Everardo de Sousa Leite  
Assinatura do Declarante

DATA ATEND 28/11/2019  
PACIENTE FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA  
DATA NASC 04/03/1961 IDADE 58 Nº ATEND 593961  
RG 1328557 CPF 222.410.513-49 SEXO MASCULINO  
MÃE MARIA HELENA DE FRANCA  
ENDEREÇO RUA EXPEDITO PINHEIRO TELES 22 CASA  
CIDADE CRATO UF CE BAIRRO PARQUE GRANGEIRO  
TELEFONE 1 88999707179 CEP 63132070  
PLANO DE SAÚDE BPA SUS TELEFONE 2 MATRICULA 706507378268894 MEDICO JEAN MITCHELSON LUCENA MO  
TIPO DE ATEND CONSULTA  
PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA MENOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 28/11/2019 00:21  
Classificador..... JUSSIANE DE SOUZA RODRIGUES  
Porta de Entrada..... 000008-RECEPCAO URGENCIA  
GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE  
QUEIXA: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO.  
ORIGEM: CASA  
TIPO DE CHEGADA: PA  
ENCAMINHAMENTO: CONSULTORIO  
GLASGOW: 15  
DOR: MODERADA  
OXIMETRIA DE PULSO: HOJE

Término da Classificação:<B046XXXX> 00:17  
Coren: 277044

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

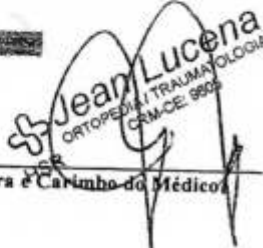
QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO E COM DOR, EDEMA E DEFORMIDADE  
RX: FRATURA RADIO DISTAL E  
CD:  
INTERNAMENTO CLINICO  
TALA AXILOPALMAR E

EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDIÇÃO

  
Jean Lucena  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-CE 9805  
Assinatura e Carimbo do Médico

  
Ass. Paciente / Responsável  
HOSPITAL SÃO RAIMUNDO  
FUNDACÃO LEONARDO REZERRA  
AUTENTICADOR: COPIA ORIGINAL  
Assinatura do Funcionário  
Edna  
Data 27/12/19

FICHA DE INTERNAÇÃO

Controla/Arquivo

Comp.: /

Apres.: /

Prontuário 98836  
Internação 595396

Impresso 05/12/2019 03:54

**DADOS DO PACIENTE**  
Paciente FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA Nasc 04/03/1961 Idade 58 Sexo  
Matrícula 706507378268894 Responsável FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA  
Endereço RUA EXPEDITO PINHEIRO TELES 22 Bairro PARQUE GRANGE Cep 63110-100  
Cidade CRATO Telefone 889928095429997138474  
Mãe MARIA HELENA DE FRANCA Pai JOSE HELDER FRANCA  
CPF 222.410.513-49 RG 1328557  
Natural CRATO Raça PARDO  
Profissão CASADO

**DADOS DE ATENDIMENTO**  
Médico JOSE LEITE LANDIM NETO Data/Hora 05/12/2019 03:51  
Clínica INTERN. CIRURGICA Convênio SUS INTERNADOS  
Setor POSTO MASCULINO Caráter ELETIVA  
Acomodação AM03 Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA  
Leito AM3.09 Atendente GILVAN

RESUMO DE TRATAMENTO

Tratado em Pronto Socorro

**ANTECEDENTES PESSOAIS**  
HAS ( ) DM ( ) AVC ( ) ALERGIA A DROGAS ( )

**EXAME FÍSICO** - PA = 102/70 FC = 72 RR = 18 SINAIS VITAIS  
ACV - FR = 18 TA = 18

AR - Edna  
ABDOMEN - Data 22/12/19

NEUROLÓGICO -  
ECG - AO = RV = RM =

PUPLOS -

**CONDUTA** - TTR em 12h

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO** - Lesão de membro superior direito

RESERVADO A RECEPÇÃO N° DO UNISUS 13150023635

ASSINATURA Gilvan 05-12-19

CONDICÕES DE ALTA curada

ALTA EM 06/12/19

Paciente/Responsável

Médico(a): 11611 JOSE LEITE LANDIM NETO



# PRESCRICÃO E LTRÔNICA DO PACIENTE (M) ICA) HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Prescrição: 151203  
I / #pi

Paciente: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA  
Data Solic: 05/12/2019 14:25:17  
Data Pr Ini: 05/12/2019 16H  
Data Atend: 05/12/2019 03:51:00

Sexo: MASCULINO  
Convenção: SUS INTERNADOS  
Data Pr Enc: 06/12/2019 16H  
Atendimento: 595396(1)  
Dt Nasc: 04/03/1961 58A 9M 1D  
Prescrição: 151203  
Leito: AM3.09

Dieta	Item	Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtd Total	Centro de Custo
001	01		DIETA LIVRE				1	

Medicações	Item	Código	Descrição	Nome de Segurança	Opção Comercial	Dose	Via	Frequência
002	01	00010102	SORO FISIOLÓGICO 500ML. INJETÁVEL DE 12/12 HS -		SORO FISIOLÓGICO	2	FRS	EV
003	01	00010065	DIPIRONA SODICA: 500MG/ML. AMPOLA 2ML DE 06/06 HS -		DIPIRONA SODICA	4	AMP	EV
004	01	00010109	TEMONICAM: 20MG FRASCO-PO DE 12/12 HS -		TEMONICAM	2	FRP	EV
005	01	00010055	(C) TRAMADOL, CLORIDRATO DE: 50MG/ML. AMPOLA 2ML. INJE 08/08 HS EM 100 DE SE -		CLORIDRATO DE TRAMADOL	3	AMP	EV
006	01	00010147	# HEPARINA: 5000UI/ML. AMPOLA 0,25ML # DE 06/06HS -		HEPARIN	1	AMP	SC
007	01	00010028	(A) CEFALOTINA SODICA: FRASCO-PO 1GR PO DE 06/06HS -		CEFALOTINA SODICA	4	FRP	EV

Cuidados	Item	Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtd Total	Saída	Horários
008	01		CCGG						

Ass. Prestador: JOSE LEITE LANDIM NETO (CRM 11611)  
Impresso em 05/12/2019 14:25:29 pelo Usuário LANDIM

Dr José L. Landim Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11611 / SPOT 13.264

06/12/19-

Atto Hospital

falso  
com 1017431

Dr. Breno A. Macedo Cruz  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 11611 / SPOT 13.264



[illegible]

BOLETIM DE CIRURGIA

BOLETIM DE CIRURGIA

Preencher todos os campos após  
a cirurgia verso e anverso

NOME DO PACIENTE

DIAGNÓSTICO

OPERAÇÃO

61 MATERIAL DE SALA

TIPO Q V.U V.T

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO Q V.U V.T

N. DA A-IH

CIRURGIA

ANESTESIA

Reg.

CÓDIGO C.I.D.

CONVERSÃO CATEGORIA DETALHES

CÓDIGO S.S.M.

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

1 Per  
2 Mito  
3 Geral  
4 Suel

5 Mito  
6 Especial  
7 Priv e  
8 Secunda

74

OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS

TÉR.M. HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

Em minutos e/ou segundos. Para os casos de  
emergência fora do horário normal e dias  
não úteis (preencher)

ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

MINUTOS TOTAL MINUTOS COM ANESTESIA

SECCIONAL DOS ANESTESIOLOGISTAS  
DO CARIRI - SANESC

FICHA DE ANESTESIA

Nº DO REGISTRO

NOME DO PACIENTE

IDADE 56

DATA 5/12/2025

CLÍNICA

APTO./LEITO

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

13:40 14:20

Letícia M. Ribeiro Santos Lameira  
MÉDICA  
CRM 3458  
CPF 123.667.474-10

AGENTES

15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30

líquidos venosos

PA V °C 240

PULSO 38 220

ANES X 36 220

OI O 34 180

TEMP 32 160

ASPIR. A 30 140

RESP. O 120

80

60

40

20

Expon.

Assist.

Contro.

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>
B. <i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>
C. <i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>
D. <i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>
E. <i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>
F. <i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>
G. <i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>
<i>[handwritten]</i>	LIQUIDOS	CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	<i>[handwritten]</i>
<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	TEMPO DE ANESTESIA	<i>[handwritten]</i>
TOTAL	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>	<i>[handwritten]</i>
OPERACÃO	<i>[handwritten]</i>		Laringo-Espasmo-Excesso Secre. Depressão Respiratório-Hipoxia Hemorragia-Arritmia Bradi-Taquicardia-Choc

# FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ANESTÉSICO PRÉ-ANESTÉTICO

Nome Dr. Roberto de V. G. Reg.                       
Sexo M Idade 57 Peso                      Alt.                      Clínica                       
Diag. Pré-Op                       
Cirurgia Proposta                       
Anest. Ant.                     

Alergia                       
Fumo Tempo - Quant.                      Alcool                       
Drogas em uso - Doses                     

Estado Mental                      Tipo de Sangue                       
Boca                      Pescoço                     

PA. 115/70 F.C. 70 Pulso 70 Veias                       
Ap. Resp.                     

Ap. Circ.                     

Ap. Gen. - Uri                     

S. Nervoso                     

S. Endocrino                     

Exs. Compl.                     

Est. Físico (asa) PT Anest. Proposta                       
Assinatura                     

## PÓS - ANESTÉSICO

Sala de Recuperação

Enfermaria

Data - Hora

Data - Hora

Assinatura

Assinatura

Obs.:

Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES TÉCNICAS DE ENFERMAGEM

PACIENTE	FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA F	ATENDIMENTO	595396
OPERADOR	GABRIEL	CONVENIO	
DATA/HORA	05/12/2019 04:30	LEITO	AM3.09

-----  
TEMPO OPERATORIO/INTERNAMENTO  
PRÉ-OPERATÓRIO

ESTADO GERAL  
ADMITIDO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA  
CONSCIENTE

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO  
ORIENTADO

PADRÕES DE SSVV  
PA=120/80mmhg T=36.7 C

QUEIXA DO CLIENTE  
SEM QUEIXAS

ITENS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO  
AGUARDA PRESCRIÇÃO MÉDICA

DRENOS  
SEM DRENOS

SONDAS  
SEM SONDAS

CURATIVO  
SEM CURATIVOS

OUTRAS ASSISTÊNCIAS REALIZADAS  
CUIDADOS GERAIS

PENDÊNCIAS  
FICARÁ EM DIETA ZERO

  
\_\_\_\_\_  
GABRIEL FELIX DE MOURA SILVA  
COREN:1145740-CE



Hospital São Raimundo/Fundação Leandro Bezerra de Menezes

**ANOTAÇÕES TÉCNICAS DE ENFERMAGEM**

<b>PACIENTE</b>	FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA F	<b>ATENDIMENTO</b>	595396
<b>OPERADOR</b>	ANDERSON	<b>CONVENIO</b>	
<b>DATA/HORA</b>	05/12/2019 TARDE	<b>LEITO</b>	AM3.09

**TEMPO OPERATORIO/INTERNAMENTO**

PACIENTE EM TRATAMENTO CIRURGICO

**ESTADO GERAL**

ESTAVEL, EUPNEICO, EM DIETA ZERO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

COSNCIENTE

**NÍVEL DE ORIENTAÇÃO**

ORIENTADO

**PARÂMETROS DE SSVV**

PA = 120X70

T - 36,5°C

**QUEIXA DO CLIENTE**

NÃO APRESENTOU QUEIXAS ATE O MOMENTO

**ITENS RELACIONADOS A PRESCRIÇÃO**

M.C.P.M

**DRENOS**

AUSENTE

**SONDAS**

AUSENTE

**CURATIVO**

CURATIVO OCLUSIVO EM FO

**OUTRAS ASSISTÊNCIAS REALIZADAS**

CUIDADOS GERAIS

PACIENTE ENCAMINHADO AO CC E RETORNOU SOB EFEITO ANESTESICO

**PENDÊNCIAS**

NENHUMA

Anderson A. S. Barros  
Técnico em Enfermagem  
COREN-CE 1301447

ANDERSON ADAILTON DOS SANTOS BARROS  
COREN:1301447-CE

Paciente: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRA

Data : 05/12/2019 ID: 98836

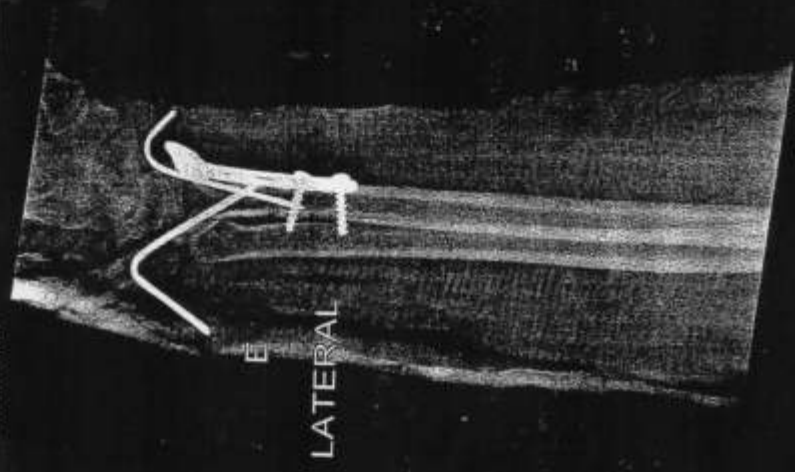
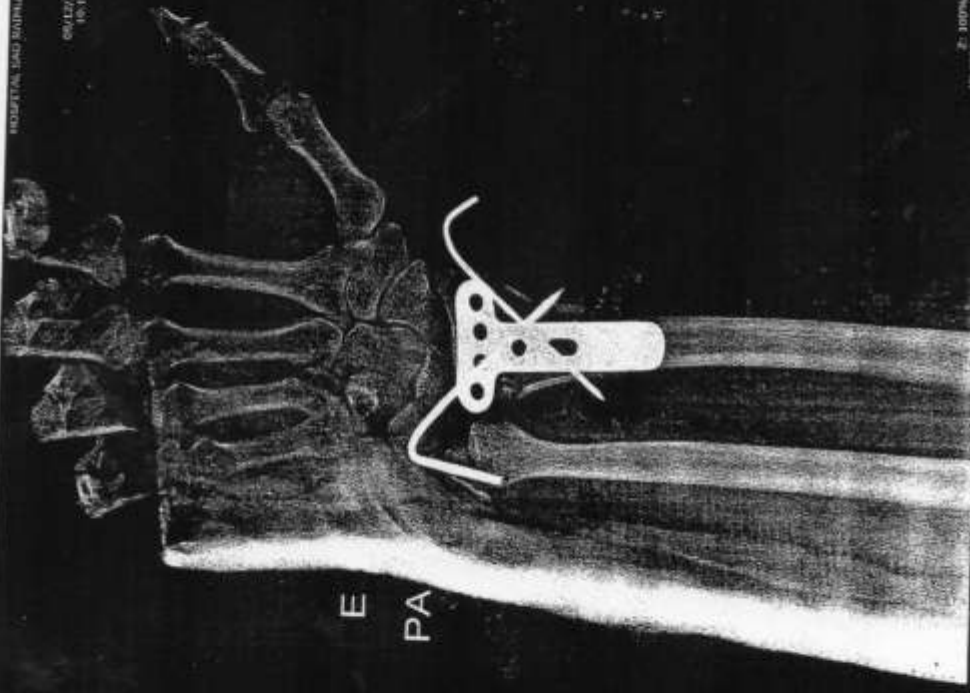
EXAME:

FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRA  
98836

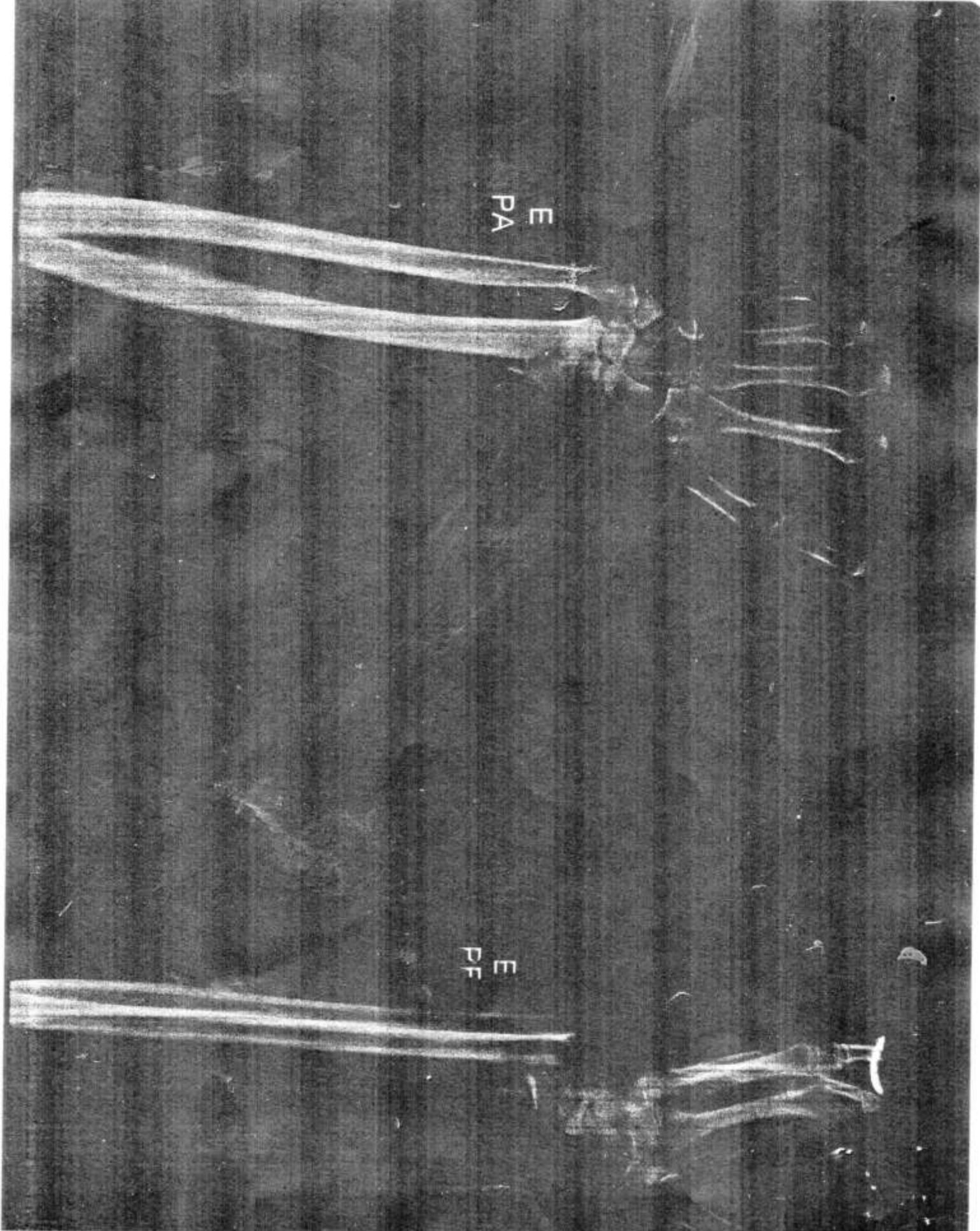
HOSPITAL SÃO RAFAEL/INDOOR FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRA  
08/12/2019

08/12/2019  
10:12:20

HOSPITAL SÃO RAFAEL/INDOOR  
08/12/2019  
10:12:20



2. 100%  
WP-1000 L-3000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA



DOC. IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF  
LP9600631 DEMEC CE

CPF DATA NASCIMENTO  
222.410.513-49 04/03/1961

FILIAÇÃO  
JOSE HELDER FRANCA  
MARIA HELENA DE FRANCA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA  
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
03487535315 04/07/2021 05/05/1979

OBSERVAÇÕES

A :

*Francisco Helder de O. Franca*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
CRATO, CE 03/08/2016

*por Voto - 27/11*  
VOTEI VASCOELOS PONTA

ASSINATURA DO CRESSOR

92381647054  
CE154243515

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1225647024

PROIBIDO PLASTIFICAR

1225647024

REPUBLICA DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
EVERARDO DE SOUSA LEITE



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
113053686 SSP CE

CPF 346.395.783-34 DATA NASCIMENTO 13/12/1967

FILIAÇÃO  
FRANCISCO NUNES DE SOUSA  
ANTONIA LEONI LEITE SOUSA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB  
AD

Nº REGISTRO  
00742628410

VALIDADE 31/03/2021 1ª HABILITAÇÃO 28/05/1997

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

*Everardo de Sousa Leite*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
CRATO, CE

DATA EMISSÃO  
07/06/2016

*Igor Vasconcelos Ponte*  
IGOR VASCONCELOS PONTE

70052230453  
CE152745157

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - CE (CRATO)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200117882 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO 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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093407/20

**Vítima:** FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

**CPF:** 222.410.513-49

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/11/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### EVERARDO DE SOUSA LEITE : 346.395.783-34

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

### FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA : 222.410.513-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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](http://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: 16/03/2020  
Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE  
CPF: 346.395.783-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

EVERARDO DE SOUSA LEITE

ALANA DA SILVA DE MATOS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200117882 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** A

**Resultados terapêuticos:** A

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA, brasileiro (a), estado civil: CASADO  
Profissão: PROFESSOR, portador (a) do RG 4.960.063-1, órgão expedidor: SSP/CE  
e do CPF: 222.410.513-49, residente no (a): RUA ESPERIDIO PINHEIRO TELES  
nº 22, bairro: PANQUE, município: CRATO CEARA  
Camagino

## OUTORGADO:

Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro, estado civil: Casado, Profissão: Autônomo, portador  
do RG 1130536-86, órgão expedidor: SSP/CE e do CPF: 346.395.783-34, residente na Rua  
Maurício Almeida nº 26, bairro: Zacarias Gonçalves, município: Crato/Ceara  
Assinante 27 de Novembro de 2019

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

FRANCISCO HELDER DE OLIVEIRA FRANCA  
Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.

Francisco Helder de Oliveira Franca  
Assinatura do outorgante

Local e data, Crato 14 de Março de 2020

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: PICENA APARECIDA FELIX  
CPF: 139.142.658-39  
Picena Aparecida Felix  
Assinatura  
2ª Nome: ALAN CAMILO RODRIGUES  
CPF: 014.150.133-10  
Alan Camilo Rodrigues  
Assinatura

CARTÓRIO FIGUEIREDO  
Rua Tristão Gonçalves, 334-Centro  
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de FRANCISCO  
HELDER DE OLIVEIRA FRANCA. Em test. 4 da  
verdade. Dou fé. Crato-CE, 13/03/2020.  
NARA REGIA CAVALCANTE GUILHERME  
CARTÓRIO FIGUEIREDO  
NARA REGIA CAVALCANTE GUILHERME  
- ESCRIVENTE COMPROMISSADA -

