Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

A. Identificação do pagamento

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCINALDO DA SILVA,

PORTADOR(A) DO RG Nº 2003099085580 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 09/12/1121 E CPF 017043993-35 /CNPJ ___.___.___/____-__, PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R$ 380,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCINALDO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo daquele informado para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Cleonilde F. Nobre
Corretora de Seguros Ltda
CNPJ:21.487.736/0001-06

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1957 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.14348-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

BARBALHA-CE, 22 de AGOSTO de 2017 Francinaldo da Silva

LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

RECEBEMOS

01 SET 2017

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

RECEBEMOS

01 SET 2017

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

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1671 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/08/2017 10:07:17**
Data / Hora da Ocorrência: **20/05/2017 18:40:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CABECEIRAS**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO À IGREJA**

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-CE

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCINALDO DA SILVA**
Nascimento: **04/06/1987** CPF: **017.043.993-35**
RG: **2003099085580** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LETICIA DA SILVA**
ANTONIO JOSE DA SILVA
Endereço: **RUA RITA DE CACIA ARAUJO SILVA - RUA P, 134**
Bairro: **PARQUE BULANDEIRA**
Município: **BARBALHA/CE** CEP: **63.180-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98105-0714**

Dados do(s) Veículo(s)

1) *Placa:* **OSH1052** *Uf:* **CE** *Município:* **BARBALHA** *Chassi:* **LHJPJK3D0CDA00381** *Renavam:* **527201871** *Tipo do Veículo:* **MOTOCICLETA** *Marca / Modelo:* **I/BASHAN RACER 150** *Ano Fabricação:* **2012** *Ano Modelo:* **2012** *Combustível:* **GASOLINA** *Cor:* **VERMELHA** *Proprietário:* **FRANCINALDO DA SILVA** *Situação:* **NÃO INFORMADO** *Envolvimento:* **COLISAO**

Histórico

ADVERTIDO DAS PENAS COMINADAS PELO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO E FALSA DENUNCIAÇÃO DE CRIME, O DECLARANTE AFIRMA QUE, estava pilotando a motocicleta acima descrita quando, após uma curva, deparou-se com um aglomerado de pessoas em uma procissão; QUE o declarante não teve tempo de desviar da multidão e acabou atropelando uma pessoa que ali estava; QUE as pessoas que compunham a procissão não estavam utilizando velas e nenhuma outra sinalização de que estavam na via; QUE ao colidir com o pedestre, o declarante foi arremessado ao chão, tendo sofrido lesões sérias na face, embora estivesse utilizando capacete; QUE o declarante não havia consumido bebida alcoólica; QUE o declarante permaneceu no local até que um conhecido seu que mora nas proximidades do local do acidente o socorreu, juntamente com a outra pessoa acidentada; QUE ambos foram socorridos juntos e encaminhados para o Hospital Santo Antônio; QUE em seguidaQUE o declarante acabou por atingir com sua moto a pessoa de JOSÉ DANIEL DA SILVA, pois este o procurou, pois precisava da documentação da motocicleta do declarante para registrar o acidente, tendo-o feito através do BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421-1201; QUE não fizeram um único boletim de ocorrência porque o declarante teve dificuldades em conseguir os documentos no hospital em que recebeu os primeiros socorros; QUE o declarante sofreu fratura dos ossos malares e maxilares, além de fratura dos ossos nasais, tendo sido submetido à

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 424 - 1674 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 10/08/2017 10:07:17
Data / Hora da Ocorrência: 20/05/2017 18:40:00
Endereço da Ocorrência: SITIO CABECEIRAS
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Município: BARBALHA/CE
Ponto de Referência: PRÓXIMO Á IGREJA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCINALDO DA SILVA
Nascimento: 04/06/1987 CPF: 017.043.983-35
RG: 2003099085280 Orgão Emissor: DETRAN UF: CE
Filiação: MARIA LETICIA DA SILVA
ANTONIO JOSE DA SILVA
Endereço: RUA RITA DE CACIA ARAUJO SILVA - RUA P, 134
Bairro: PARQUE BULANDEIRA
Município: BARBALHA/CE CEP: 63.180-000
País: BRASIL Telefone: (88) 98105-0714

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSH1052 UF: CE Município: BARBALHA Chassi:
LHJPK3DDCDA0D3381 Renavam: 527201821 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA RACER 150 Ano Fabricação:
2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA
Proprietário: FRANCINALDO DA SILVA Situação: NAO INFORMADO
Envolvimento: COLISAO

Histórico

ADVERTIDO DAS PENAS COMINADAS PELO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO E FALSA DENUNCIAÇÃO DE CRIME, O DECLARANTE AFIRMA QUE, estava pilotando a motocicleta acima descrita quando, após uma curva, deparou-se com um agiomerado de pessoas em uma procissão; QUE o declarante não teve tempo de desviar da *multidão* e acabou atropelando uma pessoa que ali estava; QUE as pessoas que compunham a procissão não estavam utilizando velas e nenhuma outra sinalização de que estavam na via; QUE ao colidir com o poste, o declarante foi arremessado ao chão, tendo sofrido lesões sérias na face, embora estivesse utilizando capacete; QUE o declarante não havia consumido bebida alcoolica; QUE o declarante permaneceu no local até que um conhecido seu que mora nas proximidades do local do acidente o socorreu, juntamente com a outra pessoa acidentada; QUE ambos foram socorridos juntos e encaminhados para o Hospital Santo Antônio; QUE em seguidaQUE o declarante acabou por atingir com sua moto a pessoa de JOSÉ DANIEL DA SILVA, pois este o procurou, pois precisava de documentação de motocicleta do declarante para registrar o acidente, tendo-o feito através do BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421-2017: QUE não fizeram um único boletim de ocorrencia porque o declarante teve dificuldades em conseguir os documentos no hospital em que recebeu os primeiros socorros; QUE o declarante sofreu fratura dos ossos maiares e maxilares, além de fratura dos ossos nasais, tendo sido submetido a

Impresso em: 18/08/2017 - 17:08:22

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

CIS _____

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1571 / 2017

intervenção cirúrgica; QUE apresenta como testemunhas as pessoas de (i) VALDENI DE MENDONÇA, portador do RG Nº 2006029100755, residente na Avenida Paulo Marques, nº 996 - Pq. Bulandeira - Barbalha/CE e (ii)JOÃO MARCOS DE BARROS NETO, portador do RG. Nº 2007149771-9, residente no Sítio Correntinho - Cabeceiras - Barbalha/CE; QUE está ciente de que foi expedida a GUIA À PERÍCIA FORENSE Nº421-303/2017 e que é de sua responsabilidade a realização ou não do exame; QUE este Boletim de Ocorrência destina-se ao Seguro DPVAT e a pessa de DANIEL, que trabalha para um advogado da cidade de Barbalha, fará a intermediação do Seguro DPVAT; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____
ELISANGELA DA CUNHA MENDES - MAT.: 300032-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____
JULIO CESAR AGNELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 427 - 1871 / 2017

Intervenção cirúrgica; QUE apresenta como testemunhas as pessoas de (1) VALDENI DE MENDONÇA, portador do RG Nº 2000029100755, residente na *Avenida Paulo Marques, nº 998 - Pq. Bulandeira - Barbalha/CE e (II)JOÃO* MARCOS DE BARROS NETO, portador do RG. Nº 2007114977*1-9*, residente na sítio Correntinho - Cabeceiras - Barbalha/CE; QUE está ciente de que foi expedida a GUIA À PERÍCIA FORENSE Nº*421-30/2017* e que é de sua responsabilidade a realização ou não do exame; QUE este Boletim de Ocorrência destina-se ao Seguro DPVAT e a pessoa de DANIEL, que trabalha para *um* advogado da cidade de *Barbalha*, fará a intermediação do seguro *DPVAT; E NADA MAIS DISSE.*

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____
ELISÂNGELA DA CUNHA MENDES - MAT.: 3096232-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____
JULIO CESAR ADRIELLI LOBO - MAT.: 1587795-1-8

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML

Eu, FRANCINALDO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2003090855 60 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.013993-35, residente e domiciliado na RUA PRA.RITA DE CACIA ARAUJO SILVA, PQ. BULANDEIRA, Cidade BARBALHA, Estado CEARA, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francinaldo da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RECEBEMOS

01 SET 2017

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

BARBALHA-CE . 22.08.2017

Local e data

Comprovação de ato declaratório

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA Admissão: 20/05/2017 21:11

Pront.: 147120 Data Nasc.: 04/06/1987 Idade: 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) Tel.: 88 981235721

Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA

Sexo: Masculino RG: Município: BARBALHA

CEP 63160-000 Bairro: ZONA RURAL

Endereço: SITIO CORRENTINHO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DEBORAH ALBUQUERQUE ALVES MOREIRA Horário 20/05/2017 21:19

Queixa:
paciente com relato de acidente de transito apresentando epistaxe e escoriações em face, nega desmaio e/ou vomitos

Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
DOR INTENSA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO CRM: 6 Nº: 375320 Horário 20/05/2017 22:10

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISAO COM UM PEDESTRE OU UM ANIMAL - PASSAGEIRO TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO

Comorbidade:

HDA/Exame Fisico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM, CAPACETE, NÃO ALCOOLIZADO (ATROPELAMENTO). NEGA PERDA DA CONSCIENCIA OU VOMITOS. APRESNTANDO EPISTAXE E FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM LABIOS.
VIAS AÉREAS PERVIAS, MV + SEM RA, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, ABDOME INOCENTE. GLASGOW 15. PUPILAS FOTORREAGENTES, FORÇA MUSCULAR PRESERVADA.

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Geonelde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI ISGH AUTÊNTICO AO ORIGINAL ASS.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	20/05/2017 22:17	Não	Pendente
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0201020034)	20/05/2017 22:17	Não	Pendente
TC FACE SEM CONSTRASTE (0206010044)	20/05/2017 22:17	Não	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	20/05/2017 22:26	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO CRM 17609 20/05/17 22:18

Prescrição	Horários
BROMOPRIDA 1 AMP + AD, EV, 8/8H, SE NAUSEAS OU VOMITOS.	
TRAMAL 1AMP + 100ML SF 0,9%, EV, 6/6H, SE DOR REFRATARIA	
DIPIRONA 1 AMP + AD, EV, 6/6H 22:30 05:00 14:00	
SF 0,9%, 1000ML, EV, 24H 18 2	
DIETA ZERO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-[illegible]

Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCINALDO DA SILVA

RG nº 200 3099 0855 80, data de expedição 09 / 12 / 14, Órgão SSP SP,

CPF nº 017.043.993-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA PRA RITA DE CACIA ARAUJO SILVA
Número	134
Apto / Complemento	
Bairro	PAU DUE QUEIMADEIRA
Cidade	BARBALHA
Estado	CEARA
CEP	63180.000
Telefone de Contato	(88)9.6633 6819. 9218 3095
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARBALHA - CE 28 - 08 - 2017

Assinatura do Declarante: Francinaldo da Silva

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Nº DO CLIENTE
8053677-8
Para agilizar seu atendimento, utilize este número sempre que entrar em contato conosco.

de 26 de abril de 2007
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.840-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 480476083

Rota 05 13010 01 692100 - 6 — Data de Emissão 08/06/2017

End. Postal: MARIA REGILANIA DA SILVA
RU PRA RITA DE CACIA ARAUJO SILVA 00134 00134
PARQUE BULANDEIRA - BARBALHA - 63180000

Medidor 24776959 — Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO — Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 312771338-08 — CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2017	08/06/2017	10/07/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BARBALHA — Mês Abr/2017 — DUSD 22,87

	Período			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,15	10,33	28,77	1,04	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			1,04		

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
82,81	18,00	14,90

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1969 3972 DANF NFCE 4227 0465 9135 1969

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Ret.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
5359	5249	1,00	110	0,00	110	0,752990	82,81

DESCRIÇÃO 08/05/17 — 29 DIAS — 110 — VALOR (R$) 82,81

VALOR CONSUMO DO MES	82,81
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	14,80
CASA SEGURA 0800 600 0560	7,90

—

FSCBAR2806201710500010003C 105,51 00001COELCE98

VENCIMENTO 16/06/2017

TOTAL A PAGAR (R$) 105,51

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	22,13
Transmissão	12,52
Distribuição	12,52
Encargos Setoriais	22,13
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	22,13
TOTAL	82,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

112	110	109	102	100	141	0	0	0	0	0	0

Mai/16 Jun/16 Jul/16 Ago/16 Set/16 Out/16 Nov/16 Dez/16 Jan/17 Fev/17 Mar/17 Abr/17

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO_2 (kg/MWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica(%CO_2)
17,54	0,00	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

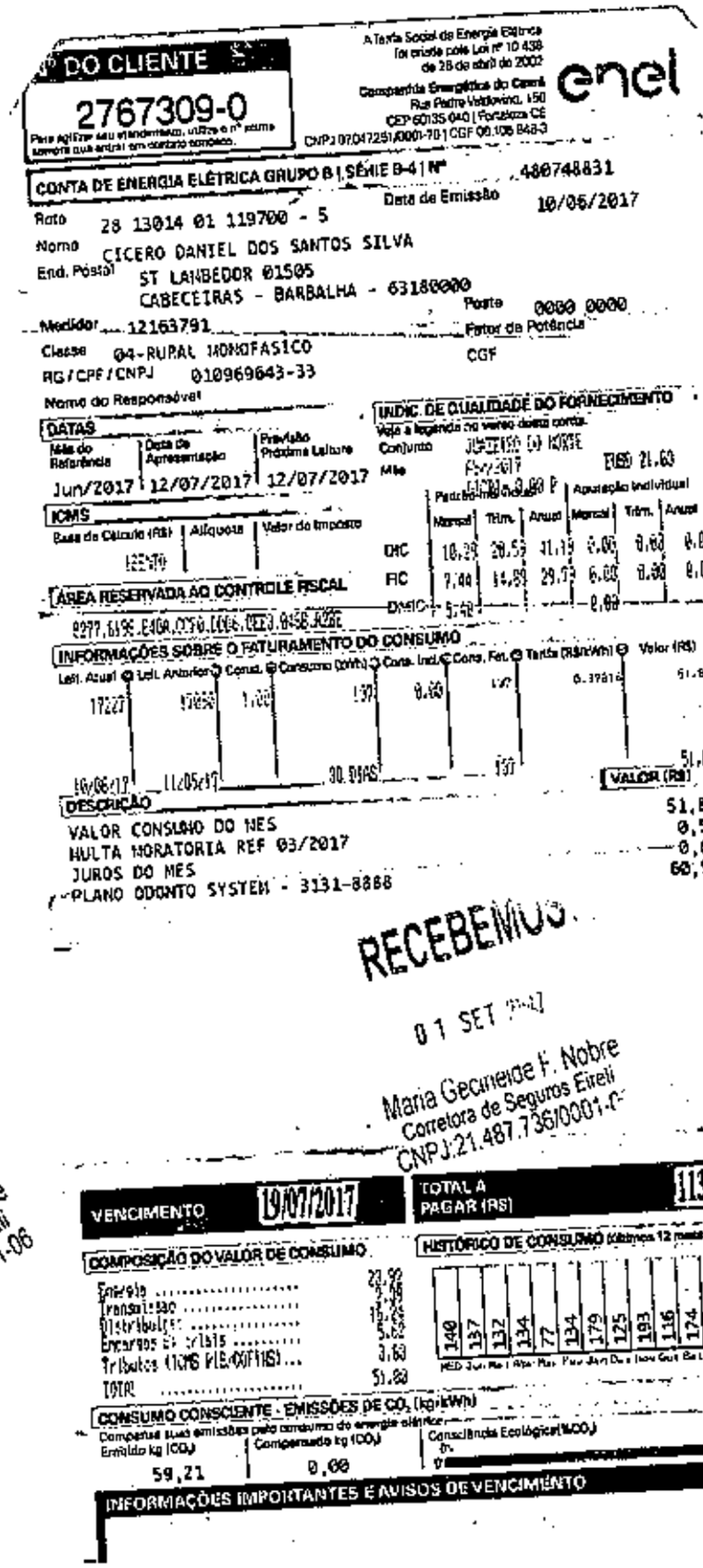
A ENEL ADVERTE E PREVENIDA PELA FORMALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

RECEBEMOS

01 SET. 2017

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

Comprovante de residência



Nº DO CLIENTE
2767309-0
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 480748831

Data de Emissão 10/05/2017

Rota 28 13014 01 119700 - 5

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

End. Postal ST LAMBEDOR 01505
CABECEIRAS - BARBALHA - 63180000

Poste 0000 0000

Medidor 12163791

Fator de Potência

Classe 04-RURAL MONOFASICO

CGF

RG/CPF/CNPJ 010969643-33

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2017	12/07/2017	12/07/2017

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
[illegible]		

UNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto [illegible] (x) NORTE

Mês [illegible]/2017 DIC 21,63

Padrão-mês (horas)			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,29	20,59	31,19	0,00	0,00	0,00
FIC	7,00	14,00	29,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,48			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

[illegible]

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fer.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
17227	[illegible]	1,00	137	0,00	137	0,378160	51,80

10/06/17 11/05/17 30 DIAS

VALOR (R$) 51,80

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	51,80
MULTA MORATORIA REF 03/2017	0,56
JUROS DO MES	0,62
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	60,51

RECEBEMOS
01 SET [illegible]
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

VENCIMENTO 19/07/2017

TOTAL A PAGAR (R$) 113,49

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	22,92
Transmissão	3,06
Distribuição	19,83
Encargos Setoriais	5,82
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,80
TOTAL	51,80

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
140	137	132	134	77	134	179	125	193	116	174	107	172

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (kCO_2)
59,21	0,00	0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Declaratac. Circular SUSEP 445/12

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Cícero Daniel dos Santos Silva, portador(a) do RG nº 2001060491-10, expedido por SSP-CE, em 22/10/14, CPF/CNPJ nº 010.969643-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Francinaldo da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Francinaldo da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12,declaro as informações solicitadas:

Profissão: M.E.I Renda Mensal: R$ 2.793,17

Documentos comprobatórios: Comp. de Vnt. de pag. muto

Cícero Daniel dos Santos Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: FRANCINALDO DA SILVA
Endereço: SITIO CORRENTINHO
Bairro: ZONA RURAL
CEP: 63180-000

Prontuário: 147120
Idade: 30 ano(s) 0 mes(es) e 0 dia(s)
UF: CEARÁ **Sexo:** Masculino
Cidade: BARBALHA

Localização
Clínica: CLINICA CIRURGICA II **Enfermaria:** 03 **Leito:** 609
Internação 2017-05-26 00: 15:07 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Relatório
Tipo de Saida: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico
submetido a osteossintese de ft de terco medio de face . procedimento sem intercorrencia, evoluindo consciente, orientado, eupneico,corado, acianotico,afebril,eg bom.
face edema sem sangramento. oclusao com melhoras.
raio-x pos op ok.
pt alta com medicacao e orienacoes para casa
retorno em ambulatorio

Ocorrência médico - hospitalar

Exames Realizados
imagem e hematologicos

Terapêutica Utilizada
osetossintese

Diagnóstico
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH AUTÊNTICO NO ORIGINAL

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES
Não	S022	FRATURA DOS OSSOS NASAIS

Condições de Alta
Melhorado

Data Programada da Alta: 04/06/2017

Observações Complementares
marcar retnoro com ambulatorio de dr ivo pita ou david gonsdim com 8 dias.

Responsável
Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM
Data: 04/06/2017

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO -CE 4891

	Agendamento	
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 20/06/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 **Idade:** 30 ano(s) 0 mes(es) e 16 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** (88) 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 **Nº Atendimento:** 379434
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 30 dia(s)

HDA/Exame Físico:
POS OP DE FT DE MAXILA NO DIA 03/06. EVOLUI COM BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSAO ESTAVEL. F.O SEM ALÇTERACOES
CD: RETORNO COM 30 DIAS.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC AUTÊNTICO ASS.

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Geonielde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-07

Dr. David Gondim

EVOLUÇÃO

L. 20

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA
Data Nasc.: 04/06/1987 Idade: 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) Prontuário: 147120 Admissão: 20/05/2017
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA Sexo: Masculino RG:
Endereço: SITIO CORRENTINHO Telefone: 88 981235721
Bairro: ZONA RURAL CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
6° DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 EXAMES LABORATORIAIS NORMAIS (LEVE LEUCOCITOSE COMPATIVEL COM TRAUMA) - COAGULOGRAMA DENTRO DA NORMALIDADE.	FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI	26/05/2017 09:46
5 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 EXAMES LABORATORIAIS NORMIAS (LEVE LEUCOCITOSE COMPATIVEL COM TRAUMA). FALTOU COAGULOGRAMA AGORA SOLICITADO	IVO CAVALCANTE PITA NETO RECEBEMOS 01 SET 2017 Maria Gecineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ: 21.487.736/0001-06	25/05/2017 15:13
4 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL.	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO	24/05/2017 08:53

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA — Prontuário: 147120 — Admissão: 20/05/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 — Idade: 29 ano(s) 11 mês(es) e 16 dia(s) — Sexo: Masculino — RG:
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA — Telefone: 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO — Bairro: ZONA RURAL — CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
1° D.I.H. PACIENTE NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DIURESE PRESENTE; EVACUAÇÃO AUSENTE EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL COM OCLUSAO PALPEBRAL, MOBILIDADE DE MAXILA, MANDIBULA FIRME A PALPACAO. EPISTAXE CONTROLADA, REMOÇÃO DO TAMPÃO PREVISTA PARA 24 HS TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I + NASAL COM POUCO DESLOCAMENTO CD- 1 PACIENTE COM NECESSIDADE DE ABORDAGEM ELETIVA CTBMF PRESCRIÇÃO ANEXA.	FRANCISCO AURÉLIO LUCCHESI SANDRINI Dr. Francisco Aurélio L. Sandrini Cirurgião Buco Maxilo Facial CRO-CE 6046	21/05/2017 18:07
PARECER CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, APRESENTANDO EPISTAXE - REALIZADO TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR NA SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS: CHAMAR O PLANTONISTA BUCOMAXILOFACIAL EM 22.05 PARA REMOÇÃO + INTENSA MOBILIDADE DA MAXILA - PORTADOR DE FRATURAS DO TERÇO MÉDIO FACIAL, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES, ENCAMINHAR PARA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL. SOLICITO TC DE FACE PARA	BRENO SOUZA BENEVIDES	21/05/2017 00:32

ISGH - HRC
Assinatura
Carimbo

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Geonelde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 03/06/17 11:42

Paciente: FRANCINALDO DA SILVA Prontuário: 147120 Dt. Nascimento: 04/06/1987
Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 04A
Cirurgião: IVO CAVALCANTE PITA NETO Anestesiologia: ** Não Informado **
1º Auxiliar: 2º Auxiliar:
Enfermeiro: VERONICA PEREIRA CHAVES MACEDO Circulante:
Instrumentador:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0404020518	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0404020518	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	S

Diagnóstico pré-operatório:
** Não Informado **

Relatório Imediato do Patologista:
** Não Informado **

Exame Radiológico:
** Não Informado **

Contagem Compressas e Instrumental:
** Não Informado **

Incidentes e Incidentes:
** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:
** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:
** Não Informado **

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada Tipo de Anestesia: Geral

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA GERAL
ANTISSEPSIA INTRA E EXTRA ORAL COM PVPI
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
TAMPÃO ORAL
ANESTESIA INFILTRATIVA LIDOCAINA 2% COM ADRENALINA 1:200.000 5ML NOS ACESSOS CIRURGICOS
ACESSO CIRURGICO INTRA ORAL
EXPOSIÇAO MAXILAR
REDUÇÃO ÓSSEA
FIXAÇÃO COM 02 PLACAS 2.0 COM 10 PARAFUSOS
HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS COM MONOFIL 3-0
REMOÇÃO DO TAMPÃO ORAL
PACIENTE EXTUBADO ENCAMINHADO A SRPA

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI AUTÊNTICO ASSI

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
MPJ.21.487.736/0001-06

Data 03/05/17

Assinatura Cirurgião | CREMEC

NOME: FRANCINALDO DA SILVA **PRONTUÁRIO**: 147120
DATA DE NASCIMENTO: 04/06/1987
SOLICITANTE: Dra. JACQUELINY LOPES DE MACEDO
SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA **ENFERMARIA/LEITO**: ESPERA/01
DATA DO EXAME: 20/05/2017
DATA DO LAUDO: 21/05/2017 **HORA DO LAUDO**: 00:0
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:
TCE.

TÉCNICA:
Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio e da face, em aparelho multidetector, SEM a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

ANÁLISE:

- Múltiplas fraturas craniofaciais, de aspecto cominutivo, com extensos focos gasosos de permeio envolvendo as seguintes estruturas ósseas:
  - *Lâmina crivosa do etmoide e septos intercelulares etmoidais.*
  - *Assoalho, parede lateral de ambas as órbitas, bem como lâmina papirácea da órbita esquerda com leve desalinhamento dos fragmentos, porém sem evidências de herniação de gordura orbitária ou encarceramento muscular.*
  - *Ossos próprios do nariz e septo nasal.*
  - *Porção escamosa do osso temporal direito.*
  - *Arco zigomático esquerdo, em dois pontos.*
  - *odas as paredes dos seios maxilares, com fragmentos ósseos intrassinusais;*
  - *Palato duro.*
  - *Processos pterigoides.*
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Material com atenuação de partes moles em seios maxilares e etmoidais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. **Não há evidências de contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.**
2. **Múltiplas fraturas faciais com envolvimento orbitário bilateral (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).**
3. **Hemossinus.**

Dra. LARISSA CALDAS MIRANDA
MÉDICA CRM 12753

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecneide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ.21.487.736/0001-05

DIGITADOR: TAYDES

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 01/08/2017

Data Nasc.: 04/06/1987 **Idade:** 30 ano(s) 1 mes(es) e 27 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**

Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** (88) 981235721

Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM **CRO:** 4891 **Nº Atendimento:** 384848

Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 30 dia(s)

HDA/Exame Físico:

pos op de fratura de maxila há 60 dias. abertura bucal normal, oclusao estável.
sem queixas
cd retorno com 30 dias.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
NPJ 21.487.736/0001-06

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 20/05/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 **Idade:** 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
5 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 EXAMES LABORATORIAIS NORMIAS (LEVE LEUCOCITOSE COMPATIVEL COM TRAUMA) FALTOU COAGULOGRAMA AGORA SOLICITADO	IVO CAVALCANTE PITA NETO	25/05/2017 15:13

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI ISGH AUTENTICADO ASS:

RECEBEMOS
07 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA — Prontuário: 147120 — Admissão: 20/05/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 Idade: 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) — Sexo: Masculino — RG:
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA — Telefone: 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO — Bairro: ZONA RURAL — CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
PARECER CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, APRESENTANDO EPISTAXE - REALIZADO TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR NA SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS. CHAMAR O PLANTONISTA BUCOMAXILOFACIAL EM 22.05 PARA REMOÇÃO + INTENSA MOBILIDADE DA MAXILA - PORTADOR DE FRATURAS DO TERÇO MÉDIO FACIAL, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES, ENCAMINHAR PARA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL. SOLICITO TC DE FACE PARA DIAGNÓSTICO E DEFINIÇÃO DE CONDUTA.	BRENO SOUZA BENEVIDES HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI AUTÊNTICO AO ORIGINAL ASS. ISGH	21/05/2017 00:32

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Geomeide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 20/05/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 **Idade:** 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
4 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 SOLICITO EXAMES LABS	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO CIRURGIÃO B.C.O. MEMBRO CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL CRO/CE 11475	24/05/2017 08:53

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI ISGH

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-05

Nome: **FRANCINALDO DA SILVA**

USO INTERNO

1. **AMOXICILINA 500MG** _____ **1CX**
   TOMAR 01 CAPS. 8/8HRS POR 5 DIAS.
2. **DIPIRONA 500MG** _____ **1CX**
   TOMAR 01 COMP. 6/6RS , SE DOR , POR ATE 2 DIAS.
3. **IBUPROFENO 600MG** _____ **1CX**
   TOMAR 01 COMP. 12/12HRS POR TRES DIAS.

USO TÓPICO ORAL

R/

1- PERIOGARd SEM ALCOOL _____ **1FRASCO**
Bochechar 10 ml 2x/dia por sete dias.

FTA 4531
25,50

USO NASAL

SALSEP _____ **1FRASCO**
APLICAR EM CAA NARINA 3X/DIA POR DEZ DIAS.

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO-CE 4891

Juazeiro do Norte – CE,04/04/2017

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação em seguro DPVAT que o Sr. Francinaldo da Silva encontra-se em acompanhamento ambulatorial de pós-operatório de fratura de maxila . Evoluindo com satisfatório resultado estético e funcional.

CID 10: s024

Juazeiro do Norte – CE, 20/06/17

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

Dr David Gondim
CRO CE 291

Assinatura e Carimbo Médico

Nome: FRANCINALDO DA SILVA
R.

RECOMENDAÇÕES

1. DIETA ORAL LIQUIDA E PASTOSA POR 45 DIAS.
2. NÃO REALIZAR ESFORÇO FÍSICO POR 15 DIAS
3. DORMIR COM CABECEIRA ELEVADA POR 2 DIAS
4. NÃO FUMAR, INGERIR BEBIDAS ALCOOLICAS OU SE EXPOR AO SOL

5. UTILIZAR A MEDICAÇÃO E BOCHECHO PRESCRITOS;
6. COMPRESSA MORNA EM FACE (A PARTIR DE AMANHÃ) 5 X DIA POR 5 DIAS PARA AUXÍLIO NA REDUÇÃO DO EDEMA
7. REALIZAR EXERCÍCIOS DE ABERTURA E FECHAMENTO BUCAL, TAMBÉM MOVIMENTOS PARA FRENTE, PARA TRÁS E LATERAIS
8. RETORNAR AO AMBULATORIO DE CTBMF COM DR. DAVID GONDIM , DR ivo pita COM 8 DIAS.
9. ESCVAR OS DENTES NORMALMENTE, 5X/DIA.
10. RETORNAR À EMERGÊNCIA DO HRC EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS (NECESSIDADE)

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Juazeiro do Norte – CE, 04/06/17

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO-CE

Dr.
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: FRANCINALDO DA SILVA	**Prontuário:** 147120
Endereço: SITIO CORRENTINHO	**Idade:** 30 ano(s) 0 mes(es) e 0 dia(s)
Bairro: ZONA RURAL	**UF:** CEARÁ **Sexo:** Masculino
CEP: 63180-000	**Cidade:** BARBALHA

Localização
Clinica: CLINICA CIRURGICA II **Enfermaria:** 03 **Leito:** 609
Internação 2017-05-26 00: 15:07 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Relatório
Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico
submetido a osteossintese de ft de terco médio de face . procedimento sem intercorrencia, evoluindo consciente, orientado, eupneico,corado, acianotico,afebril,eg bom.
face edema sem sangramento. oclusao com melhoras.
raio-x pos op ok.
cd alta com medicacao e orienacoes para casa
retonro em ambulatorio

Exames Realizados
imagem e hematologicos

Terapêutica Utilizada
osetossintese

Diagnóstico
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES
Não	S022	FRATURA DOS OSSOS NASAIS

Condições de Alta
Melhorado
Data Programada da Alta: 04/06/2017

Observações Complementares
marcar retnoro com ambulatorio de dr ivo pita ou david gonsdim com 8 dias.

Responsável
Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM
Data: 04/06/2017

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO-CE 4591

	Agendamento	
Data:	**Data:**	**Data:**
Hora:	**Hora:**	**Hora:**
Código	**Código**	**Código**

Nome: **FRANCINALDO DA SILVA**

USO INTERNO

1. **AMOXICILINA 500MG**_____**1CX**
   TOMAR 01 CAPS. 8/8HRS POR 5 DIAS.
2. **DIPIRONA 500MG**_____**1CX**
   TOMAR 01 COMP. 6/6RS , SE DOR , POR ATE 2 DIAS.
3. **IBUPROFENO 600MG**_____**1CX**
   TOMAR 01 COMP. 12/12HRS POR TRES DIAS.

USO TÓPICO ORAL

Rp

1- PERIOGARd SEM ALCOOL_____**1FRASCO**
Bochechar 10 ml 2x/dia por sete dias.

USO NASAL

SALSEP_____**1FRASCO**
APLICAR EM CAA NARINA 3X/DIA POR DEZ DIAS.

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.467.736/0001-06

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO-CE 4891

Juazeiro do Norte – CE,04/04/2017

Documentos de identificação

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

NOME
FRANCINALDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
2003099085580 SP

CPF
017.043.993-35

DATA NASCIMENTO
04/06/1987

FILIAÇÃO
ANTONIO JOSE DA SILVA
MARIA LETICIA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05943108300

VALIDADE
26/07/2018

1ª HABILITAÇÃO
29/11/2013

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

98516490 5

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CERQUEIRA CESAR, SP

DATA EMISSÃO
09/12/2014

65396845416
SP7217305SD

DETRAN-SP (SÃO PAULO)

PROIBIDO PLASTIFICAR

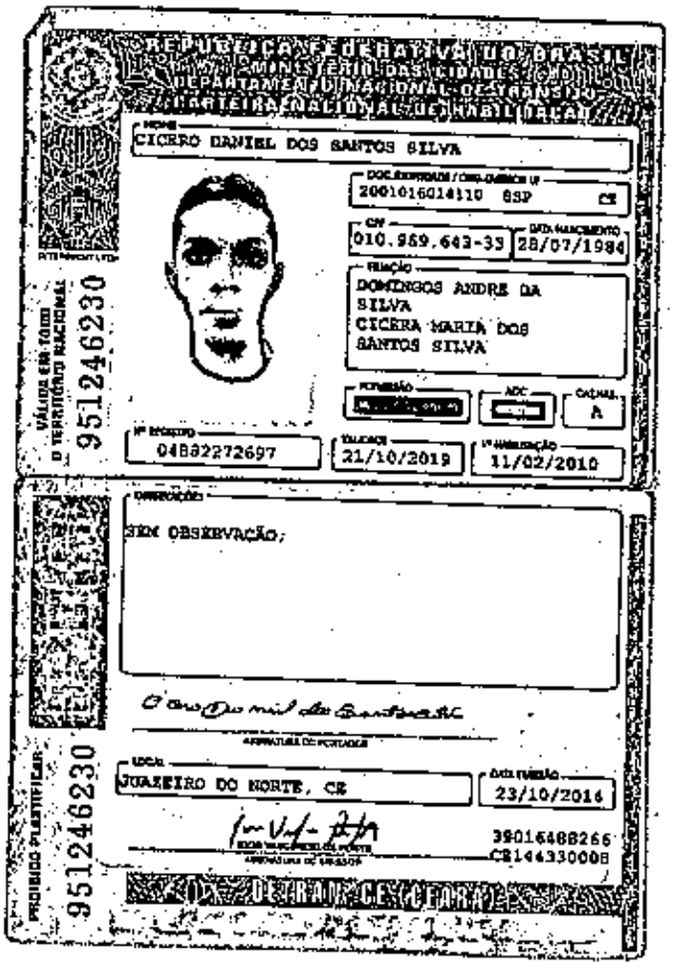
98516490 5

RECEBEMOS

01 SET 2017

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

Documentos de Identificação



RECEBEMOS

01 SET 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013147974838

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	00527201871	0000000000	2017

NOME
FRANCINALDO DA SILVA
****
****
BARBALHA /CE

CPF / CNPJ	PLACA
01704399335	OSH1052/CE

PLACA ANT. UF	CHASSI
/CE	LHJPJK300C0A00381

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
I/BASHAN RACER 150	2012	2012

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0CV/150CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
********,**	**/**/**	1********* 2********* 3*********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
********	********,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			********

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
BARBALHA	17/02/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

DETRAN
CONTRAN

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

CE Nº 013147974838 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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	17/02/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	01704399335	OSH1052

RENAVAM	MARCA / MODELO
00527201871	I/BASHAN RACER 150

ANO FAB.	DATA DIA/MÊS	Nº CHASSI
2012	09	LHJPJK300C0A00381

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO/PARCELA (R$)
4,15	0,7	185,5

PAGAMENTO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 16/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: 162FMJ12A6024 00325

013147974838
RECIBO CE Nº
RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.
DE
DE
ASSINATURA
00325
OSH1052
CÓD. RENAVAM
00527201871
119519 00210

RECEBEMOS
SET 2017
Ecneide F. Nobre
ra de Seguros Eireli
1.487.736/0001-06

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário

JUNHO/2017

Código	Nome do Funcionário
025	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CBO	Emp.	Local	Depto.	Setor	Seção	Fl.
2521-05 - ADMINISTRADOR						

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
101	PRÓ-LABORE	30,00d	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRFF S.SALARIO	7,5%		54,83

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3200,00	406,83

Valor Líquido ⇨ 2.793,17

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3200,00	3200,00			2848,00	02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

__/____/____
DATA

RECEBEMOS
01 SET 2017
Maria Geci Neide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341898/17
Vítima: FRANCINALDO DA SILVA
CPF: 017.043.993-35 CPF de: Próprio
Data do Acidente: 20/05/2017
Titular do CPF: FRANCINALDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração
FRANCINALDO DA SILVA : 017.043.993-35
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.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 01/09/2017	Data do cadastramento: 01/09/2017
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA	Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF/CNPJ: 010.969.643-33	CPF: 890.278.843-15
CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA	MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCINALDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180176525**
Vitima: **FRANCINALDO DA SILVA**
Data do Acidente: **20/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180176525.**

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.b**r 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

Pag. 00901/00902 - carta_01 - INVALIDEZ
00020451

Carta nº 12697210

Protocolo

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Francinaldo da Silva, brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua PA + Rita de Cacia A. Silva, Nº 134, Bairro Parque Bela Vista Município de Barbalha, Estado de (o) Ceara CEP 63180000, portador (a) do RG nº 2003099085580 SSP/ CE e CPF nº 017.043.993-35.

Outorgado:

Cicero Daniel dos Santos Silva, brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão MEI, residente e domiciliado à Rua Sitio Lombardo, Nº 1505, Bairro Zona rural, Município de Barbalha, Estado de (o) Ceara CEP 63180-000, portador (a) do RG nº 2001016014110 SSP/ CE e CPF nº 010.969643-33.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Francinaldo da Silva, ocorrido em 20/05/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurado (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) 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.

1º OFÍCIO BARBALHA/CE

Barbalha CE, 10 de Agosto de 2017

Francinaldo da Silva

Outorgante

CPF Nº 017.043.993-35

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.

1º OFÍCIO CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO 63180-000 BARBALHA - CE

Reconheço a(s) firma(s) de: Francinaldo da Silva como autêntica(s)

10 AGO 2017

Marcelo Macedo Torres - Tabelião
Ayla Maria S. B. Torres - Substituta
Vieira de S. B. Torres Gavor - Escrevente
Francisco Salvino de Lima - Escrevente

SELO DE AUTENTICIDADE CE15B047

RECEBEMOS

01 SET 2017

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

RECEBEMOS

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.

18 MAR 2018

É obrigatório Representante Legal para:

Maria Secinede F. Nobre

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	017.043.993-35	FRANCINALDO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
FRANCINALDO DA SILVA		017.043.993-35	AGRICULTOR
Endereço		**Número**	**Complemento**
RUA RITA DE CACIA ARAUJO SILVA - RUA P'		134	
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
PARQUE BULANDEIRA	BARBALHA	CEARA	63180-000
Email			**Telefone (DDD)**
			(88) 9.9663-3619

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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1957-013		000.4348	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
AGÊNCIA NRO.	D/V	**CONTA** NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

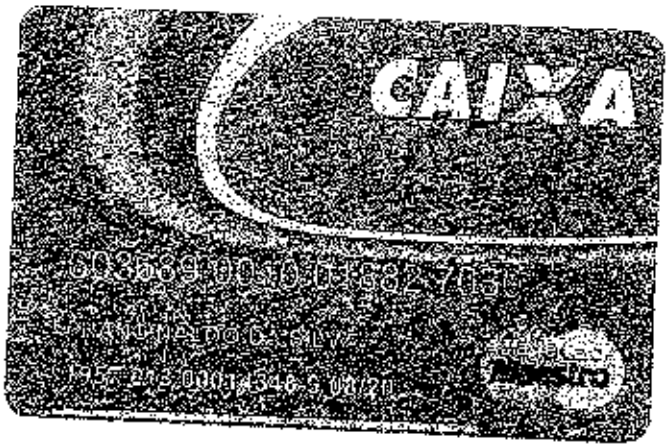
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

BARBALHA-CE 04 de ABRIL de 2018
Local e Data

Francinaldo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

APPF.001 V001/2017



RECEBEMOS

16 ABR 2018

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

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1871 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 10/08/2017 10:07:17
Data / Hora da Ocorrência: 20/05/2017 18:40:00
Endereço da Ocorrência: SITIO CABECEIRAS
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Município: BARBALHA/CE
Ponto de Referência: PRÓXIMO À IGREJA

RECEBEMOS
10 AGO 2017

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCINALDO DA SILVA
Nascimento: 04/06/1987 CPF: 017.043.493-35
RG: 2003099085580 Orgão Emissor: DETRAN UF: CE
Filiação: MARIA LETICIA DA SILVA
ANTONIO JOSE DA SILVA
Endereço: RUA RITA DE CACIA ARAUJO SILVA - RUA P, 134
Bairro: PARQUE BULANDEIRA
Município: BARBALHA/CE CEP: 63.180-000
País: BRASIL Telefone: (88) 98105-0714

Maria Geordeide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
[illegible]

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: GSH1052 Uf: CE Município: BARBALHA Chassi: LHJPJK300CDA00381 Renavam: 527201871 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA YBR 150 Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: FRANCINALDO DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

ADVERTIDO DAS PENAS COMINADAS PELO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO E FALSA DENUNCIAÇÃO DE CRIME, O DECLARANTE AFIRMA QUE, estava pilotando a motocicleta acima descrita quando, após uma curva, deparou-se com um aglomerado de pessoas em uma procissão; QUE o declarante não teve tempo de desviar da multidão e acabou atropelando uma pessoa que ali estava; QUE as pessoas que compunham a procissão não estavam utilizando velas e nenhuma outra sinalização de que estavam na via; QUE ao colidir com o pedestre, o declarante foi arremessado ao chão, tendo sofrido lesões sérias na face, embora estivesse utilizando capacete; QUE o declarante não havia consumido bebida alcoólica; QUE o declarante permaneceu no local até que um conhecido seu que mora nas proximidades do local do acidente o socorreu, juntamente com a outra pessoa acidentada; QUE ambos foram socorridos juntos e encaminhados para o Hospital Santo Antônio; QUE em seguidaQUE o declarante acabou por atingir com sua moto a pessoa de JOSÉ DANIEL DA SILVA, pois este o procurou, pois precissava da documentação da motocicleta do declarante para registrar o acidente, tendo-o feito através do BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421-1201; QUE não fizeram um único boletim de ocorrência porque o declarante teve dificuldades em conseguir os documentos no hospital em que recebeu os primeiros socorros; QUE o declarante sofreu fratura dos ossos malares e maxilares, além de fratura dos ossos nasais, tendo sido submetido à

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 471 - 1871 / 2017

Intervenção cirurgica; QUE apresenta como testemunhas as pessoas de (i) VALDENI DE MENDONÇA, portador do RG Nº 2006029100755, residente na Avenida Paulo Marques, nº 995 - Pq. Bulandeira - Barbalha/CE e (ii)JOÃO MARCOS DE BARROS NETO, portador do RG. Nº 2007149771-4, residente no Sítio Correntinho - Cabeceiras - Barbalha/CE; QUE está ciente de que foi expedida a GUIA À PERÍCIA FORENSE Nº421-303/2017 e que é de sua responsabilidade a realização ou não do exame; QUE este Boletim de Ocorrência destina-se ao Seguro DPVAT e a pessa de DANIEL, que trabalha para um advogado da cidade de Barbalha, fará a intermediação do Seguro DPVAT; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____
ELISANGELA DA CUNHA MENDES - MAT.: 300032-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____
JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

RECEBEMOS
18 ABR 2017
Maria Geanilene I. Vieira
Corretora de Seguros Eireli
NPJ 21.467.730/0001-06

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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
FRANCI HALLEF DA SILVA	017.043.993-35	20-05-2017

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.

RECEBEMOS

Maria Documentos P. Nobre
Corretor de Seguros EIRELI
CNPJ 21.497.730/0001-06

BARBALHA-CE, 04 de ABRIL de 2018

Local e Data

Francinalle da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA — Admissão: 20/05/2017 21:11
Prontº: 147123 — Data Nasc.: 04/06/1987 — Idade: 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) — Tel.: 88 98122721
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA
Sexo: Masculino — RG: — Município: BARBALHA
CEP: 63180-000 — Bairro: ZONA RURAL
Endereço: SITIO CORRENTINHO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA — Classificador: DEBORAH ALBUQUERQUE ALVES MOREIRA — Horário: 20/05/2017 21:19
Queixa: paciente com relato de acidente de transito apresentando epistaxe e escoriações em face, nega desmaio e/ou vomitos
Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
DOR INTENSA

ATENDIMENTO MEDICO

Medico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO — CRM: 6 — Nº: 375829 — Horário: 20/05/2017 22:19
Acidente: Sim — Agressão: Não — Peso: — P.A.:
Sinais: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstica: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISAO COM UM PEDESTRE OU UM ANIMAL - PASSAGEIRO TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO
Conduta:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM, CAPACETE, NÃO ALCOOLIZADO (ATROPELAMENTO), NEGA PERDA DA CONSCIENCIA OU VOMITOS. APRESNTANDO EPISTAXE E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM LABIOS.
VIAS AÉREAS PERVIAS, MV + SEM RA. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, ABDOME INOCENTE. GLASGOW 15. PUPILAS FOTORREAGENTES, FORÇA MUSCULAR PRESERVADA.

RECEBEMOS
18 ABR 2018
Maria Geovanete L. Nobre
Corretora de Seguros Email
CNPJ 07.467.736/0001-06

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI — AUTÊNTICO AO ORIGINAL — ISGH

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (02040301710)	20/05/2017 22:17	Não	Pendente
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (02040200364)	20/05/2017 22:17	Não	Pendente
TC FACE SEM CONSTRASTE (02080110344)	20/05/2017 22:17	Não	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (02060710376)	20/05/2017 22:36	Não	Pendente

Rua Cazuza de Feitosa Cearanse, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

PRESCRIÇÃO

Médico: JACQUELINY LOPES DE MACEDO CRM 17609 20/06/17 22:18

Prescrição	Horário
BROMOPRIDA 1 AMP + AD, EV, 8/8H, SE NAUSEAS OU VOMITOS.	
TRAMAL 1AMP + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H, SE DOR PERSISTENTE	
DIPIRONA 1 AMP + AD, EV, 6/6H 22:50 05:00 11:00	
SF 0,9%, 1000ML, EV, 24H 22	
DIETA ZERO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alter. Conduta ☐ Observação ☐ Remover para: ☐ Óbito

RECEBEMOS
19 ABR 2018
Maria Genilde F. Nobre
Perreira de Seguros Enfer
CPF 021.467.736/0001-05

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCINALDO DA SILVA

RG nº 2003099085580 data de expedição 09/12/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 017.043.993-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA RITA DE CACIA ARAUJO SILVA - RUA-P1
Número	134
Apto / Complemento	
Bairro	PARQUE BULANDEIRA
Cidade	BARBALHA
Estado	CEARA
CEP	63180 000
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARBALHA-CE - 04-04-2018

Assinatura do Declarante: x Francinaldo da Silva

RECEBEMOS

18 ABR 2018

Maria Genelde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.437.738/0001-09

8053677-8

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.846-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE [illegible] Nº 510161369

Rota 05 13010 01 092100 - 6 | Data da Emissão 08/03/2018

Nome MARIA REGILANIA DA SILVA

End. Postal RU PRA RITA DE CACIA ARAUJO SILVA 00134 00134
PARQUE BOLANDEIRA - BARBALHA - 63180000

Medidor 24776959 | Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 312771338-08 | CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2018	08/03/2018	06/04/2018

QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja o significado no verso desta conta.

Conjunto BARBALHA

Mês Jan/2018 EGSD 21,99

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
59,40	27,00%	16,03

	Padrão de Unidade			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DEC	5,19	18,33	20,77	9,81	8,93	9,0[illegible]
FIC	3,20	5,47	12,56	1,00	3,93	3,0[illegible]
DMIC	2,94			6,81		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FCB: C044.C4F1.8298.4465.3414.D854.E671

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Unid. Atual	Tipo	Leit. Anterior	Leit. Atual	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. FAT	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP	5245	6160	[illegible]	0	0,00	0	[illegible]	[illegible]
		08/02/18	08/03/18	50 DIAS		30		59,40

DESCRIÇÃO / VALOR (R$)

VALOR CONSUMO DO MES	59,40
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,85
CASA SEGURA 0800 600 0560	7,90

ESCBAR170320181B1002570000317B,1530000101COELCE20

VENCIMENTO 15/03/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 78,15

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	20,23
Transmissão	[illegible]
Distribuição	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	19,55
TOTAL	59,40

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh/mês)

Mês	Ano	Kwh
MAR	2017	100
ABR	2017	86
MAI	2017	83
JUN	2017	95
JUL	2017	102
AGO	2017	108
SET	2017	62
OUT	2017	121
NOV	2017	102
DEZ	2017	122
JAN	2018	110
FEV	2018	100
MAR	2018	102

CONSUMO MENSAL DE EMISSÃO DE CO2 (kg/kWh)

Compensação dada em função do consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consultando Ecológico (CO_2)
37,17	0,00	0 a 100

MENSAGENS PERTINENTES AOS VENCIMENTOS PASSADOS

CONTAS EM ATRASO

Valor de reparo (R$): [illegible]

Informamos a(s) fatura(s) vencida(s) ser acrescidos legalmente de juros de mora, ao valor de R$ 91,30. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir do primeiro vencido e não pago.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor
01/2018	[illegible]

Crédito tarifa [illegible] no valor de PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 0,79% e COFINS 3,64%

RECEBEMOS

1 8 ABR 2018

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

2767309-0

Para agilizar seu atendimento, utilize o número acima quando entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Av. Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ 07.047.251/0000-70 | CGF 06.105.648-5

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 508444499

Rota 28 13044 01 119700 ... 5 — Data de Emissão 11/01/2018

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

End. Postal ST LAMBEDOR 01505
CABECEIRAS - BARBALHA - 63180000

Medidor 12163791 — Poste 0000 00

Classe 04-RURAL MONOFASICO — Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 010969643-33 — CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2018	11/01/2018	08/02/2018

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0060.4D5E.5624.E633.446D.4151.B00F.D634

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês Jan. 2017 ENDS ...

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,29	20,59	41,15	0,45	0,90	1,80
FIC	7,44	14,89	23,79	1,00	0,00	3,00
DMIC	5,45			0,45		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
16897	16292	1,00	165	0,00			
11/01/18	13/12/17		29 Dias		165		61,19

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	61,19
MULTA MORATORIA REF 10/2017	1,09
JUROS DO MES	0,69
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	20,72

08/02/2018 — R$ 83,69

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	28,69
Transmissão	2,81
Distribuição	19,28
Encargos Setoriais	6,70
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,40
TOTAL	61,19

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

DEZ/17	JAN/17	FEV/17	MAR/17	ABR/17	MAI/17	JUN/17	JUL/17	AGO/17	SET/17	OUT/17	NOV/17
148	165	148	307	144	212	139	155	137	132	134	77	134

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Correspondência Ecológica (%CO_2)
71,32	0,00	

RECEBEMOS

18 ABR 2018

Maria Geonilde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-05

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[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 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF 010.969.643/33, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCINALDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.043.993/35, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCINALDO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.043.993/35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: M.E.I Renda: 2.193,17 e apresento os documentos comprobatórios:

RECIBO DE PAGAMENTO.

☐ 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		Número	Complemento
SITIO LAMBEDOR		1505	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ZONA RURAL	BARBALHA	CEARA	63180-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		(88) 9.9663-3618	

BARBALHA-CE, 04 de ABRIL de 2018

Local e Data

RECEBEMOS
16 ABR 2018
Maria Geolinete F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
[illegible]

Cicero Daniel dos Santos Silva

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA — Prontuário: 147120 — Admissão: 20/05/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 — Idade: 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) — Sexo: Masculino — RG:
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA — Telefone: 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO — Bairro: ZONA RURAL — CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
1° D.I.H. PACIENTE NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DIURESE PRESENTE; EVACUAÇÃO AUSENTE EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL COM OCLUSAO PALPEBRAL, MOBILIDADE DE MAXILA, MANDIBULA FIRME A PALPACAO. EPISTAXE CONTROLADA, REMOÇÃO DO TAMPÃO PREVISTA PARA 24 HS TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I + NASAL COM POUCO DESLOCAMENTO CD- 1 PACIENTE COM NECESSIDADE DE ABORDAGEM ELETIVA CTBMF PRESCRIÇÃO ANEXA.	FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI Dr. Francisco Aurélio L. Sandrini Cirurgião Buco Maxilo Facial CRO-CE 6049	21/05/2017 18:07
PARECER CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, APRESENTANDO EPISTAXE - REALIZADO TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR NA SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS: CHAMAR O PLANTONISTA BUCOMAXILOFACIAL EM 22.05 PARA REMOÇÃO + INTENSA MOBILIDADE DA MAXILA - PORTADOR DE FRATURAS DO TERÇO MÉDIO FACIAL, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES, ENCAMINHAR PARA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL. SOLICITO TC DE FACE PARA	BRENO SOUZA BENEVIDES	21/05/2017 00:32

RECEBEMOS
16 ABR 2018
Maria Secundina F. Nobre
Corretora de Seguros Ercil
[illegible] 687.736/0001-09

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 20/05/2017
Data Nasc.: 01/06/1987 **Idade:** 29 ano(s) 11 mês(es) e 16 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
5 DIA DE INTERNAÇAO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 EXAMES LABORATORIAIS NORMAIS (LEVE LEUCOCITOSE COMPATIVEL COM TRAUMA) FALTOU COAGULOGRAMA AGORA SOLICITADO	IVO CAVALCANTE PITA NETO	25/05/2017 15:13

RECEBEMOS
18 ABR 2019
Maria Geolinéide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 487 736/0001-05

EVOLUÇÃO

L. 20

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 20/05/2017
Data Nasc.: 04/08/1987 **Idade:** 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
6° DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL ACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 EXAMES LABORATORIAIS NORMAIS (LEVE LEUCOCITOSE COMPATIVEL COM TRAUMA) - COAGULOGRAMA DENTRO DA NORMALIDADE.	FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI	26/05/2017 09:46
5 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, EAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 EXAMES LABORATORIAIS NORMIAS (LEVE LEUCOCITOSE COMPATIVEL COM TRAUMA). FALTOU COAGULOGRAMA AGORA SOLICITADO	IVO CAVALCANTE RITA NETO	25/05/2017 15:13
4 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL.	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO	24/05/2017 08:53

RECEBEMOS
2 ABR 2018
Maria Jacinete F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 437 736/0001-06

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: FRANCINALDO DA SILVA	**Prontuário:** 147120
Endereço: SITIO CORRENTINHO	**Idade:** 30 ano(s) 0 mes(es) e 0 dia(s)
Bairro: ZONA RURAL	**UF:** CEARÁ **Sexo:** Masculino
CEP: 63180-000	**Cidade:** BARBALHA

Localização
Clinica: CLINICA CIRURGICA II **Enfermaria:** 03 **Leito:** 609
Internação 2017-05-26 00: 15:07 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Relatório
Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clinico
submetido a osteossintese de ft de terco medio de face . procedimento sem intercorrencia, evoluindo consciente, orientado, eupnoico,corado, acianotico,afebril,eg bom.
face edema sem sangramento. oclusao com melhoras.
raio-x pos op ok.
of alta com medicacao e orienacoes para casa
...nho em ambulatorio

Exames Realizados
imagem e hematologicos

Terapêutica Utilizada
osteossintese

Diagnóstico
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES
Não	S022	FRATURA DOS OSSOS NASAIS

Condições de Alta
Melhorado

Data Programada da Alta: 04/06/2017

...servações Complementares
marcar retnoro com ambulatorio do dr ivo pita ou david gonsdim com 8 dias.

Responsável
Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM
Data: 04/06/2017

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO - CE 4091

	Agendamento	
Data:	**Data:**	**Data:**
Hora:	**Hora:**	**Hora:**
Código	**Código**	**Código**

RECEBEMOS
18 ABR 2019
Maria Geicneide F. Nobre
Corretora de Seguros EIRELI
CNPJ 21.487.736/0001-...

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA Prontuário: 147120 Admissão: 20/06/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 Idade: 30 ano(s) 0 mes(es) e 16 dia(s) Sexo: Masculino RG:
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA Telefone: (88) 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO Bairro: ZONA RURAL CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 379434
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 30 dia(s)

HDA/Exame Físico:
POS OP DE FT DE MAXILA NO DIA 03/06. EVOLUI COM BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSAO ESTAVEL. F.O SEM ALÇTERACOES
CD: RETORNO COM 30 DIAS.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH - AUTÊNTICO

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:

Dr. David Gondim
CRO

RECEBEMOS
16 ABR 2018
Maria Geicreide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
21.487.736/0001-06

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 03/08/17 11:42

Paciente: FRANCINALDO DA SILVA | Prontuário: 147120 | Dt. Nascimento: 04/06/1987
Clínica: CENTRO CIRURGICO | Enfermaria: Sala Cirurgica | Leito: 04A
Cirurgião: IVO CAVALCANTE PITA NETO | Anestesiologia: ** Não Informado **
1º Auxiliar: | 2º Auxiliar:
Enfermeiro: VERONICA PEREIRA CHAVES MACEDO | Circulante:
Instrumentador:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0404020518	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0404020518	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	S

Diagnóstico pré-operatório:
** Não Informado **

Relatório Imediato do Patologista:
** Não Informado **

Exame Radiológico:
** Não Informado **

Contagem Compressas e Instrumental:
** Não Informado **

Agentes e Incidentes:
** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:
** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:
** Não Informado **

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada | Tipo de Anestesia: Geral

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA GERAL
ANTISSEPSIA INTRA E EXTRA ORAL COM PVPI
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
TAMPÃO ORAL
ANESTESIA INFILTRATIVA LIDOCAINA 2% COM ADRENALINA 1:200.000-5ML NOS ACESSOS CIRURGICOS
ACESSO CIRURGICO INTRA ORAL
EXPOSIÇAO MAXILAR
REDUÇÃO ÓSSEA
FIXAÇÃO COM 02 PLACAS 2.0 COM 10 PARAFUSOS
HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS COM MONOFIL 3-0
REMOÇÃO DO TAMPÃO ORAL
PACIENTE EXTUBADO ENCAMINHADO A SRPA

RECEBEMOS
18 AGO 2016
Maria Geicineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-09

Data 03/08/17

Assinatura Cirurgião | CREMEC

NOME: FRANCINALDO DA SILVA **PRONTUÁRIO:** 147120
DATA DE NASCIMENTO: 04/06/1987
SOLICITANTE: Dra. JACQUELINY LOPES DE MACEDO
SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA **ENFERMARIA/LEITO:** ESPERA/01
DATA DO EXAME: 20/05/2017
DATA DO LAUDO: 21/05/2017 **HORA DO LAUDO:** 00:0
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:
TCE.

TÉCNICA:
Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio e da face, em aparelho multidetector, SEM a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

ANÁLISE:
- Múltiplas fraturas craniofaciais, de aspecto cominutivo, com extensos focos gasosos de permeio envolvendo as seguintes estruturas ósseas:
  - *Lâmina crivosa do etmoide e septos intercelulares etmoidais.*
  - *Assoalho, parede lateral de ambas as órbitas, bem como lâmina papirácea da órbita esquerda com leve desalinhamento dos fragmentos, porém sem evidências de herniação de gordura orbitária ou encarceramento muscular.*
  - *Ossos próprios do nariz e septo nasal.*
  - *Porção escamosa do osso temporal direito.*
  - *Arco zigomático esquerdo, em dois pontos.*
  - *odas as paredes dos seios maxilares, com fragmentos ósseos intrassinusais;*
  - *Palato duro.*
  - *Processos pterigoides.*
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.
- Material com atenuação de partes moles em seios maxilares e etmoidais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
1. **Não há evidências de contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.**
2. **Múltiplas fraturas faciais com envolvimento orbitário bilateral (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).**
3. **Hemossinus.**

Dra. LARISSA CALDAS MIRANDA
MÉDICA CRM 12753

RECEBEMOS
16 ABR 2018
Maria Geonelde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli

DIGITADOR: TAYDES

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 01/08/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 **Idade:** 30 ano(s) 1 mes(es) e 27 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** (88) 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 **Nº Atendimento:** 381848
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 30 dia(s)

HDA/Exame Físico:

pós op de fratura de maxila há 60 dias. abertura bucal normal, oclusao estável.
sem queixas
ed retorno com 30 dias.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC - ISGH

RECEBEMOS
18 ABR 2019
Maria Geanelde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 487.736/0001-06

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 20/05/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 **Idade:** 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
PARECER CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, APRESENTANDO EPISTAXE - REALIZADO TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR NA SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS; CHAMAR O PLANTONISTA BUCOMAXILOFACIAL EM 22.05 PARA REMOÇÃO + INTENSA MOBILIDADE DA MAXILA - PORTADOR DE FRATURAS DO TERÇO MÉDIO FACIAL, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES, ENCAMINHAR PARA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL. SOLICITO TC DE FACE PARA DIAGNÓSTICO E DEFINIÇÃO DE CONDUTA	BRENO SOUZA BENEVIDES HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH - AUTÊNTICO AO ORIGINAL ASS.	21/05/2017 00:32

RECEBEMOS
18 ABR. 2018
Maria Geciane F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-09

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

SUS

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: **04/06/2017 11:54:24**

Do(a) Sr(a): **FRANCINALDO DA SILVA**

PRONTUÁRIO nr: 147120
ATENDIMENTO nr: 376048

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 26/05/2017 a 04/06/2017.

UNIDADE	Nr DIÁRIAS/Horas	Vr DIÁRIA/Horas	Valor TOTAL
CLINICA CIRURGICA II	10 dia(s)	R$ 271,93	R$ 2.719,30
CENTRO CIRURGICO	0001h20m	R$ 2.739,46	R$ 3.643,48

Portanto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R$ 6.362,78**

Informamos que este valor foi totalmente custeado com recusos públicos
Agradecemos pela confiança e privilégio de tê-los atendido.

Atenciosamente,
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

RECEBEMOS

18 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-09

Nome: **FRANCINALDO DA SILVA**

USO INTERNO

1. **AMOXICILINA 500MG** _____ **1CX**
   TOMAR 01 CAPS. 8/8HRS POR 5 DIAS.
2. **DIPIRONA 500MG** _____ **1CX**
   TOMAR 01 COMP. 6/6RS , SE DOR , POR ATE 2 DIAS.
3. **IBUPROFENO 600MG** _____ **1CX**
   TOMAR 01 COMP. 12/12HRS POR TRES DIAS.

USO TÓPICO ORAL

R//

1- PERIOGARd SEM ALCOOL _____ **1FRASCO**
Bochechar 10 ml 2x/dia por sete dias.

FTB 4531
25,50

USO NASAL

SALSEP _____ **1FRASCO**
APLICAR EM CAA NARINA 3X/DIA POR DEZ DIAS.

RECEBEMOS
16 ABR 2018
Maria Gedmeida F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO-CE 4591

Juazeiro do Norte – CE,04/04/2017

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 20/05/2017
Data Nasc.: 01/06/1987 **Idade:** 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
4 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 SOLICITO EXAMES LABS	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO	24/05/2017 08:53

RECEBEMOS

16 ABR 2018

Maria Gecinede F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-90

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação em seguro DPVAT que o Sr. Francinaldo da Silva encontra-se em acompanhamento ambulatorial de pós-operatório de fratura de maxila . Evoluindo com satisfatório resultado estético e funcional.

CID 10: s024

RECEBEMOS
18 ABR 2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.437.736/0001-06

Juazeiro do Norte CE, 20/06/17

Dr. David Gondim

Assinatura e Carimbo Médico

Nome: FRANCINALDO DA SILVA
R.

AO NAC

MARCAR RETORNO EM AMBULATORIO APOS 8 DIAS DA ALTA HOSPITALAR

Juazeiro do Norte – CE, 04/06/17

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO-CE 4891

Dr.
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE:

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO-CE 4891

RECEBEMOS

18 ABR 2018

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

Nome: FRANCINALDO DA SILVA
R.

RECOMENDAÇÕES

1. DIETA ORAL LIQUIDA E PASTOSA POR 45 DIAS.
2. NÃO REALIZAR ESFORÇO FÍSICO POR 15 DIAS
3. DORMIR COM CABECEIRA ELEVADA POR 2 DIAS
4. NÃO FUMAR, INGERIR BEBIDAS ALCOOLICAS OU SE EXPOR AO SOL

5. UTILIZAR A MEDICAÇÃO E BOCHECHO PRESCRITOS;
6. COMPRESSA MORNA EM FACE (A PARTIR DE AMANHÃ) 5 X DIA POR 5 DIAS PARA AUXÍLIO NA REDUÇÃO DO EDEMA
7. REALIZAR EXERCÍCIOS DE ABERTURA E FECHAMENTO BUCAL, TAMBÉM MOVIMENTOS PARA FRENTE, PARA TRÁS E LATERAIS
8. RETORNAR AO AMBULATORIO DE CTBMF COM DR. DAVID GONDIM , DR ivo pita COM 8 DIAS.
9. ESCVAR OS DENTES NORMALMENTE, 5X/DIA.
10. RETORNAR À EMERGÊNCIA DO HRC EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS (NECESSIDADE)

RECEBEMOS
18 ABR 2018
Maria Geanielde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 021 427 736/0001-06

Juazeiro do Norte – CE, 04/06/17

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO-CE 11111

Dr.
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: FRANCINALDO DA SILVA	**Prontuário:** 147120
Endereço: SITIO CORRENTINHO	**Idade:** 30 ano(s) 0 mes(es) e 0 dia(s)
Bairro: ZONA RURAL	**UF:** CEARÁ **Sexo:** Masculino
CEP: 63180-000	**Cidade:** BARBALHA

Localização
Clínica: CLINICA CIRURGICA II **Enfermaria:** 03 **Leito:** 609
Internação 2017-05-26 00: 15:07 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Relatório
Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico
submetido a osteossintese de ft de terco medio de face . procedimento sem intercorrencia, evoluindo consciente, orientado, eupneico,corado, acianotico,afebril,eg bom.
face edema sem sangramento. oclusao com melhoras.
raio-x pos op ok.
cd alta com medicacao e orienacoes para casa
retonro em ambulatorio

Exames Realizados
imagem e hematologicos

Terapêutica Utilizada
osetossintese

Diagnóstico
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES
Não	S022	FRATURA DOS OSSOS NASAIS

Condições de Alta
Melhorado

Data Programada da Alta: 04/06/2017

Observações Complementares
marcar retnoro com ambulatorio de dr ivo pita ou david gonsdim com 8 dias.

Responsável
Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM
Data: 04/06/2017

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO -CE 4651

	Agendamento	
Data:	**Data:**	**Data:**
Hora:	**Hora:**	**Hora:**
Código	**Código**	**Código**

RECEBEMOS
18 ABR 2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-09

EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA Prontuário: 147120 Admissão: 20/05/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 Idade: 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) Sexo: Masculino RG:
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA Telefone: 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO Bairro: ZONA RURAL CEP:

Aih - 0452206118

Evolução	Profissional	Data/Hora
PARECER CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, APRESENTANDO EPISTAXE - REALIZADO TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR NA SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS; CHAMAR O PLANTONISTA BUCOMAXILOFACIAL EM 22.05 PARA REMOÇÃO + INTENSA MOBILIDADE DA MAXILA - PORTADOR DE FRATURAS DO TERÇO MÉDIO FACIAL, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES, ENCAMINHAR PARA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL. SOLICITO TC DE FACE PARA DIAGNÓSTICO E DEFINIÇÃO DE CONDUTA	BRENO SOUZA BENEVIDES	21/05/2017 00:32

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 01/08/2017
Data Nasc.: 04/08/1987 **Idade:** 30 ano(s) 1 mes(es) e 27 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** (88) 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 **Nº Atendimento:** 384848
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 30 dia(s)

HDA/Exame Físico:

pós op de fratura de maxila há 60 dias. abertura bucal normal, oclusao estável.
sem queixas
ao retorno com 30 dias.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:

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

NOME: FRANCINALDO DA SILVA **PRONTUÁRIO:** 147120
DATA DE NASCIMENTO: 04/06/1987
SOLICITANTE: Dra. JACQUELINY LOPES DE MACEDO
SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA **ENFERMARIA/LEITO:** ESPERA/01
DATA DO EXAME: 20/05/2017
DATA DO LAUDO: 21/05/2017 **HORA DO LAUDO:** 00:0
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:
TCE.

TÉCNICA:
Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio e da face, em aparelho multidetector, SEM a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

ANÁLISE:
- Múltiplas fraturas craniofaciais, de aspecto cominutivo, com extensos focos gasosos de permeio envolvendo as seguintes estruturas ósseas:
  - *Lâmina crivosa do etmóide e septos intercelulares etmoidais.*
  - *Assoalho, parede lateral de ambas as órbitas, bem como lâmina papirácea da órbita esquerda com leve desalinhamento dos fragmentos, porém sem evidências de herniação de gordura orbitária ou encarceramento muscular.*
  - *Ossos próprios do nariz e septo nasal.*
  - *Porção escamosa do osso temporal direito.*
  - *Arco zigomático esquerdo, em dois pontos.*
  - *odas as paredes dos seios maxilares, com fragmentos ósseos intrassinusais;*
  - *Palato duro.*
  - *Processos pterigoides.*
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Material com atenuação de partes moles em seios maxilares e etmoidais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
1. **Não há evidências de contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.**
2. **Múltiplas fraturas faciais com envolvimento orbitário bilateral (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).**
3. **Hemossinus.**

Dra. LARISSA CALDAS MIRANDA
MÉDICA CRM 12753

RECEBEMOS
08 MAI 2018
Maria Genoneide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
01.21.457.736/0001-06

DIGITADOR: TAYDES

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: FRANCINALDO DA SILVA	**Prontuário:** 147120
Endereço: SITIO CORRENTINHO	**Idade:** 30 ano(s) 0 mes(os) e 0 dia(s)
Bairro: ZONA RURAL	**UF:** CEARÁ **Sexo:** Masculino
CEP: 63180-000	**Cidade:** BARBALHA

Localização
Clinica: CLINICA CIRURGICA II **Enfermaria:** 03 **Leito:** 609
Internação 2017-05-26 00: 15:07 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Relatório
Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico
submetido a osteossintese de ft de terco medio de face , procedimento sem intercorrencia, evoluindo consciente, orientado, eupneico,corado, acianótico,afebril,eg bom.
face edema sem sangramento. oclusao com melhoras.
raio-x pos op ok.
ok alta com medicacao e orientacoes para casa
retorno em ambulatorio

Exames Realizados
imagem e hematologicos

Terapêutica Utilizada
osetossintese

Diagnóstico
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES
Não	S022	FRATURA DOS OSSOS NASAIS

Condições de Alta
Melhorado

Data Programada da Alta: 04/06/2017

Observações Complementares
marcar retorno com ambulatorio do dr ivo pita ou david gondim com 8 dias.

Responsável
Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM
Data: 04/06/2017

Dr. David Gondim
Cirurgião
Buco Maxilo Facial
CRO-CE 4581

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

RECEBEMOS

08 MAI 2018

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

EVOLUÇÃO

l. 20

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA **Prontuário:** 147120 **Admissão:** 20/05/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 **Idade:** 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) **Sexo:** Masculino **RG:**
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA **Telefone:** 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:**

Evolução	Profissional	Data/Hora
6° DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFORT I / NASAL ACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL., CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 EXAMES LABORATORIAIS NORMAIS (LEVE LEUCOCITOSE COMPATIVEL COM TRAUMA) - COAGULOGRAMA DENTRO DA NORMALIDADE.	FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI	26/05/2017 09:46
5 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 EXAMES LABORATORIAIS NORMAIS (LEVE LEUCOCITOSE COMPATIVEL COM TRAUMA). FALTOU COAGULOGRAMA AGORA SOLICITADO	IVO CAVALCANTE PITA NETO RECEBEMOS 08 MAI 2018 Maria Gecineide F. Nobre Corretora de Seguros Eireli CNPJ:21.487.736/0001-06	25/05/2017 15:13
4 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HD: FRATURA LEFOR I / NASAL PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL.	EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO	24/05/2017 08:53

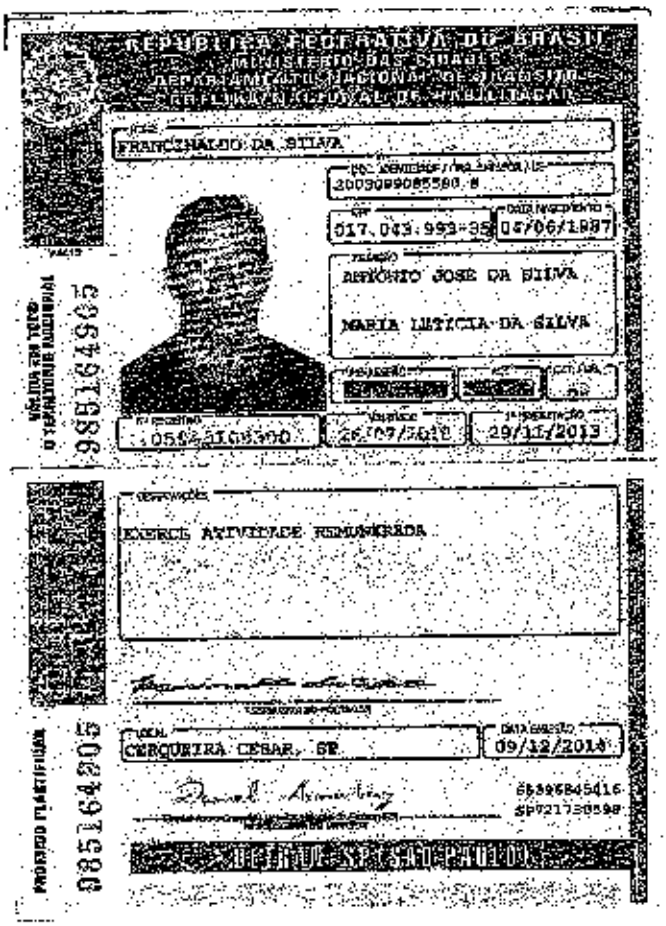
EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCINALDO DA SILVA Prontuário: 147120 Admissão: 20/05/2017
Data Nasc.: 04/06/1987 Idade: 29 ano(s) 11 mes(es) e 16 dia(s) Sexo: Masculino RG:
Mãe: MARIA LETICIA DA SILVA Telefone: 88 981235721
Endereço: SITIO CORRENTINHO Bairro: ZONA RURAL CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
5 DIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *HD: FRATURA LEFOR I / NASAL* PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL, NO MOMENTO: CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CONTACTUANTE, DEAMBULANDO. EXAME FACIAL: EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL , CREPTACAO MAXILAR, ABERTURA BUCAL NORMAL, OCLUSÃO INSTAVEL. TC DE FACE REVELA FRATURAS TIPO LE FORT I E FRATURA NASAL SEM DESLOCAMENTO CD- 1 - PRESCRIÇÃO 2- AGUARDA VAGA NA CIRURGICA II 3 EXAMES LABORATORIAIS NORMAIS (LEVE LEUCOCITOSE COMPATIVEL COM TRAUMA) FALTOU COAGULOGRAMA AGORA SOLICITADO	IVO CAVALCANTE PITA NETO	25/05/2017 15:19

RECEBEMOS
08 MAI 2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli



RECEBEMOS

18 ABR 2018

Maria Genoreide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-09

RECEBEMOS

18 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.467.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DETRAN - CE — Nº 013147974836

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

UF	VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
CE	01	00527201271	000000000	2017

NOME
FRANCINALDO DA SILVA
BARBALHA /CE

CPF/CNPJ	PLACA
01704399335	BSH1052/CE

PLACA ANT. - UF	CHASSI
/CE	LHJPJK300C0A003B1

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
[illegible]	[illegible]	[illegible]

CAP. PASS.	CILINDRADA	CATEGORIA
2P/0CI/150CC	PASSEIO	ERRADICA

S/P	CÓD. CAIXA	VENCIMENTO	SEXO / DATA NASC.
	[illegible]	[illegible]	1[illegible]

V/A	FAIXA LIVRE	PARCELAMENTO / COTAS	2[illegible] / 3[illegible]

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
			[illegible]

OBSERVAÇÕES
[illegible]

LOCAL	DATA
BARBALHA	17/02/2017

Ivan Fonseca — Superintendente — DETRAN-CE

CE Nº 013147974838 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradorasilider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	17/02/2017

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
01	01704399335	BSH1052

RENAVAM	MARCA / MODELO
00527201271	YAMAHA RACER 150

ANO FAB.	CIL. CM³	Nº CHASSI
2012	09	LHJPJK300C0A003B1

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DE SEGURO (R$)
81,29	9,03	90,33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	VALOR RECEBIDO SEGURADO
4,15	0,7	185,5

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA	PARCELADO	16/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: 162FMJ12A6024 — 00329

RECEBEMOS
18 ABR 2018
Maria Geonilde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
[illegible]21.467.736/0001-09

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário

JUNHO/2017

Código	Nome do Funcionário	CBO	Emp.	Local	Depto.	Setor	Seção	Fl.
025	CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA	2521-05	- ADMINISTRADOR					

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
101	PRÓ-LABORE	30,00d	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRPF S.SALARIO	7,5%		54,83

RECEBEMOS
07 NOV 2017
Caixa Econômica Federal
Vania Cristina de Sousa Emed
Caixa Econômica Federal

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3200,00	406,83

Valor Líquido ⇨ 2.793,17

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRPF
3.200,00	3.200,00			2848,00	02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

C. Cicero Daniel dos S. Silva

DATA ____/____/____

corte aqui

PROCURAÇÃO

Outorgante:

FRANCINALDO DA SILVA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua RITA DE CACIA ARAUJO SILVA, Nº 134, Bairro PARQUE BULANDEIRA Município de BARBALHA, Estado de (o) CEARA CEP 63180000, portador (a) do RG nº 2003099085580, SSP/CE e CPF nº 017.043.993-35.

Outorgado:

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão M.E.I, residente e domiciliado à Rua SITIO LAMBEDOR, Nº 1505, Bairro ZONA RURAL, Município de BARBALHA, Estado de (o) CEARA CEP 63180000 portador (a) do RG nº 2001016014110, SSP/CE e CPF nº 010.969.643-33.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) FRANCINALDO DA SILVA, ocorrido em 20/05/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurado (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) 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.

BARBALHA-CE, 06 de ABRIL de 2018

Francinaldo Lobo da Silva

Outorgante

CPF Nº 017.043.993-35.

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.

1º OFÍCIO BARBALHA-CE

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Reconheço a(s) Firma(s) de FRANCINALDO DA SILVA POR AUTENTICIDADE

06 ABR. 2018

RECEBEMOS

18 ABR 2018

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180176525 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FRANCINALDO DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS TIPO LE FORT I
FRATURA DOS MALARES E MAXILARES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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

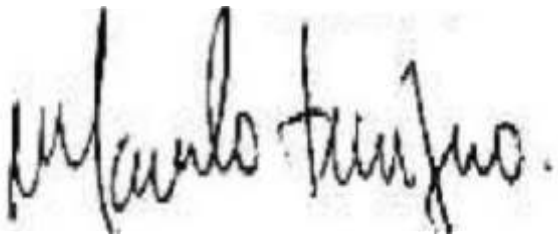
Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180176525 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FRANCINALDO DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS TIPO LE FORT I FRATURA DOS MALARES E MAXILARES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLINICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, POREM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS. E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

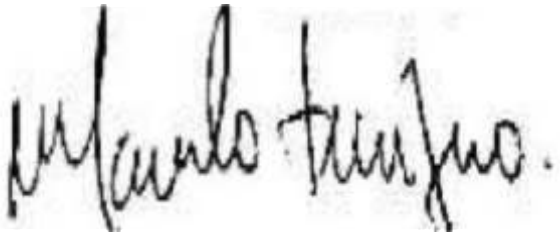
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: