

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Francisco Dias de Paula brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão PESEMEIRO inscrito(a) sob o CPF nº
908.310.863-00 e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua Rio Povo, nº 89,
Bairro MONTEBEM, na cidade de Fortaleza, telefone _____
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 99811.1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 06 de Dezembro de 201 8.

Francisco Dias de Paula

OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder
Consórcios do Seguro DPVAT

INVALIDEZ: 3380477364

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371610/18

Vítima: FRANCISCO DIAS DE PAULA

CPF: 408.310.863-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/05/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DIAS DE PAULA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO DIAS DE PAULA : 408.310.863-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

PA
LIGA
DO BET
VALOR

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: 10/10/2018
Nome: FRANCISCO DIAS DE PAULA
CPF: 408.310.863-00

3180 477364

FRANCISCO DIAS DE PAULA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

- DECLARAÇÃO IML.



BOLETIM DE Ocorrência Nº 118 - 2177 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/07/2018 08:36:58**
Data / Hora da Ocorrência: **08/05/2018 11:15:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOM ALMEIDA LUSTOSA**
Complemento: **CRUZ, ROD. BR222**
Bairro: **TABAPUÁ / JUREMA** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO DIAS DE PAULA**
Nascimento: **22/01/1963** CPF: **408.310.863-00**
RG: **2008937059** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **RITA MARIA DA CONCEIÇÃO**
SERGIO FRANCISCO DE PAULA
Endereço: **RUA RUA RIO DOCE, 89**
Bairro: **MONDUBIM** CEP: **60.767-280**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98556-9416**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIF7758** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1670DR406218** Renavam: **490345808** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO TORRES DA SILVA JUNIOR** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o noticiante que no dia, hora e local acima citados trafegava na garupa da motocicleta acima descrita, pilotada pelo seu sobrinho Francisco Torres da Silva Junior, ocasião em que outro motoqueiro efetuou uma manobra de retorno irregular, colidindo contra a motocicleta que o noticiante estava; QUE em decorrência da colisão, o noticiante e seu sobrinho caíram ao solo, mas apenas o noticiante se lesionou com mais gravidade, enquanto que seu sobrinho Francisco Torres teve apenas escoriações leves; QUE o motoqueiro causador do acidente se evadiu do local sem ser identificado, nem sua motocicleta; QUE uma ambulância do SAMU foi acionada, mas devido a demora, um tio do noticiante chegou antes no local e socorreu o noticiante em carro próprio inicialmente ao Hospital Frotinha de Antônio Bezerra, mas lá estava muito lotado, então o noticiante foi levado para o Hospital Frotinha de Parangaba, em Fortaleza/CE, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos. Nada mais disse.///////

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

10 OUT. 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO MAT.: **198853-1-3**

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 04/07/2018 08:52:03

Francisco Dias Paula

26 SET. 2018
ASS. *[assinatura]*
28 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

fls. 10



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 2177 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Dias Paula

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUCAS SILVA MACHADO - MAT.: 300547-1-7

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

28 AGO. 2018

26 SET. 2018

Ass: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

Ass: _____

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Pág. 2 de 2

Impresso em: 04/07/2018 08:52:03

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LIBIA CORRETORA DE SEG. LÍDER

10 OUT. 2018

ASS: _____

_____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Torres da Silva Júnior,

RG nº 2003010141451, data de expedição 05/04/2014,

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 011.729.713-58, com

domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Guilherme Bezerra - Planalto Ailton Senna, nº 490,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Francisco dias de Paulo, cujo o condutor era

Francisco Torres da Silva Júnior.

Veículo: Moto

Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESDI

Ano: 2012/2013

Placa: 01F 7758

Chassi: 9C2KG1670DR406218

Data do Acidente: 08-05-2018

Local e Data: maracanã 25/06/2018

Francisco Torres da Silva Júnior

Assinatura do Declarante

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

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

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MARQUES - 2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS PÚBLICOS
TABELIA: BELª ANA VIRGINIA DE PAULA MARQUES - CNPJ: 23.719.610/0001-45
Av. Dr. Mendel Steinbruch, Nº 271 Lj. 07/08 - Pajuçara - CEP: 61.910-000 - Maracanã - CE
Tel: (85) 3293.1956 / 3293.1866 - E-mail: contato@cartoriomarkes.com.br / www.cartoriomarkes.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: FRANCISCO TORRES DA SILVA JUNIOR. Maracanã/CE, 25/06/2018 14:08:36. Em test. de verdade. WANDA MENDRADO SA FARIAS Válido somente com o selo de autenticidade: CK001409

2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS PÚBLICOS

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

28 AGO. 2018

26 SET. 2018

CONFIRMAÇÃO DE ASSINATURA

02

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Nº CK 001409 HZRO

Confira os dados do ato em: selodigital.tjce.jus.br/portal

Declaração

Declaro para o devido fins que o paciente Francisco Dias de Paula, de Id 2008937059 e cpf 408.310.863-00, realizou 40m de fisioterapia motora devido fratura de núcleo E, paciente realizou 40 atendimentos onde cada atendimento era no valor de 90,00 R\$. A conduta fisioterapêutica foi a diminuição do quadro de dor, ganho de ADM e aumento de força muscular. Os atendimentos de fisioterapia eram 5x na semana, iniciou no dia 27/06 e finalizou 03 de Setembro 2018.

Karlyn Kennedy
 Karlyn Kennedy
 Fisioterapeuta
 CREFITO 247-651 F

Fortaleza 03 de Setembro de 2018.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

ASS: _____



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO DE PRONTO ATENDIMENTO
A.V. Celso de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 40.720-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3132-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - SUS - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

231810222053

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Francisco Dias de Paula

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA - RIO DOCE Nº 89

BAIRRO

MONDUBIM

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

22/01/1963

SEXO

1. ☐ MASC3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

DADOS DA INTERNAÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE

156858963-87

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

552-5

DATA DA EMISSÃO

08/05/2018

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Internado por fr. L. viv. e
fratura ext. distal rádio

LIBIA CORRETORES

10 OUT. 2018

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

No unidade

LIBIA CORRETORES

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

28 AGO. 2018

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura ext. distal rádio

TIPO DE CLÍNICA

1. ☒ CIRÚRGICA2. ☐ OBSTÉTRICA3. ☐ CLÍNICA MÉDICA4. ☐ FISIOTERAPIA5. ☐ PSIQUIÁTRICA6. ☐ PEDIÁTRICA9. ☐ OUTROS

26 SET. 2018

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cirúrgico fratura distal rádio

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

08/05/18

HORA

Paulo César Barros Machado
Médico - Ortopedista
CRM 4977

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

F. D. de P.

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

09/05/2018

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

08

05

18

Inferno p/ test. evólto febre
diagnóstico de

Paulo César Barros Machado
Médico Ortopedista
CRM 4977

05

18

Entumagem

F.D.P. 55a, masculino. Admitido nesta unidade
PITTO traumatológico com HD. Fratura punho
esquerdo, comunit, curado, deambulando
adequado, faz uso de Mulfarmen; para HA e
alergia medicamentosa, segue as curas eq

05/05/18

Punho e fratura fechados, de modo definitivo
manuseio manual
em manuseio

Unidade Policlínica de Saúde
Cidade de Fortaleza
Rua da Saúde, 1500

DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

10/05

PLANOVA PARADO 1/2 INSP. OUT. 2018

10/1 PLANOVA PARADO

ASS.

Dr. Antônio Luiz V. Gonçalves
Ortopedista Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 12444 TEOT 11047

LIDIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

CORRETORA DE SI

28 ABO. 2018

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: José Dias de Paula				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			08/05/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
13	<i>Receta e guia</i> 13/05/18. J. Dias, 55 anos, 40. Fratura exposta de fêmur direito + DM. Avaliar consciência, orientado, verbalizando, despiado, agitado, não responde, não responde. Segue em observação, aguarda cirurgia. <i>Receta e guia</i> Jamilis Vitorino Enfermeira COREN-CE 33135 HOSPITAL DISTANTIAL AM JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATENÇÃO QUE CÔPIA COM O ORIGINAL Emanuelle Monteiro Mat. 763
14	14. R. D. P. O., 55 anos, 40. Fratura exposta de fêmur direito + DM. Avaliar consciência, orientado, verbalizando, despiado, agitado, não responde, não responde. Segue em observação, aguarda cirurgia. <i>Receta e guia</i> Francine M. de Moraes ENFERMEIRA COREN-CE 33135 LIDIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA. 10 OUT. 2018 CORRETOIRA DE SEG. LTDA. 28 SET. 2018
15/05/18	Francisco, 55 anos, orientado, verbalizando, cooperativo, agitado. Segue aguardando cirurgia. LIDIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA. 28 AGO. 2018 306109 J. Dias

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

06:	114		professor
-----	-----	--	-----------

NAME: James J. Dias de Paula

	Glicemias	Insulinas	Rubric
11:			
16:			
20:	145	-	Reu
06:	124	-	Reu

SINAIS VITAIS	
HORÁRIO:	15:26 29/08
P.A.:	110X100/4,00/0
TEMP.º:	36,1
P./MIN.:	72
M.V. / MIN.:	1

[illegible]

LIBIA CORRETORA DE SEGUNDA	CORRETORA D	DA
----------------------------	-------------	----

28 AGO. 2018 26 SET. 2018

155. AGC.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJRO-Fortaleza de Parangaba

PREScrição Médica / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

NOME: João Dias da Paula

IDADE: 53

ENF.: B

LEITO: 112

Nº. PRONATUÁRIO: 101801

PREScrição Médica / ASSINATURA

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

RUBRICA

17
05
58
Mat. fisiológica

Baixa de alta hospitalar para a clínica

Dr. Antonio L. M. Gonçalves
Otorrinolaringologista
CRM 14041
Cirurgião de Orelha, Nariz e Garganta

HOSPITAL DISTRICTAL N.º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
NISTO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

SINAIS VITAIS			
HORÁRIO:			
P.A.:			
TEMP.º:			
P./MIN.:			
M.V./MIN.:			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

26 SET. 2018

28 AGO. 2018

ASS: _____

155: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTINA DE PARANGABA
AV. Orlão da Praia nº 1137 - Parangaba - CEP 60.728-100 Fortaleza - CE
Telefone(s) (85) 3131-7221 - Fax: 3131-7315

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Francisco Dias de Paula

Enfermaria: _____ Leito: _____

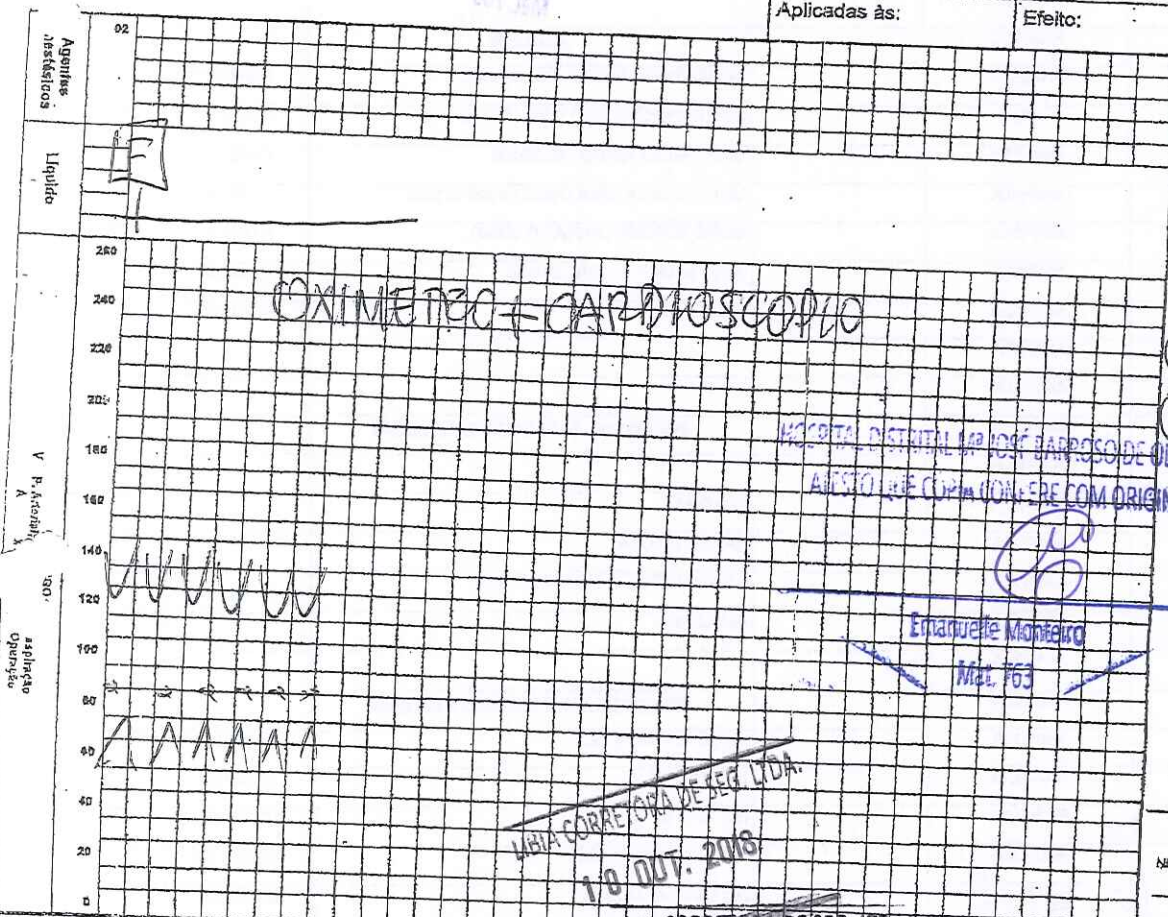
Prontuário Nº: _____

Data: <u>16/05/18</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina:						

Ap. Respiratório:	Asma:	Bronquite:
Ap. Circulatório:	Eleftrcardiograma:	
Ap. Digestivo:	Dentes:	Pescoco:
Estado Mental:	Atarácicos:	Corticóides:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fract. antebraço E</u>	Alergia:	Hipotensores:
Anestésias Anteriores:	Estado Físico: <u>ASA I</u>	Risco:

Aplicação Pré-anestésica:

Aplicadas às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO

Sedat.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____
Laringo espasmo: _____ Lenta: _____
Náusea: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

1) mantenção
2) Fract. antebraço
3) propofol 200mg

Anestesia Geral: ☒ sim ☐ não
Não, por que? _____

DESPERTAR

Reflexos na S.O.: S
Obstr.: _____ CO2: _____ Excit.: _____
Náusea: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

Com cânula: _____
Para o leito: ☒ sim ☐ não

CONDIÇÕES: boa

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
18 OUT. 2018

28 ABO. 2018

26 SET. 2018

Agentes: Fentanyl, Propofol
Técnica: Sedação
Operação: Fr. em fract. antebraço
Cirurgiões: M. Marcos Amêlio
Anestésistas: H. Francisco Andrade Dias
Observações: _____

Perda Sanguínea: _____



Francisco Dias de Paula

Laudos Médicos

Paciente sofreu acidente
automobilístico com fratura
de punho esquerdo, tendo
na alta perda de função
de 45%

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

ASS:

Dr. Chagas Alves Junior

REC: 15007
Médico - Fortaleza

26/09/18





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DE FARMACIA
AV. Odebrecht nº 1327 - Parangaba - CEP 44.728-980 - Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 3331-7311 - Fax: 3331-7319

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

337430

Paciente: FRANCISCO ADRIANO DE AQUA

Data da Operação: 16/05/18 Enfermaria: Leito:

Operador: MARCOS AURELIO

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

JÚNIA

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

FRATURA DO ULNAR (E)

Tipo de Operação:

REDUÇÃO + FIXAÇÃO

Diagnóstico Pós-operatório:

O MÊMO

Relatório Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscemas

1. Paciente em DDH sob anestesia
2. Anestesia + Antiespasmódico
3. Redução incruenta + placa
4. Curativo
5. Higienização

Dr. Marcos Aurélio
Cirurgião de Mão
e Traumatologia

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

28 AGO. 2018

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

PRONTUÁRIO

Ass:

Ass:



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DE PARANAGÁ
Av. Osório do Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 3131 7322

RECEITA

FRANCISCO DIAS DE RAULA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE, 55 ANOS, POS - OPERATÓRIO
DE FRATURA DE RÔTULO DÍZEL (E).
REALIZANDO FISIOTERAPIA
PARA REABILITAÇÃO.
RECEBE ALTA MÉDICA MELHORADA

DATA: 04.07.18

Dr. Marcos Aurélio S. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12081

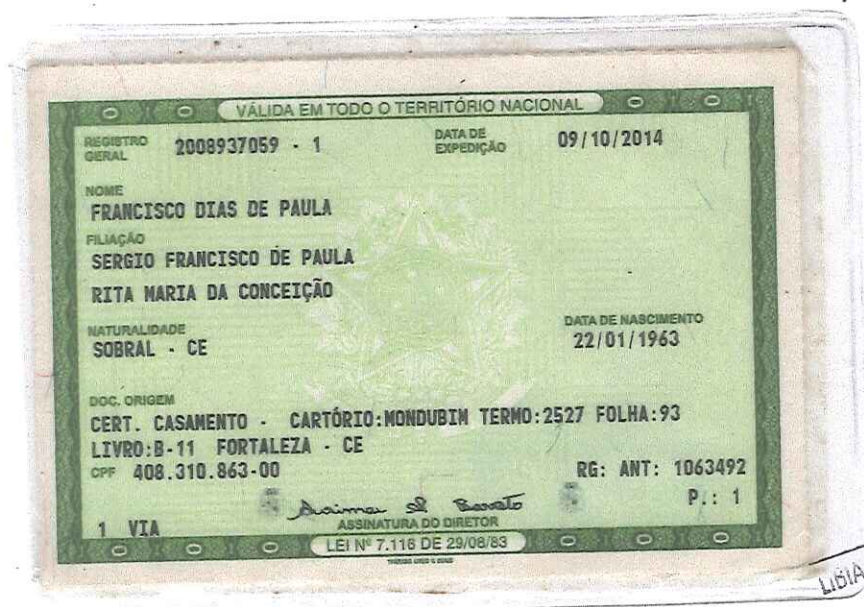
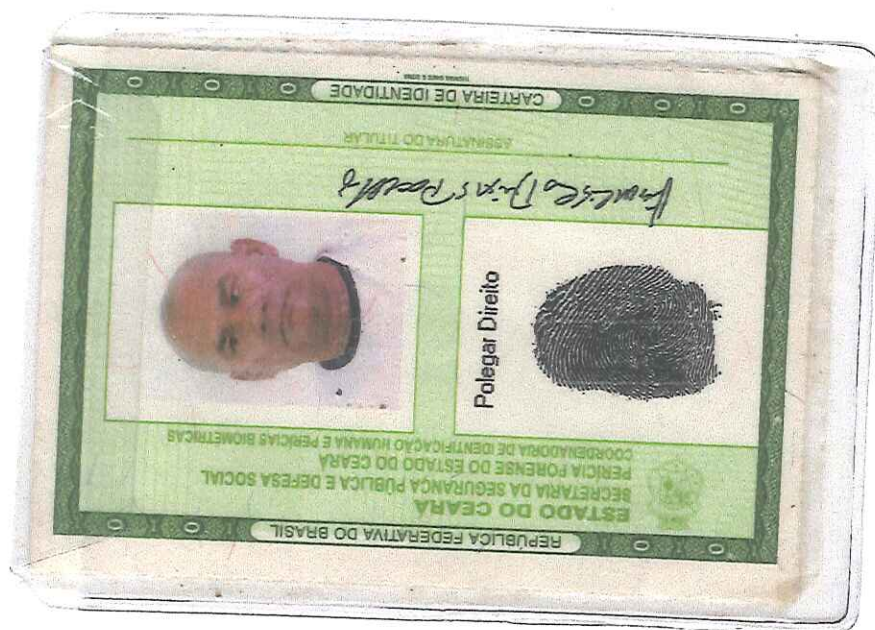
CRM Médico (a)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

28 AGO. 2018

ASS:



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

26 SET. 2018 28 AGO. 2018

ASS: ASS:

[illegible]

DPVAT

8 PESSOAS
COTORES DE
1, A 150000

* PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS
COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A
RESOLUÇÃO CONSP/Nº 273/2012.

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

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2017		29/09/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	01172971358	01F775B	
RENAVAM	MARCA / MODELO	Nº CHASSI	
00490349805	HONDA/CB 150 FAN EST	902KC16700R40621B	
ANO FAB	CAL TIME		
2012	09		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DERATAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
81,29	9,03	90,33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	DELA SEU 60/210 8522000 76	
4,13	0,7	185,5	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	28/09/2017	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.699/0001-04

MOTOR: KC16E7D40621B

01434

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1471638228

PROIBIDO PLASTIFICAR
1471638228

NOME
FRANCISCO TORRES DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003010141451 SSP CE

CPF
011.729.713-59

DATA NASCIMENTO
23/01/1986

FUNÇÃO
FRANCISCO TORRES DA SILVA
ROZA PAULA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA
A

Nº REGISTRO
06585286357

VALIDADE
25/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
21/03/2016

OBSERVAÇÕES
A ;

Assinatura do Portador
Francisco Torres da Silva Junior

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
05/04/2017

Assinatura do Emissor
80353015570
CE158880510

CEARA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT..2018

Ass:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

26 SET. 2018 28 AGO. 2018

Ass:



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

408.310.863-06

Nome completo da vítima

FRANCISCO DIAS DE PAULA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO DIAS DE PAULA		CPF titular da conta 408.310.863-06	Profissão RECUZO
Endereço RUA RIO DOCE		Número 89	Complemento CASA
Bairro MONDUBIM	Cidade FORTALEZA	Estado CEARA	CEP 60767280
Email NAO TEUHO		Telefone (DDD) (85) 98618-7449	

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

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0919 D/V
 CONTA NRO. 8907 D/V 7
 (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (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.

FORTALEZA-CE, 26 de AGOSTO de 2018

Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

28 AGO. 2018 6 SET. 2018

FRANCISCO DIAS DE PAULA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
26 SET. 2018
28 AGO. 2018
ASS: _____

LIBIA CORRETORA DE-SEG. LTDA.
26 SET. 2018
ASS: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018
ASS:

Nº do Cliente: 1453988-8
 Data de Emissão: 19/06/2018 Referência: Jun/2018
 Nº da Nota Fiscal: 529860199 Total a Pagar (R\$): 63,01
 838300000000-4 63010031000-1 Nº de Controle: 0001453988 00526 39632 18
 0001453988003 05263963286-9