

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180486340**

Nome do(a) Examinado(a): **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO URUBU CUSTODIO, SN, DISTRITO CUSTODIO**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **2003019100499, SSP_CE**

Data e local do acidente: **19/02/2018, QUIXADÁ, CE**

Data e local do exame: **10/12/2018 , FORTALEZA , CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo crânio encefálico com afundamento frontal direito.

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

Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento com reparação lesão frontal. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, ainda pendente da apuração das lesões, a vítima permanece em tratamento.

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

Periciado ainda não realizou exame específicos, de modo que ainda está pendente a apuração das lesões efetivamente produzidas pelo trauma sofrido no presente sinistro. Retorno em 90 dias com exames específicos a fim de apurar as lesões oriundas do sinistro.

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

[] Sim [] Não

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

[] Sim [] Não.

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

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Assinatura

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486340 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL E ENCEFALOCELE, AFUNDAMENTO DO CRÂNIO, FÍSTULA LIQUÓRICA NASAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CORREÇÃO DO AFUNDAMENTO DO CRÂNIO E DA FÍSTULA LIQUÓRICA). VÍTIMA EM TRATAMENTO DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486340 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com afundamento frontal direito.

Descrição do exame médico pericial: Conforme apurado na anamnese e exame físico, Periciado ainda não realizou exame específicos, de modo que ainda está pendente a apuração das lesões efetivamente produzidas pelo trauma sofrido no presente sinistro. Retorno em 90 dias com exames específicos a fim de apurar as lesões oriundas do sinistro.

Resultados terapêuticos: O periciado apresenta-se na fase de consolidação da traumatismo crânio encefálico com afundamento frontal direito. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamentos com reparação lesão frontal. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, as lesões não estão consolidadas e a vítima permanece em tratamento.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes

CRM do médico: 4600

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377035/18

Número do Sinistro: 3180486340

Vítima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

CPF: 015.790.873-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/02/2018

Titular do CPF: ANDRERLANDIO
CAVALCANTE DE SOUSA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: FABIULA MAIA RODRIGUES
CPF: 984.444.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

FABIULA MAIA RODRIGUES

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486340 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL E ENCEFALOCELE, AFUNDAMENTO DO CRÂNIO, FÍSTULA LIQUÓRICA NASAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CORREÇÃO DO AFUNDAMENTO DO CRÂNIO E DA FÍSTULA LIQUÓRICA). VÍTIMA EM TRATAMENTO DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 01/08/2018, EMITIDA PELO DR. MÁRIO HERMES R. FRANÇA, CRM No. 6608, DO HOSPITAL MATERNIDADE JESUS MARIA JOSÉ, NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180486340**

Vitima: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Data do Acidente: **19/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FABIULA MAIA RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180486340**.

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, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180486340**

Vitima: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Data do Acidente: **19/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FABIULA MAIA RODRIGUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180486340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Sinistro: **3180486340**

Vítima: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Data do Acidente: **19/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FABIULA MAIA RODRIGUES**

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 3180486340** 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

Carta nº 13661555



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180486340**

Vítima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Data do Acidente: 19/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIULA MAIA RODRIGUES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

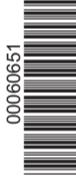
Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/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

Nome completo da vítima

015.790.873 - 96

Andrerlomduo Cavalcante de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Andrerlomduo Cavalcante de Souza	CPF titular da conta 015.790.873 - 96	Profissão
Endereço Sítio Urubu Custódio	Número SN	Complemento
Bairro Distrito Custódio	Cidade Quixadá	Estado CE
Email		CEP 63.400.000
Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <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 |

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

 NRO.
7862

D/V

CONTA

 NRO.
12650

D/V

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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.

Quixadá, 11 de outubro de 2018
 Local e Data

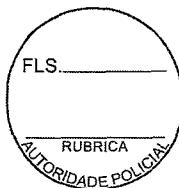
RECEBEMOS
 16 OUT 2018

Maria Gacineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eirel
 CNPJ.21.487.736/0001-16

Andrerlomduo Cavalcante de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Impresso nº 2018142580

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 2061 / 2018

Feliz
16-03-2018
3180486340

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2018 08:29:09**
Data / Hora da Ocorrência: **19/02/2018 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CUSTÓDIO**
Complemento:
Bairro: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência: **COLÉGIO AUDIZIO PINHEIRO**

RECEBEMOS
Maria Gecinide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.187.736/0001-06
2018

Noticiante(s)

Nome: **ANDRELÂNDIO CAVALCANTE DE SOUSA**
Nascimento: **04/09/1984** CPF: _____
RG: **2003019100499** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA LEUDA CAVALCANTE DE SOUSA**
JOSÉ MARIA ANDRÉ DE SOUSA
Endereço: **SITIO CUSTÓDIO**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: _____
Município: **QUIXADA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9253-4036**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORZ1423** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9C2KC1670DR480641** Renavam: **544048245** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOEL DE SOUSA BRITO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2018

Histórico

Que no dia e hora acima citados o noticiante sofreu um acidente automobilístico do qual foi vitimado ; Que o noticiante afirma que no momento do acidente se encontrava na garupa da motocicleta(HONDA CG 150 FAN ESI, PLACA ORZ1423, CHASSI 9C1KC1670DR480641, LICENCIADA EM NOME DE JOEL DE SOUSA BRITO, COR VERMELHA, ANO 2013/2013)e o acidente se deu quando o condutor da motocicleta retro CITADA((JOEL DE SOUSA BRITO)perdeu controle em uma curva por conta de uma outra motocicleta que vinha em sentido contrario; Que com a queda o noticiante foi levado para a Upa da cidade de Quixadá e em seguida levado para O IJF na cidade de Fortaleza por conta da gravidade dos ferimentos e que 12 dias depois foi levado ao Instituto dos cegos para uma cirurgia de córnea olho direito e que no mês de Agosto do corrente ano o noticiante foi submetido a uma cirurgia intracraniana no IJF onde ficou 45 dias internado sendo liberado em seguida para continuara recuperação em casa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



Impresso nº 2018142580

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 2061 / 2018

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Pedro Correia da Cunha*

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-1-6

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Gedineide F. Nobre
Corretora de Seguros Efeii
CNPJ:21.487.736/0001-26



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2061 / 2018

GUIA Nº 534 - 685 / 2018

QUIXADA, 15 de Maio de 2018

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **ANDRELÂNDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Nacionalidade: **BRASIL**

Naturalidade: **QUIXADA/CE**

Data de Nascimento: **04/09/1984**

Estado Civil: **AMIGADO(A)**

Grau de Instrução: **1o. GRAU INCOMPLETO**

Profissão: **AGRICULTOR**

Filiação: **JOSÉ MARIA ANDRÉ DE SOUSA**

ANTONIA LEUDA CAVALCANTE DE SOUSA

Documento de Identificação: **RG**

Número: **2003019100499**

Órgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Residência: **SITIO CUSTÓDIO, ZONA RURAL - QUIXADA/CE**

Local da Ocorrência: **SIT CUSTÓDIO - QUIXADA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **19/02/2018 17:20**

Observação: **GUIA PARA DPVAT**

Laudo para: **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

PERÍCIA FORENSE DO CEARÁ
Núcleo Sertão Central - Quixeramobim
Reg. 640118 Servidor Danielli
Data: 16/05/18 Hora: 08:44

DELEGADO(A) ERIVAN JUNIO ALVES CRUZ - 198871-1-1

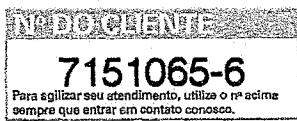
TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA a Guia de número 685 / 2018 do município de QUIXADA.

Em ____/____/____.

Nome/Assinatura

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Gehrke de Seguros Nobre
Corretora de Seguros Erejíi
CNPJ 21.487.736/0001-06



A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N^o 523389238

Rota 22 28005 02 156000 - 7 Data de Emissão 02/05/2018

Nome FRANCISCA RODRIGUES DE ABREU

End. Postal ST URUBU CUSTODIO 00000

DISTRITO CUSTODIO - QUIXADA - 63900000

Medidor 7918271 Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 058767103-34 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2018	02/05/2018	04/06/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto QUIXADA

Mês Mai/2018 EU03 28,36

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

Pedágio Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,58	42,34	0,00	1,59	6,00
FIC	7,52	30,09	0,00	1,08	4,00
DMIC	5,68	22,08	0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3481.B214.6839.E338.7D56.5289.D94C.509A

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

FP 24972 24797 1.00 175 0,00 0,35156 61,52

02/05/18 02/04/18 30 DIAS

VALOR (R\$)

DESCRICAO

61,52

VALOR CONSUMO DO MES

1,17

MULTA MORATORIA REF 02/2018

-67,69

DEV. PGTO DUPLICIDADE

5,00

DOACAO MATERNIDADE QUIXADA - TEL 88 3412 0681

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,12)

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 12.1487.736/0001-06

2º Via



Nº de Inscrição

0019441690

DADOS DO CLIENTE

Nome: FABIULA MAIA RODRIGUES
 End. Leitura: RU PRO JULIO HOLANDA, 45, ALTO SAO FRANCISCO
 Cidade: QUIXADA CEP: 63.900-000
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 017 Setor: 001 Quadra: 0057 Lote: 0320 Comp: 0000
 Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Pública: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A10P182633	1236	1247	11	9

DATAS

Leritura Atual: 02/05/2018	Emissão: 12/06/2018	Lacre Água: 2969298
Leritura Anterior: 02/04/2018	Próxima Leitura: 01/06/2018	Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Califormes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	054	054	010	054	054
Analizadas	056	056	012	056	056
Em conformidade	056	023	000	052	056

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

EMISSÃO : ATENDIMENTO VIRTUAL 12/06/2018 09:33:07

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA		39,31	Mês/Año	Água (m³)	Esgoto (m³)
			JUN/2017	9	0
			JUL/2017	10	0
			AGO/2017	18	0
			SET/2017	3	0
			OUT/2017	9	0
			NOV/2017	10	0
			DEZ/2017	9	0
			JAN/2018	7	0
			MAR/2018	12	0
			ABR/2018	21	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,37	VALOR DO SERVIÇO	42,57
COFINS	1,87	VALOR DO SUBSÍDIO	3,26
		VALOR TOTAL A PAGAR	39,31

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/2018	01/06/2018	39,31

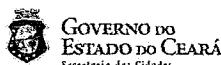
ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagfácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Sítio da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0019441690 Código de Responsável: Mês/Año: 05/2018
 Local: 017 Setor: 1 Quadra: 0057 Lote: 0320 Comp: 0000
 Subsetor: Subquadra:
 Cidade: QUIXADA Vencimento: 01/06/2018 Total (R\$): 39,31

82670000000-1 39310009100-7 01944169001-3 06001931025-3



RECEBEMOS
16 OUT 2018

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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fabiusa M. Rodrigues Mesquita inscrito (a) no CPF/CNPJ 984.444.923 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário André Luís Cávalanti de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.790.873 / 96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz Permanente da Vítima André Luís Cávalanti de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.790.873 / 96, 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	Rua Professor Júlio Ilolomidor	Número	45	Complemento
Bairro	Baviera	Cidade	Quixadá	Estado
Email	<u>fabiusa.mesquita10@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	(188) 99620-4800	CEP

Quixadá, 11 de Outubro de 2018 RECEBEMOS
Local e Data

15 OUT 2018

Fabiusa M. R. Mesquita
Assinatura do Declarante

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joel de Sousa Brito,
RG nº 91004017866, data de expedição 11/12/1991
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 484.778.343-34, com
domicílio na cidade de Quixadá, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Algodões, Distrito Domício Carneiro, nº S/N,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima André Lôndio C. de Sousa, cujo o condutor era
Joel de Sousa Brito.

Veículo: Honda CG 150

Modelo: Honda CG 150 FAN ESI.

Ano: 2013/2013

Placa: DRZ 1423/CE

Chassi: 9C2KC1670DR480641

Data do Acidente: 19/02/2018

Local e Data: Quixadá, 11 de outubro 2018

Joel de Sousa Brito

Assinatura do Declarante

Joel de Sousa Brito

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

	Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de <u>JOEL DE SOUSA — BRITO</u>
Capítulo Tel: 8887-3412 / 0993	Dou fé, QUÍXADÁ/CE, <u>11 OUT 2018</u>
Valor estimado: R\$ 0,00	Em testemunha da verdade.
NOME: Maria Lúcia de Oliveira Bezerra - Titular Márcio Schimidt Gonçalves - Substituto Wagner Lima Borges - Substituto Ismael Silva Almeida - Esc. Autorizado	

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Cedneide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



LAUDO MÉDICO
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Prontuário: 5550966

Data de Nascimento: 04/09/1984

Data da Internação: 25/06/2018

Motivo da Internação: ACIDENTE DE TRÂNSITO

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: 22 LEITO: 2203 Internação Unidade: 25/06/2018

Diagnóstico Principal: AFUNDAMENTO CRANIANO

Diagnósticos Secundários: FÍSTULA RINOLIQUÓRICA

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DO AFUNDAMENTO CRANIANO E DA FÍSTULA LIQUÓRICA

Resumo de Alta / Transferência:

Paciente, 33 anos, vítima de TCE após acidente há aproximadamente 4 meses, optado por tratamento conservador na época. Retornou ao IJF com queixa de rinorréia constante e transparente. Foi reinternado no dia 25/06/18. Tentativa de DLE sem sucesso no dia 09/07/18. Colocado tampão nasal anterior e posterior pela otorrino no dia 19/07/18. Realizado tratamento cirúrgico para correção da fístula liquórica e do afundamento craniano no dia 01/08/18 pelo Dr. Flávio Leitão Filho, sem intercorrências. Evoluiu bem com exame de imagem de controle pós-operatório satisfatório. Ao exame físico: GCS 15, PIFR, MOE preservado e sem déficits motores apendiculares. FO em bom aspeco e sem sinais flogísticos, sem sinais de fístula liquórica. Discutido caso com STAFF (Dr. Carlos Vinícius) que orientou alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

UTI _____ Unidade _____ CTQ _____ Risco _____ Transferência Externa _____ Óbito

Orientações de Alta (Setorial): _____

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: _____ / _____ / _____

Data: _____ / _____ / _____ Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: _____ LEITO: _____ Internação Unidade: _____ / _____ / _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s): _____

Resumo de Alta / Transferência:

RECEBEMOS
15 OUT 2018
Maria Gecineide F. Nobre
Médica de Seguros Freli
181.736.0001-00

Comorbidades Apresentadas:

Transferência:

UTI _____ Unidade _____ CTQ _____ Risco _____ Transferência Externa _____ Óbito

Orientações de Alta (Setorial): _____

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: _____ / _____ / _____

Data: _____ / _____ / _____ Assinatura do Médico / CRM

Gustavo Bandeira Bastos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270

FOLHA _____

RECEITUÁRIO

Nome: _____

JAVO MÉDICO

Paciente ANDERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA
ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NEUROLOGICO POR
SEQUÊNCIAS DECORRENTEIS DE TCE GRAVE SOFRIDO EM
FEVEREIRO - 2018, APRESENTANDO-SE COM FISTULA
LÉVÓGICA NASAL (DE NECESSITA CORREÇÃO NEURO-
CIRÚRGICA), EPILEPSIA 2^a A CONTUSÃO CRANIANA
(ENCEFALOMÍBLACEZ)
FRONTEL BILATERAL E ENCEFALOCÉLE. PACIENTE
APRESENTEA-SÉ COM EPISÓDIOS RECORRENTES DE CRISES
TCG E DISTURBIO COMPORTAMENTAL COM AGITACAO
PSICOMOTORAS E AGRESSIVIDADE, ALÉM DE PREDÔMÍO
DA MELANCÓLIA INDEFIDA E RECENTE, NÃO TENDO CONDIÇÕES
DE EXERCÍCIO LABORAL. EM VOO DE FORTALEZA 100Km
3X010, PISSEI DONG 3Km 3X010, ANTRICIPITIVA 25Km
3X010 - Voo AC: T90, 640, F21

Mario Henrique R. França
Neurologia Clínica
CRM 6608

01.08.2018

DATA: ____ / ____ / ____

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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

IJF INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

Rua Barão do Rio Branco 1816 centro Fortaleza-Ce
CEP: 60025-061; PABX: 0(xx)8532555000.

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO/ ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos fins de direito que o paciente **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA, 33 anos**, encontra-se internado desde o dia 25/06/2018 no Instituto Dr. José Frota – IJF. Encaminhado para enfermaria da neurocirurgia para avaliação e conduta. No momento, permanece na enfermaria da neurocirurgia sem previsão de alta hospitalar e aguardando procedimento. Encontra-se bem, consciente, orientado, vigil e com as funções cognitivas preservadas.

CID-10: S06.9

Permito a colocação do CID da doença na declaração acima:

Representante legal do paciente

Dr. Marcell Alves Macêdo
Residente Neurocirurgia - IJF
CRM-CE 14062

Dr. Marcell Alves Macêdo
Médico/Residente de Neurocirurgia
CRM-CE 14062

Fortaleza, 28 de junho de 2018.

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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



Prefeitura de
Fortaleza

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente
ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA,
Documento de Identidade Nº2003019100499
, Prontuário Médico Nº5550966 encontra-se
internado(a) neste Hospital deste 19/02/2018 no leito
EMERGÊNCIA para tratamento de saúde.

Fortaleza , 05 de MARÇO de 2018.

Vicente Melo da Oliveira
Responsável pela informação.

RECEBEMOS
16 OUT 2018

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

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000/3255-5143



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Travessa Dr. Eusébio Nery Alves de Sousa, nº 409, Centro

RECEITUÁRIO

Nome: _____

M. de Souza

Até o seu Aniversário
Considerando de seu
exponente popular -
tce com compromis-
so físico. Ent-
reto assinatura
an 01 2018
32 21/02/2018
CLP-F-06

Data: 9/5/18



ACABAR COM A DENGUE É
RESPONSABILIDADE DE TODOS

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Anderson Lúcio Cavalcante de Souza RAE/Prontuário: 5550968

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 26/02/18

HORÁRIO: 08:30 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- Rx de casso frontal
- Avaliação de necessidade cirúrgica

Data: 23/02/18

Assinatura e Carimbo do Médico

Dra. Luiza Ciertani
Cirurgia e Traumatologia
Bucal - Maxilo - Facial
Residente UF - CRO/CE 9674

AE.000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148x210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil

RECEBEMOS
16 OUT 2018

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

SETOR DE EXAMES ESPECIAIS

Código do Laudo: 839193

Nome: ANDRERLANDIO CAVALCANTEDE SOUSA

Exame: CONSULTA

Data da Realização: Idade na Data da Realização do Exame:

Médico Solicitante:

Categoria: POPULAR

Motivo do Exame:

Resultado:

NOME: ANDRERLANDIO CAVALCANTEDE SOUSA

O supracitado tem história de trauma craniano em acidente de moto. Esteve internado e foi indicado para este serviço em virtude de um quadro de úlcera de córnea em OLHO DIREITO. Foi submetido a transplante de córnea em OLHO DIREITO em 23 de março de 2018. Vem sendo por nós acompanhado devido ao transplante de córnea.

Sem mais para o momento.

FORTALEZA, 24-09-2018

ALEXANDRE TELES
CRM 6894

Fortaleza, 24/09/2018

Ass. Médico:

ALEXANDRE TELES HOLANDA

CREMEC: 6894

Assinatura: _____
Data: 24/09/2018

RECEBEMOS

16 OUT 2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.487.736/0001-08

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS
PACIENTES TRANSPLANTADOS
FONE: 3206-6800

ACOMPANHAMENTOS PÓS-TRANSPLANTE

NOME: Anderson Jardim Cavalcante de Souza

CÓDIGO: 302266

DATA DO TRANSPLANTE: 23/03/18 JD

FOLHA: _____

PERICIADO

ACOMPANHAMENTOS	ASS. MÉDICO
SEGUNDA - PEIRA 08:30	
1ª APAC <u>23/04/18</u>	<u>Tuny Pires 3º d. Lw3 P=14</u>
<u>28/05/18</u>	
<u>25/06/18</u>	
2ª APAC <u>23/07/18</u>	
<u>27/08/18</u>	
<u>24/09/18</u>	
SEGUNDA - PEIRA 08:30	

Serviço Social: 3206-6800

6831

TAB

Dr Alexandre Telas Holanda
CREM/EC 6634 - CPF 554.634.194-63

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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



SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS
AV. BEZERRA DE MENEZES, 892 - SÃO GERARDO
CEP: 60325-001 - FORTALEZA - CEARÁ
FONES: (85) 3206.6801 / 3206.6802

A T E S T A D O M É D I C O

Atesto que Anderson Landim Galdino de Souza
submeter-se a transplante de córnea ou o dia
necessita de 90 (noventa) dias de
licença para tratamento de saúde.

C.I.D. 294.7 H16.0

FORTALEZA, / 23 APR. 2018
Dr. Alexandre Reis
Oftalmologista CRM/CE 04

Utilidade Pública Estadual - Decreto Lei 1545, de 31/12/1945 - CF - CNSS 37435 de 27/10/1945 -
Utilidade Pública Federal - Dec 82474 de 23/10/1973 - CNPJ: 07.018.138/0001-67 - CNES 2480565

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.487.736/0001-11



SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS
AV. BEZERRA DE MENEZES, 892 - SÃO GERARDO
CEP: 60325-001 - FORTALEZA - CEARÁ
FONES: (85) 3206.6801 / 3206.6802

A T E S T A D O M É D I C O

Atesto que Anderson Andrade Cavalcante

de Souza, submete-se a transplante de olho e
necessita de 90 (noventa) dias de
licença para tratamento de saúde.

C.I.D. 294-7


Dr. Alexandre Teles
Médico Oftalmologista
CRM 6894

FORTALEZA, 23, 03, 2018

Utilidade Pública Estadual - Decreto Lei 1545, de 31/12/1945 - CF - CNSS 37435 de 27/10/1945 -
Utilidade Pública Federal - Dec 82474 de 23/10/1973 - CNPJ: 07.018.138/0001-67 - CNES 2480565

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ.21.487.736/0001-18

Prontuário

Nº: 12430

Data de Admissão

17/10/2018

Prefeitura Municipal de Quixadá
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Ficha de Admissão

Dados de Identificação:

Nome: Anderson Landis Cordeiro de Souza Sexo: Masc. Fem.
Data de Nasc.: 04/10/84 Idade: _____ () Menor () 19 a 35 () 36 a 65 () >65
Filiação: Tio: nome André de Souza e Antônio Lira Cordeiro
di Souza Cartão do SUS: 400403403649274
Endereço: Sítio Várzea Bairro/Distrito: Curtinhas
Cidade: Quixadá - CE Contato: (88) 9.2534.2226
Escolaridade: EF1 () EF2 () EM () ES () NE () Completo () Incompleto
Est. Civil: () Casado(a) Solteiro(a) () Relação consensual () Viúvo(a) () divorciado(a)
Conjugue: _____ Filhos: Sim 2 () Não

Dados Socioeconômicos

Profissão: Agricultor () Ativo Inativo () Incapacitado () Estudante
Renda familiar: _____ Nenhuma () 1 Salário () 1 a 2 Salários () >2 Salários
Outras Rendas: _____ () LOAS Bolsa Família () Pensão () Outros
Condições de moradia: () Conjugue Familiares () Não Familiares () Sozinho(a)

Dados Clínicos

Encaminhamento: () Demanda espontânea PSF () Hospital () Justiça () Projetos Sociais
Diagnósticos: Não () Sim: _____
Droga dicção: Não () Álcool () Cigarro () Maconha () Cocaína () Craque () Outros
Medicação psicotrópica atual: Amitriptilina 25mg Finitil 100mg
() Antidepressivos () ansiolíticos () Antipsicóticos () Anticonvulsivante

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
487.73610001-06

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE ORIGEM _____

DISTRITO SANITÁRIO _____

MUNICÍPIO _____

Nome: Anderson Cunha Prontuário Nº: 104118

Sexo: M F Data de Nascimento: 04/10/18 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente com febre dengue tipo agudo
difficuldade respiratória, mialgia

Resultado de Exames:

Febre alta + multipla dor

Conduta Realizada:

Desenvolvida - Pós TCE

Impressão Diagnóstica: C. Araújo
 Entrada CRM: 8728
 Trabalho CRM: 8728
 Médico: Dr. Anderson Cunha
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: 3653203-00

Função: Atendente

Data: 3/10/18

Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Encaminhamento CAPS Profissional: _____

Unidade de Referência: Dr. Polino Data: 1/1/18 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames:

RECEBEMOS
16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-00
CID: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

Proposta de conduta para segmento

O problema justificou a referência? Sim Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



Atendimento: 12/04/2018 Data: 23/04/2018

Paciente.....: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Solicitante.....: DR(A). LENIRA A.C. ARAUJO

Convênio.....: PARTICULAR

Exame: TC CRANIO

Qtde Peças: 01 - Qtde Papéis: 03 - Qtde CDs: 01 - Qtde folhas ladas: 01

As imagens foram obtidas através de aquisição volumétrica do crânio-encéfalo por técnica multislice, com reconstruções multiplanares (axial, coronal e sagital), sem a infusão venosa do meio de contraste iodado.

RELATÓRIO:

-Observam-se várias soluções de continuidade/fraturas nas paredes do seio frontal, notando-se com continuidade da coluna aérea/gasosa em seu interior com coleção gasosa intracraniana e extra-axial frontal à direita que mede cerca de 4,6 x 3,9 x 2,8 cm; há também outra solução de continuidade com passagem/protrusão de conteúdo intracraniano ao interior do seio frontal à esquerda e duas coleções gasosas em região frontal ipsilateral medindo cerca de 3,7 x 3,2 x 3,0 cm e 1,6 x 1,4 x 0,7 cm. Sugerimos correlação com ressonância magnética para melhor avaliação do conteúdo protruso para seio frontal esquerdo (meningocele? encefalocele?).

-Não evidenciei alterações nos valores de atenuação do parênquima cerebral nas presentes imagens.

-Os ventrículos laterais, III e IV ventrículos têm dimensões e topografia normais.

-Sulcos fissuras e cisternas com amplitudes preservadas.

-Imagem com densidade similar a do líquor é vista posterior ao vermis cerebelar, na fossa craniana posterior medindo cerca de 2,8 x 0,9 cm, podendo corresponder a mega cisterna magna, diferencial com cisto de aracanoide.

-Anatomia da base não é visualizada.

-Não evidenciei colcôns hemorrágicas intra-crâianas.

Obs:

-Sinusopatia maxilar esquerda.

-Conteúdo gasoso no interior da fenda direita em continuidade com a coluna aérea do seio frontal.

Foto: Infecto-cirurgião ORTOPEDISTA MARIA LENIRA

RADIOLÓGISTA
CRM: 9881

P

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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

Imagen para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

PACIENTE: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA
SOLICITANTE: PATRICIA HELENA ALVES MACIEL

ATEND. 20473
DATA: 24/05/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

LAUDO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de 0,5 Tesla, com aquisição de imagens em sequências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T2, FLAIR, T1 pré e pós-contraste. Gradiente Eco e Difusão.

COMENTÁRIOS:

Região supratentorial:

Lesões com intensidade de sinal semelhante à do líquor, interessando lobos frontais, bilateralmente, próximas ao corno anterior dos ventrículos laterais, sugerindo cavidades porencefálicas (secundárias a trauma?).

À direita, nota-se aparente herniação do parênquima lesionado através de falha na tábua interna a nível do seio frontal, determinando encefalocele.

Preenchimento parcial do seio frontal com conteúdo de sinal semelhante ao do líquor, sugerindo provável fistula liquórica.

Alteração de sinal do parênquima circunjacente às cavidades porencefálicas, caracterizada por alto sinal T2 e FLAIR e baixo sinal T1, sem restrição à difusão e sem realce pós contraste, sugerindo gliose.

Acentuação focal dos espaços de circulação liquórica (sulcos corticais e ventrículos laterais), nas imediações da lesões, em detrimento do parênquima encefálico, sugerindo encefalomalácia, mais evidente à direita, provavelmente relacionada a trauma.

Restante do parênquima mostra boa diferenciação entre o córtex e a substância branca, que apresentam intensidade de sinal normal.

Hipocampos simétricos com dimensões e sinal preservados.

Corpo caloso íntegro.

Trânsitos e núcleos da base com morfologia e sinal conservados. Proeminência dos espaços perivasculares na região inferior dos núcleos da base, junto à substância perfurada anterior.

Terceiro ventrículo de dimensões normais. Aspecto habitual dos demais sulcos corticais, cisternas e fissuras.

Linha média centrada. Ausência de coleções extra-axiais.

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

3180486340



Unidade I
Situada no Hospital Maternidade Jesus Maria José
Av. Francisco Almeida Pinheiro, 2268 Planoalto Universitário - Quixadá/CE
Fones: (88) 3412.2281 | (88) 9 8823.1859 (88) 9 9858.9015

Unidade II
Rua Rodrigues Junior, 1314 Centro - Quixadá/CE
Fones: (88) 9 9249.3151 | (88) 9 9861.9498
@clinicasaorafaelqxd @clinicasaorafaelquixada

RECEITUÁRIO

Nome: _____

LAVO MÉDICO

Paciente ANDRELÂNDIO CAVALCANTE DE SOUZA
ENCONTRA-SE EM ACONDICIONAMENTO POR SEQUELAS DECORRENTES
DE TCE GRAVE SOFRIDO EM FEVEREIRO-2018. APRESENTANDO-SE
COM EPILEPSIA SECUNDÁRIA À CONTUSÃO CEREBRAL E
ANOSMIA. TAMBÉM APRESENTA COMO DUDRO SEQUELAZ
DISTURBIO COMPORTAMENTAL (TRANSTORNO DE PERSONALIDADE)
COM AGITACAO PSICOMOTORA E AGRESSIVIDADE) E PREJUÍZO DA
MEMÓRIA (IMEDIATO E RECENTE, NÃO TENDO ESSA
DEFINITIVO, CONDIÇÕES DE EXERCÍCIO LABORAL.

ENCONTRA-SE EM USO DE: Risperidona 3mg 3X016
Amitriptilina 25mg 3X016
Tenoxicam 100mg 3X016

00 10: T90
640
F21

Mário Hermes R. França
Neurologia Clínica
CRM 6608

08.11.18
DATA: ____ / ____ / ____

RECEBEMOS

26 NOV 2018

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

**SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS - SAC
CLÍNICA IEDA OTOCH BAQUIT
SETOR DE EXAMES ESPECIAIS**

1

Código do Laudo: 1000313

Nome: ANDRERLANDIO CAVALCANTEDE SOUSA

Exame: EXAME OFTALMOLÓGICO

Data da Realização: 19/11/2018 Idade na Data da Realização do Exame: 34

Médico Solicitante:

Categoria: POPULAR

Motivo do Exame:

Resultado:

NOME: ANDRERLANDIO CAVALCANTEDE SOUSA

Atesto que o supracitado tem história de trauma craniano em acidente de moto. Esteve internado e foi indicado para este serviço em virtude de um quadro de úlcera de córnea em OLHO DIREITO. Foi submetido a transplante de córnea em OLHO DIREITO em 23 de março de 2018. Vem sendo por nós acompanhado devido ao transplante de córnea.

Ao exame hoje apresenta acuidade visual OD: Movimento de maos, OE: 20/20, Bio: OD:rejeicao de cornea, edema de cornea intenso, hiperemia conj 3+, OE: ndn. Devido ao quadro de rejeicao de cornea em OD necessita afastar-se das atividades laborativas durante o periodo de recuperacao.

Cid: H54.4

Z94.7

T 86.2

FORTALEZA, 19-11-2018

**Juliana Nunes
CRM 16833**

Fortaleza, 19/11/2018

*Dra. Juliana
CRM 16833*

Ass. Médico: _____

JULIANA DOS SANTOS NUNES ZARETE

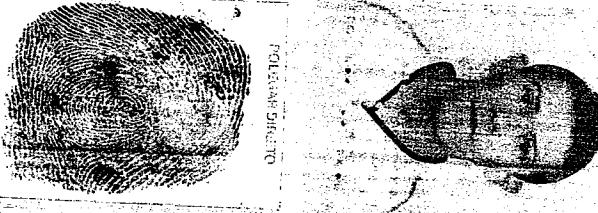
CREMEC: 16833

RECEBEMOS

26 NOV 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



ASSINATURA DO FUTURO
CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
F3FA.9958.D292.969F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:33:40 do dia 02/01/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PER 2003019100498

DATA DE EXPEDIÇÃO

03/11/2003

ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

JOSE MARIA ANDRE DE SOUSA E ANT
ONIA LEUDA CAVALCANTE DE SOUSA

NATURALISMO

QUIXADA - CE

CERT. NASC. 2814 L A. 05 F
CUSTODIO/QUIXADA/CE

DATA DE NASCIMENTO

4/9/1984

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
015.790.873-96

Nome

ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

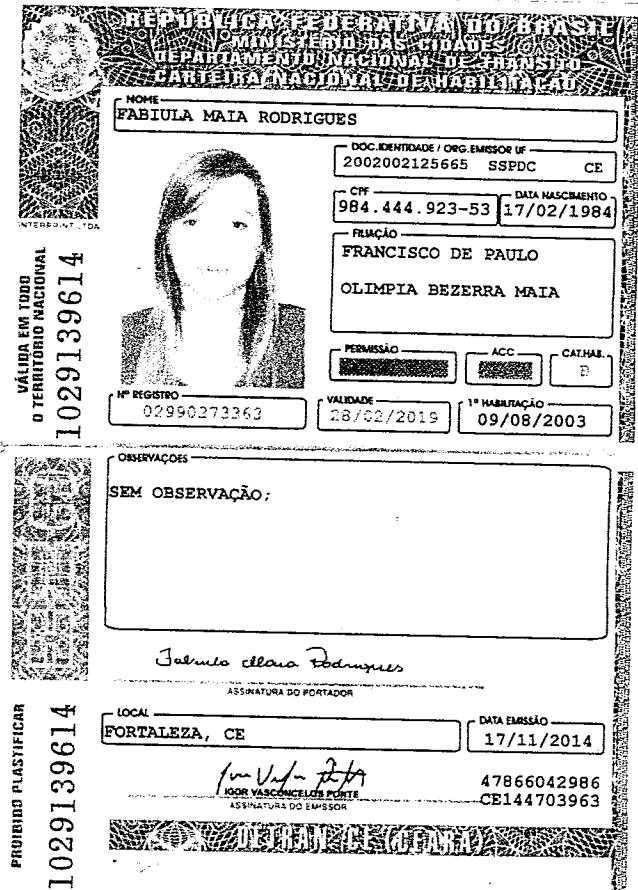
Nascimento
04/09/1984

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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



RECEBEMOS

16 OUT 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014138327670

VIA 01 | R.N.T.C. 000000000 | EXERCÍCIO 2018
CÓD. RENAVAM 544048245 |

JOEL DE SOUSA BRITO
NOME

* * * * *
QUIXERAMOBIM /CE

CPF / CNPJ 48477834334 | PLACA ORZ1423/CE
PLACA ANT / UF /CE

CHASSI 9C2KC1670DR480641

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NÃO APLICÁVEL | COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN EST

CAP / POT / CL 2P/OCV/14PCC

CATEGORIA FABRICANTE COR PREDOMINANTE VELVETELHA

I COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *

P FAIXA I.PVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª *

V FAIXA I.PVA. PARCELAMENTO / COTAS 3ª *

A PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

* * * * *
LOCAL RJ
DATA 22/05/2018

Igor Pontes
Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 014138327670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

48477834334

ORZ1423/0

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

B0887699071

EXERCÍCIO 2018 | DATA EMISSÃO 22/05/2018
VIA 01 | CPF / CNPJ 48477834334 | PLACA ORZ1423

RENAVAM 544048245 | MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN EST
ANO FAB. 2013 | CAT. TARIF. PART | N° CHASSI 9C2KC1670DR480641

PRÉMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO
 COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC15E7D480641

05636

DEZ 2017

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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

Registro N. **748564 / 2018**

Digitacao: 20/06/2018 (MEYRE.SILVA)
Livro: 62 Pagina:220

Enviar para DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

EXAME SEGURO DPVAT

Em 16 de maio de 2018, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

PAULO RICARDO LOPES SILVA Cremec N. 10.805

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

ANDRELANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

a fim de ser atendida a requisição de nº 685 / 2018, emitida pelo (a) DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:50h de 16/05/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando refere que caiu de moto em Quixadá, às 17:20hs do dia 19/02/2018.

Relata que fraturou ossos da região frontal, que foi acometido com úlcera de córnea e que necessitou de transplante de córnea.

Porta os seguintes documentos:

- Ficha de atendimento da UPA 24H de Quixadá, o qual faz referência a acidente de moto.
- TC de crânio de 23/04/2018 com alterações craniocéfálicas assinada pelo Dr. Jorge Luis, CRM-9881.
- Atestado médico de 90 (noventa) dias datado de 23/04/2018, com CID: Z94.7 e H16.0, assinado pelo Dr. Alexandre Teles, CRM-6894.

Não recebeu alta médica definitiva.

Ao exame:

- Região frontal do crânio apresentando leve afundamento;
- Fenda palpebral direita levemente reduzida.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Resposta após alta médica definitiva portando relatórios dos médicos assistentes.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

PAULO RICARDO LOPES SILVA
Cremec N. 10.805

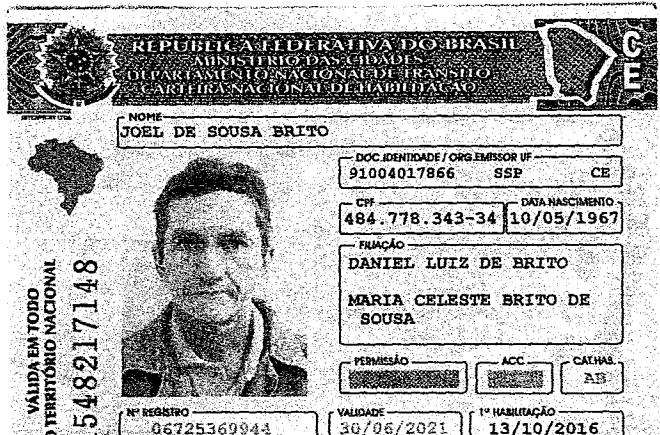
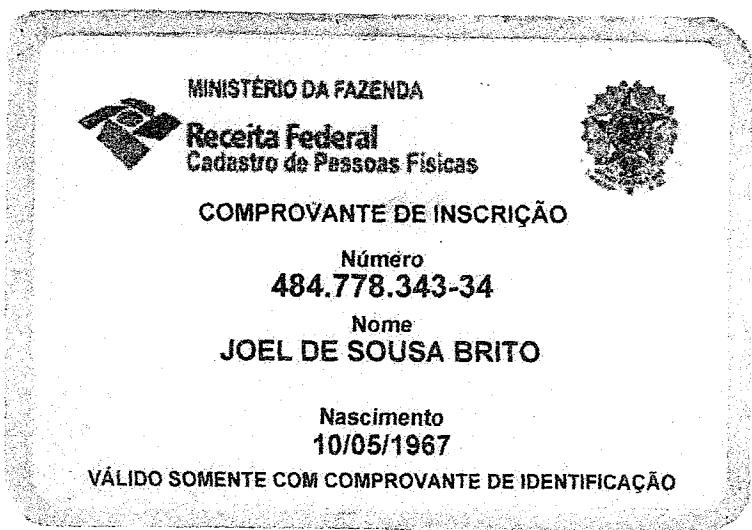
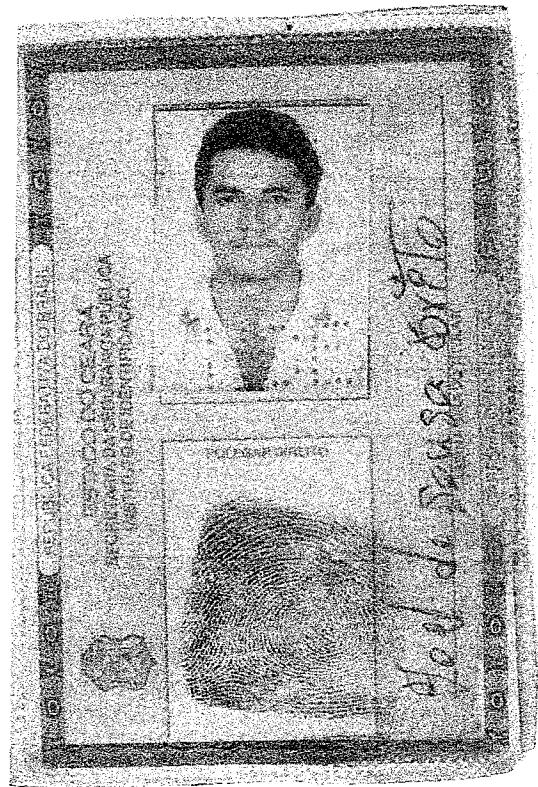
Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpvat.pefoce.ce.gov.br e informe o código ca3a7027069f7d3

20/6/2018 17:28

ASSINADO DIGITALMENTE POR PAULO RICARDO LOPES SILVA:04180443414

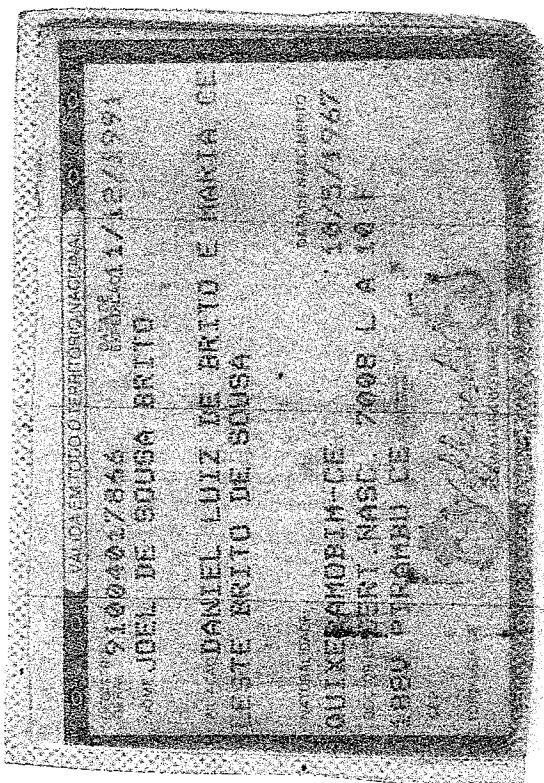
RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

1 de 1



OBSERVAÇÕES	
SEM OBSERVAÇÃO;	

ASSINATURA DO PORTADOR	
Joel de souza BRITO	
LOCAL	DATA EMISSÃO
QUIXADA, CE	25/10/2017
/ KDR VASCONCELOS PONTE	
ASSINATURA DO EMISSOR	
40651326511	
CE161893147	



RECEBEMOS

16/07/2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-05

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486340 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL E ENCEFALOCELE, AFUNDAMENTO DO CRÂNIO, FÍSTULA LIQUÓRICA NASAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CORREÇÃO DO AFUNDAMENTO DO CRÂNIO E DA FÍSTULA LIQUÓRICA). VÍTIMA EM TRATAMENTO DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X @ 1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486340 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com afundamento frontal direito.

Descrição do exame médico pericial: Conforme apurado na anamnese e exame físico, Periciado ainda não realizou exame específicos, de modo que ainda está pendente a apuração das lesões efetivamente produzidas pelo trauma sofrido no presente sinistro. Retorno em 90 dias com exames específicos a fim de apurar as lesões oriundas do sinistro.

Resultados terapêuticos: O periciado apresenta-se na fase de consolidação da traumatismo crânio encefálico com afundamento frontal direito. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamentos com reparação lesão frontal. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que ainda não houve a alta médica, ou seja, as lesões não estão consolidadas e a vítima permanece em tratamento.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes

CRM do médico: 4600

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA, brasileiro, casado, agricultor, com Registro Geral nº2003019100499, SSP/CE, inscrita no CPF sob o número 015.790.873-96, residente e domiciliado no Sítio Urubu Custódio, Distrito Custódio, Quixadá-CE, CEP: 63.900.000.

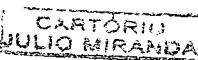
OUTORGADO: FABIULA MAIA RODRIGUES MESQUITA, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/(CE), sob o número n. 31.200, cadastrada no CPF sob o número 984.444.923-53 e RG nº2002002125665, com registro da Carteira de Habilitação nº 029900273363, expedida pelo Detran de Fortaleza-CE, em 17\11\2014, residente e domiciliado na Rua Professor Júlio Holanda, nº45, Baviera, Quixadá-CE, com escritório na Avenida Jesus Maria José, nº2365, Jardim dos Monólitos, Quixadá-CE.

Por este instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui a outorgada sua bastante procuradora, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que a outorgada 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 dita procuradora, representar o outorgante como se o própria fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato

Quixadá, 21 de junho de 2018.

RECEBEMOS
16 OUT 2018

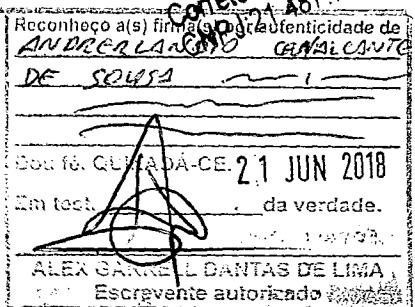
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
487.736.001-02



Andrerlandio Cavalcante de Sousa

Outorgante

CPF Nº 015.790.873-96



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377035/18

Vítima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

CPF: 015.790.873-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/02/2018

Titular do CPF: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIULA MAIA RODRIGUES : 984.444.923-53

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

ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA : 015.790.873-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2018
Nome: FABIULA MAIA RODRIGUES
CPF: 984.444.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

FABIULA MAIA RODRIGUES

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE