

**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 sequelas permanentes" (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

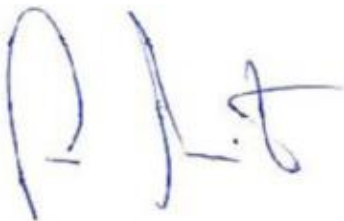
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

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 médico-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

FABIULA MAIA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 EVIDENCIA 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

Carta nº 13491791



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



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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13710584



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 015.790.873-96	Nome completo da vítima Andrerlonidio Cavalcanti de Sousa
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Andrerlonidio Cavalcanti de Sousa		CPF titular da conta 015.790.873-96		Profissão
Endereço Sítio Urubú Custódio		Número SN	Complemento	
Bairro Distrito Custódio	Cidade Quixadá	Estado CE	CEP 63.900.000	
Email			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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 7862 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 12650 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____	
CONTA NRO. 0 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____		BANCO Nome _____ NRO. _____		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____	

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

Andrerlonidio Cavalcanti de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Maria Geacineide F. Nobre
Coordenadora de Seguros Elétr
CNPJ 02.148.735/0001-18

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



Impresso nº 2018142580

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2061 / 2018

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:
Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência: **COLÉGIO AUDIZIO PINHEIRO**

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**

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:**

Fabricado

Ad-0377035/18
3180486340

RECEBEMOS

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

Rafael



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



Impresso nº 2018142580

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2061 / 2018

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Amberlândia Cavallante de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Geacineide F. Nobre
Corredora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06



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**

Lauda para: **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

PERÍCIA FORENSE DO CEARÁ
Núcleo Sertão Central - Quixeramocim
Reg. 640/18 Servidor Danieli
Data: 16.05.18 Hora: 09:44

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

7151065-6

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 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 da 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 EUSD 29,36
DICI = 0,00 P

ICMS

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

	Pedágio Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,58	21,17	42,34	0,00	1,59	0,00
FIC	7,52	15,04	30,09	0,00	1,00	0,00
DMIC	5,68			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3481.B214.6639.E338.7D56.5289.D9AC.509A

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 24972	24797	1,00	175	0,00	175	0,35156	61,52
02/05/18	02/04/18		30 DIAS		175		61,52

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	61,52
MULTA MORATORIA REF 02/2018	1,17
DEV. PGTO DUPLICIDADE	-67,69
DOACAO MATERNIDADE QUIXADA - TEL 88 3412 0681	5,00
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,12)	

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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



Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

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:

CEP:

Local: 017

Setor: 001

Quadra: 0057

Lote: 0320

Comp: 0000

Subsetor: Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A10F182633	1236	1247	11	9

DATAS

Leitura Atual: 02/05/2018

Emissão: 12/06/2018

Lacre Água: 2969298

Leitura 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	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	054	054	010	054	054
Analisadas	056	056	012	056	056
Em conformidade	056	023	000	052	056

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA	39,31	Mês/Ano	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

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,37
COFINS	1,87

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	42,57
VALOR DO SUBSÍDIO	3,26
VALOR TOTAL A PAGAR	39,31

MÊS/ANO

05/2018

VENCIMENTO

01/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

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. Site 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.



Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das CidadesFatura Mensal
Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0019441690

Código de Responsável:

Mês/Ano: 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



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

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Geacineide 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 Fabiula C.R. Rodrigues Mesquita inscrito (a) no CPF/CNPJ 984.444.923 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andrielândia Cavalcanti de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.790.873 / 96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Andrielândia Cavalcanti de Sousa, 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 <u>Rua Professor Júlio Holomondor</u>		Número <u>45</u>	Complemento
Bairro <u>Baviera</u>	Cidade <u>Quixadá</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63.9100-000</u>
Email <u>fabiulamaia10@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(88) 99620-4800</u>

Quixadá, 11 de Outubro de 2018
Local e Data

Fabiula C.R. Rodrigues Mesquita
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS
16 OUT 2018
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
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima André Lúcio C. de Sousa, cujo o condutor era
Joel de Sousa Brito.

Veículo: Honda/CG 150
Modelo: Honda/CG 150 PAN 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</u> <u>BRITO</u>
	Dou fé. QUIXADÁ, <u>11</u> OUT 2018 Em test. <u>[assinatura]</u> da verdade.
Maria Tereza de Fátima Bezerra - Titular Mário Sérgio Gonçalves - Substituto Wagner Lima Borges - Substituto Ismail Silva Almeida - Esc. Autorizado	

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Geineide 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 RINOLIQÚORICA

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 fistula 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 aspecto e sem sinais flogísticos, sem sinais de fistula 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:

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

FOLHA _____

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Coordenadora de Seguros Fidei
INP 121.487.736/0001-06

Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270

RECEITUÁRIO

Nome: _____

LAUDO MÉDICO

Paciente ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA
ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NEUROLÓGICO POR
SEQUELAS DECONTINENTES DE TCE GRAVE SOFRIDO EM
Fevereiro - 2018, APRESENTANDO-SE COM FÍSTULA
LÍQUORICA NASAL (QUE NECESSITA CURETA NEURO-
CIRÚRGICA), EPILEPSIA 2ª e CONTUSÃO CRANIANA
FRONTAL BILATERAL E ENCEFALOCELE. (ENCEFALOMÉLAX)
Paciente APRESENTA-SE COM EPISÓDIOS RECORRENTES DE CRISES
TCG E DISTÚRBO COMPORTAMENTAL COM AGITACÃO
PSICOMOTORA E AGRESSIVIDADE. ALÉM DE PREJÚZO
DA MEMÓRIA IMEDIATA E RECENTE, NÃO TENDO CONDIÇÕES
DE EXERCÍCIO LABORAL. EM USO DE FENITOÍNA 100mg
3x/dia, RISPERIDONA 3mg 3x/dia, AMITRIPTILINA 25mg
3x/dia - CID 10: T90, E40, F21

Mário H. Franca
Neurologia Clínica
CRM 6608

01.08.2018

DATA: ____/____/____

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
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

Fortaleza, 28 de junho de 2018.

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

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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



**Prefeitura de
Fortaleza**

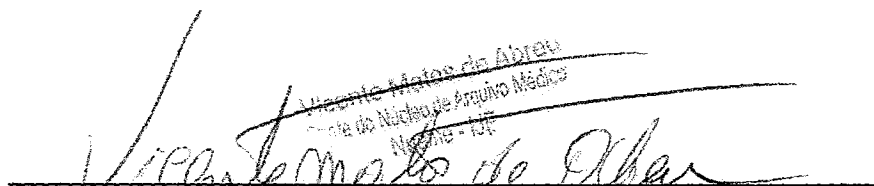
Secretaria Municipal de Saúde

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 Ramos do Abreu
Médico do Núcleo de Pronto Atendimento
Nº 107
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: _____

Medez

*Atto. por Anelândia
Cardoso de Sousa
apresentar sintomas de
TC com complica-
ções psíquicas. Eter
on 02 de novembro
32 24 dia CIP-F06*

*Carlos Augusto C. Barreto
Pq. Quixadá
CPF 242.684.200-00
OAB 5635*

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: André Ricardo Cavalcanti de Sousa RAE/Prontuário: SSSO968

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 26 / 02 / 18

HORÁRIO: 08 : 30 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- Fx de osso frontal
- Avaliação de necessidade cirúrgica

Data: 23/02/18

Dra. Luiza Clertiani
Cirurgia e Traumatologia
Bucco - Maxilo - Facial
Residente UF - CRO/CE 9674

Assinatura e Carimbo do Médico

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

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

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.736/0001-06

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

ACOMPANHAMENTOS PÓS-TRANSPLANTE

NOME: Anderlandio cavalcante de Sousa

CÓDIGO: 302266

DATA DO TRANSPLANTE: 23/03/18

OD

FOLHA: _____

PERICIADO

ACOMPANHAMENTOS	ASS. MÉDICO
SEGUNDA-FEIRA 08:30	
1ª APAC <u>23/04/18</u>	<u>Imu Pres 3x d. Lvs 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-FEIRA 08:30	

Serviço Social: 3206-6800

6831

Dr Alexandre Teles Holanda
CREMEC 6834 - CPF 684.634.104-83

TAIS

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que ANDERLANDIA CARVALHO DE SOUZA
SUBMETEU-SE A TRANSPLANTE DE CORNEIA OLHO DIREITO E
necessita de 90 (NOVENTA) dias de
licença para tratamento de saúde.

C.I.D. Z94.7 H16.0

FORTALEZA, _____

Alexandre Reis
Oftalmologista CRM 6894
23 ABR. 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 E
CNPJ: 21.487.736/0001-14

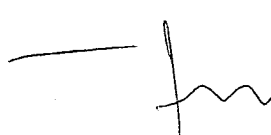


SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS
AV. BEZERRA DE MENEZES, 892 - SÃO GERARDO
CEP: 60325-001 - FORTALEZA - CEARÁ
FONES: (85) 3206.6801 / 3206.6802

ATESTADO MÉDICO

Atesto que ANDERJANIN CAVALCANTE
DE SOUSA, SUBMETEU-SE A MANUSPLANTE E CLINICA 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: 21.487.736/0001-06



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

Prontuário

Nº: 12430

Data de Admissão

17/10/2018

Ficha de Admissão

Dados de Identificação:

Nome: Andréaslandis Cavalcanti de Sousa Sexo: ☒ Masc. () Fem.
Data de Nasc.: 04/10/84 Idade: _____ () Menor () 19 a 35 () 36 a 65 () >65
Filiação: José Manoel André de Sousa e Antônia Lúcia Cavalcanti de Sousa Cartão do SUS: 700403403648792
Endereço: Sítio Umbu Bairro/Distrito: Centário
Cidade: Quixadá - CE Contato: (88) 92534236
Escolaridade: ☒ EF1 () EF2 () EM () ES () NE () Completo () Incompleto
Est. Civil: () Casado(a) ☒ Solteiro(a) () Relação consensual () Viúvo(a) () Divorciado(a)
Cônjuge: _____ 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: () Cônjuge ☒ Familiares () Não Familiares () Sozinho(a)

Dados Clínicos

Encaminhamento: () Demanda espontânea ☒ PSF () Hospital () Justiça () Projetos Sociais
Diagnósticos: ☒ Não () Sim: _____
Droga de dependência: ☒ Não () Alcool () Cigarro () Maconha () Cocaína () Craque () Outros
Medicação psicotrópica atual: Amisulpridina 25mg - 100mg
() Antidepressivos () ansiolíticos () Antipsicóticos () Anticonvulsivante

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
187.736/0001-06

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preenche esta ficha em 03(três) vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2(duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

UNIDADE ORIGEM _____

DISTRITO SANITÁRIO _____

MUNICÍPIO _____

Nome: Anderson Carlos Cavalcante Siqueira Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 04/10/1984 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: Recusado a partir de exame de urina, devido a presença de hematuria, micção

Resultado de Exames: _____

Femiteine + Antiplasma 25g

Conduta Realizada: _____

Devo manter, pois TCE

Impressão Diagnóstica: _____

C. Araújo

Med. do Trabalho CRM 8728

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: 243653203-00

Função: _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Exame de urina - CAP Profissional: _____

Unidade de Referência: Dr. Paulo Data _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

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 _____

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-08

CID: _____

CID: _____

CID: _____



Omnimagem

diagnóstico para uma vida saudável



Atendimento: 1228912

Data: 23/04/2018

Paciente.....: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

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

Convênio.....: PARTICULAR

Exame: TC CRANIO

Qtde Películas : 01 - Qtde Papéis: 03 - Qtde Cds: 01 - Qtde folhas laudo: 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 líquido 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 aracnóide.

-Hematomas da linha média constatados.

-Não evidenciei coleções hemorrágicas intra-cranianas.

Obs:

-Sinusopatia maxilar esquerda.

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

THE. INBRIE. DEIN. MOONNA. THE. ANITA

RADIOLOGISTA

CRM: 9881

P

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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

0 - ☎ (85) 3455.5555

Bezerra de Menezes - ☎ (85) 3455.5555

Maracanaú - ☎ (85) 3371.1020

www.omnimagem.com.br

Imagem para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

PACIENTE: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

ATEND. 20473

SOLICITANTE: PATRICIA HELENA ALVES MACIEL

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 líquido, 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 líquido, 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 das 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.

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

3180486340



CLÍNICA

SÃO RAFAEL

compromisso com sua saúde

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

Unidade I

Rua Rodrigues Junior, 1314 Centro - Quixadá/CE
Fones: (88) 9 9249.3151 | (88) 9 9861.9498

Unidade II

@clinicasaorafaelxd | clinicasaorafaelquixada

RECEITUÁRIO

Nome: _____

LAUDO MÉDICO

Doente ANDRELÂNIO CAVALCANTE DE SOUZA
ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO POR SEQUELAS DECORRENTES
DE TCE GRAVE SORRIDO EM FEVEREIRO-2018. APRESENTANDO-SE
COM EPILEPSIA SECUNDÁRIA A CONTUSÃO CEREBRAL E
ANOSMIA. TAMBÉM APRESENTA COMO DUBIDO SEQUELAR
DISTÚRBO COMPORTAMENTAL (TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA E AGRSSIVIDADE) E PRECÓIZO DA
MEMÓRIA IMEDISTA E RECENTE, NÃO TENDO EM
DEFINITIVO, CONDIÇÕES DE EXERCÍCIO LABORAL.

ENCONTRA-SE EM USO DE
RISPERIDONE 3mg 3x/d
AMITRIPTILINA 25mg 3x/d
FENITOÍNE 100mg 3x/d

cid 10: T90
G40
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 mãos, OE: 20/20, Bio: OD: rejeição de córnea, edema de córnea intenso, hiperemia conj 3+, OE: ndn. Devido ao quadro de rejeição de córnea em OD necessita afastar-se das atividades laborativas durante o período de recuperação.

Cid: H54.4

Z94.7

T 86.2

FORTALEZA, 19-11-2018

**Juliana Nunes
CRM 16833**

Fortaleza, 19/11/2018

Ass. Médico: _____

JULIANA DOS SANTOS NUNES ZARETE

CREMEC: 16833

*Dra. Juliana
OFTALMOLOGIA
CRM 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 TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2008019100499

DATA DE EXPEDIÇÃO 8/11/2003

NOME ANDREERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

PAI JOSÉ MARIA ANDRÉ DE SOUSA E ANTONIA LEUDA CAVALCANTE DE SOUSA

NATURALIDADE QUIXADA-CE

CERT. NASC. 2814 L A.05 F.

2º CUSTÓDIO/QUIXADA/CE

DATA DE NASCIMENTO 4/9/1984

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
015.790.873-96

Nome
ANDREERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Nascimento
04/09/1984

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBEMOS

16 OUT 2019

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

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1029139614

NOME
 FABIULA MAIA RODRIGUES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2002002125665 SSPDC CE

CPF
 984.444.923-53

DATA NASCIMENTO
 17/02/1984

FILIAÇÃO
 FRANCISCO DE PAULO
 OLIMPIA BEZERRA MAIA

PERMISSÃO
 ACC
 CATHAL

Nº REGISTRO
 02990273363

VALIDADE
 28/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
 09/08/2003

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

Fabiula Maia Rodrigues
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 17/11/2014

Moisés V. da Silva
 MOISÉS VASCONCELOS PEREIRA
 ASSINATURA DO EMISSOR

47866042986
 CE144703963

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1029139614

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014138327670

VIA 01 Cód. RENAVAM 544048245 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME JOEL DE SOUSA BRITO

QUIXERAMOBIM /CE

CPF / CNPJ 48477834334

PLACA ANT / UF / CF

PLACA ORZ1423/CE

CHASSI 702K61670DR480641

ESPÉCIE TIPO

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOL/ALCO

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

CAP / POT / CL

2P/OCV/145CC

CATEGORIA

PARTIL

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

VENG. COTA ÚNICA

VENG. COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL

DATA

22/05/2018

Igor Ponte

Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 014138327670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

48477834334

ORZ1423/C

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

014138327670

80887699071

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

RENAVAM 544048245 PLACA ORZ1423

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. PART MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO MOD. 2013 Nº CHASSI 9C2K61670DR480641

FNS (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

MOTOR: KC16E7D480641

05656

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 cranioencefálicas 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

RECEBEMOS
16 OUT 2018

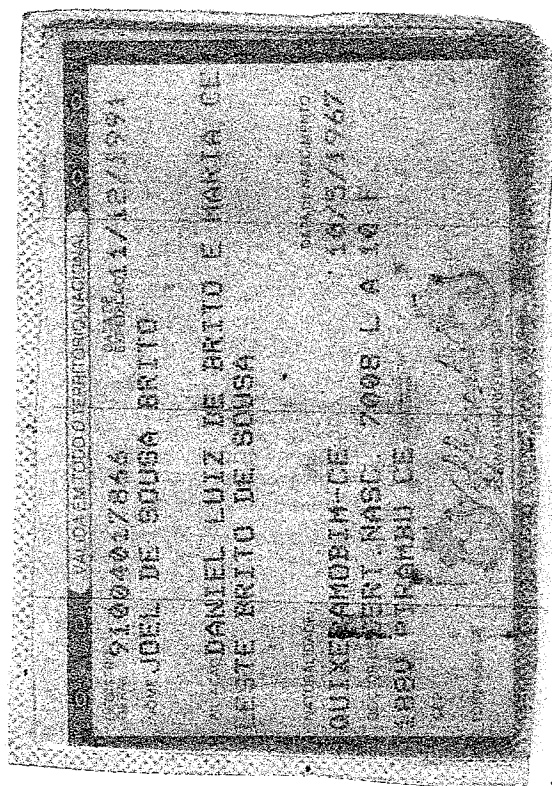
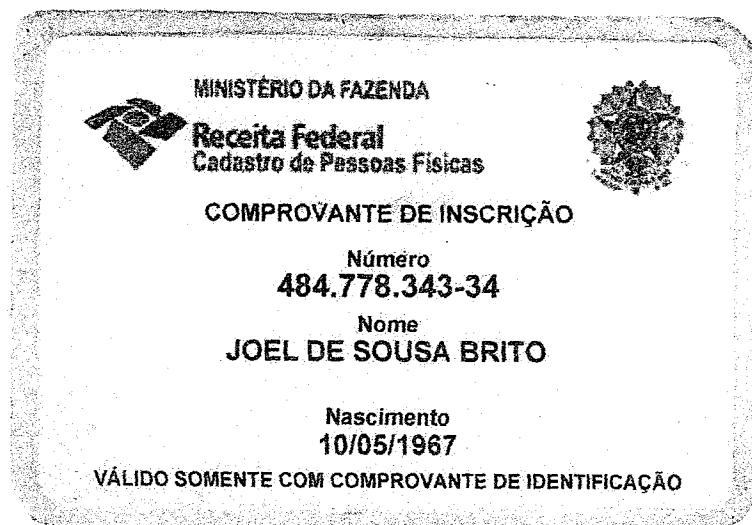
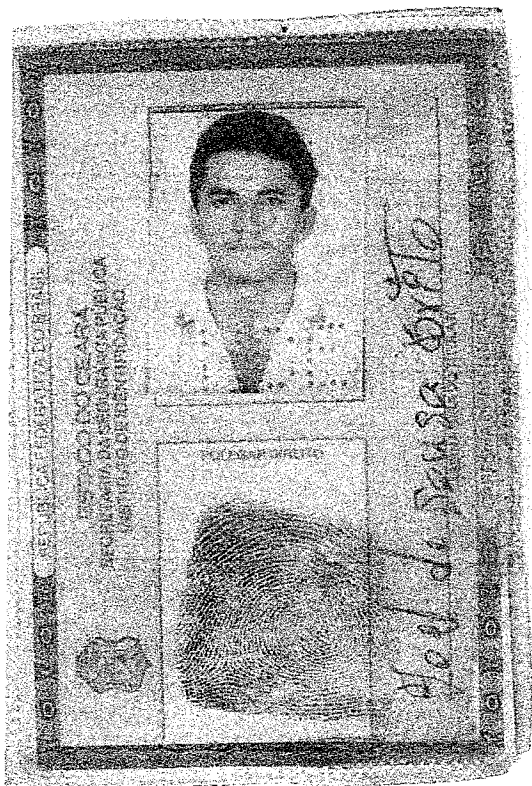
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

20/6/2018 17:28

1 de 1

ASSINADO DIGITALMENTE POR PAULO RICARDO LOPES SILVA:04180443414

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO SECRETARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		CE
NOME JOEL DE SOUSA BRITO		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 91004017866 SSP CE		
CPF 484.778.343-34		DATA NASCIMENTO 10/05/1967
FILIAÇÃO DANIEL LUIZ DE BRITO MARIA CELESTE BRITO DE SOUSA		
PERMISSÃO []		ACC []
N.º REGISTRO 66725369944		VALIDADE 30/06/2021
1.ª HABILITAÇÃO 13/10/2016		
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
Joel de Sousa Brito ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL QUIXADÁ, CE		DATA EMISSÃO 25/10/2017
ASSINATURA DO EMISSOR []		40651326511 CE161893147
CEARÁ		

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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

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

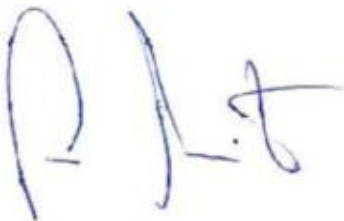
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

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.



Andrerlandio Cavalcante de Sousa
Outorgante
CPF Nº 015.790.873-96



Reconheço a(s) firma(s) e a autenticidade de	
ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA	
21 JUN 2018	
Em test. da verdade.	
ALEX GARNEL DANTAS DE LIMA	
Escrivente autorizado	

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CPF: 021.487.736/0001-02

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

FABIULA MAIA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE