



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau > Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Operação realizada com sucesso

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WJUA.19.00111431-8** em **12/07/2019 10:34:24**.

Orientações

- Um e-mail foi enviado para **fabiopompeu@fabiopompeuadv.com.br** com os dados deste protocolo.
- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Juazeiro do Norte
Processo : 0006174-74.2019.8.06.0112
Protocolo : WJUA.19.00111431-8
Tipo da petição : Petições Intermediárias Diversas
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 12/07/2019 10:34:24

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>>Exibir 3 primeiros

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

Petição* : 2615237_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_01.PDF - 1-2.pdf
Documentação : Protocolo de Entrega de Documentos - 1-12.pdf
Documentação : Protocolo de Entrega de Documentos - 13-20.pdf
Documentação : Protocolo de Entrega de Documentos - 21-31.pdf
Documentação : Protocolo de Entrega de Documentos - 32-36.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JUAZEIRO DO NORTE/CE

Processo: 00061747420198060112

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JUAZEIRO DO NORTE, 11 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180496553

Vitima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180496553**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13504852



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180496553
Vitima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 25/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CICERO INACIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180496553**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA CPF: 046618153-19

Profissão: MOTORISTA Endereço: ANTONIO DIAS SOBRINHO Número: 521 Complemento: CASA

Bairro: LIMOEIRO Cidade: JARUÍ DO NORTE Estado: CE CEP: 63020-110

E-mail: _____ Tel. (DDD): 88 9 9770 8595

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0433 2 CONTA: 69830 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital de quem assina ou assinatura eletrônica

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura da Agência Corretora de Seg. Ltda.

22 OUT. 2018

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS: _____



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3180-496553

CPF da Vítima

046.618.153-19

Nome completo da vítima

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA	CPF titular da conta	046618153-19	Profissão	MOTORISTA
Endereço	RUA - ANTONIO DIAS SOBRINHO	Número	521	Complemento	CASA
Bairro	LIMOEIRO	Cidade	JUAZEIRO DO NORTE	Estado	CEARA
Email		CEP	63020110	Telefone (DDD)	88
					9-97873195

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0433 D/V 2 CONTA NRO. 69830 D/V X		BANCO Nome NRO.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V	
		(Informar dígito se existir)	

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

Juazeiro do Norte, 26 de outubro de 2018

Local e Data

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 6359 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **05/06/2018 10:07:50**

Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2017 01:25:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA 22 DE JULHO**

Complemento:

Bairro: **LIMOEIRO**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**

Nascimento: **07/01/1991** CPF:

RG: **556369105**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA**

JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA

Endereço: **RUA ANTONIO DIAS SOBREIRA, 521**

Bairro: **LIMOEIRO**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9787-3195**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUX6023** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:

9C2HB0210AR106900 Renavam: **212734725** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2010**

Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:

EDUARDO FILGUEIRAS CALLOU Situação: **NÃO INFORMADO**

Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Comunica que quando trafegava numa Moto Honda Pop 100, de Cor Preta, veio a cair de aludida Moto em razão de ter que desviar de outra Motocicleta que trafegava em sentido contrário, cujo condutor não sabe identificar, o qual conduzia sua moto de maneira imprudente, causando-lhe, em razão do acidente, fratura na clavícula direita e escoriações na região do crânio e nas pernas; QUE foi socorrido por populares e levado para a Unidade de pronto Atendimento (UPA), do bairro Limoeiro, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, sendo transferido depois para o Hospital Regional do cariri, nesta urbe, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Danielo T. de Medeiros
DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A):

Juliano M. de Almeida Lima
JULIANO M. DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

22 OUT. 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA CPF: 046618153-19

Profissão: MOTORISTA Endereço: ANTONIO DIAS SOBRINHO Número: 521 Complemento: CASA

Bairro: LIMOEIRO Cidade: JARUÍ DO NORTE Estado: CE CEP: 63020-110

E-mail: _____ Tel. (DDD): 88 9 9770 8595

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0433 2 CONTA: 69830 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital de quem assina ou assinatura eletrônica

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura da Agência Corretora de Seg. Ltda.

22 OUT. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**UPA 24h Limoeiro**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

295741**Ficha de Atendimento**

Data: 25/12/2017
Hora: 01:25

Data de Saída:
Hora de Saída:

Paciente

Nome: 96691 JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Responsável: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Mãe: LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA
Endereço: ANT. DIAS SOBREIRA, 521, TIMBAÚBA - JUAZEIRO DO

Nasc: 07/01/1991 Idade: 26
Telefone: (88) 9770-8595 Celular: (88) -
CEP: 63.020-110 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: Doc. Identidade: 556369105 Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio: SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

ACOMPANHANTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA NAUSEAS, VOMITOS E PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIENCIA

ATO DECLARATÓRIO

Antecedentes Médicos**Exame Físico**

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO(A), ACIANÓTICO(A), AFEBRIL AO TOQUE, NORMOCORADO(A), HIDRATADO(A), EUPNEICO(A), GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.
AC: BNF, RR 2T, SS
AR: MV+, AUSCENCIA DE RUÍDOS ADVENTÍCIOS
AA: RHA+, PLANO, DEPRESSIVO, INDOLOR A PALPAÇÃO.

Exames Complementares**Conclusão Diagnóstica**

POLITRAUMA

CID-10 T07

Tratamento

DIPIRONA 500MG 1 AMP IM

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
22 OUT. 2018

DAVI LEAL LANDIM CRUZ
CRM: 17716 / CE

Hedibeito
Coordenador Médico
UPA Limoeiro
IMEGI - Instituto Médico de Juazeiro do Norte

Diretor Médico

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Pront.: 155470 Data Nasc.: 07/01/1991 Idade: 26 ano(s) 11 mes(es) e 18 dia(s) Admissão: 25/12/2017

Mãe: LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA

Sexo: Masculino

RG:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 63010-000

Bairro: LIMOEIRO

Tel.: 88 98882-9711

Endereço: RUA ANTONIO DIAS SOBREIRA

Num: 521

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador João Paulo Lima Santos

Horário 25/12/2017

Queixa:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO FERIMENTO EM COURO-
CABELUDO E DOR EM OMBRO

Exograma: TRAUMA MAIOR

MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

ATENDIMENTO MEDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

CRM: 6

Nº: 404153

Horário 25/12/2017

Acidente: Sim

Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABECA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFRENDO TCE COM PERDA DE CONSCIÊNCIA E TRAUMA
OMBO DIREITO COM SINAIS DE FRATURA DE CLAVICULA. PRESENÇA DE HEMATOMA NA REGIÃO PARIE
DIREITA. NO MOMENTO ESTÁ CONSCIENTE E ORIENTADO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX CLAVICULA D AP (0204040060)	25/12/2017 03:37	Sim	Pendente
TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079)	25/12/2017 03:37	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

CRM

4366

25/12/17 03:38

Prescrição

Horário:

SINAIS VITAIS

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

22 OUT. 2018

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00433-2

CONTA: 000010069830-1

Nr. da Autenticação 646BF623645D5A3F

Nº DO CLIENTE
1345480

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 Ulpiano, 150
 CEP 60125-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
539859165

Rota 02 13000 03 275510 - 9

Data de Emissão 04/09/2018

Nome LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA

End. Postal RU ANTONIO DIAS SOBREIRA 00521

TIMBAUBA - JUAZEIRO DO NORTE - 63020110

Medidor 1430241

Poste 0000 A65W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 325461303-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês da Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2018	04/09/2018	04/10/2018

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ISE0,3324.FE04,07E4.1696.4872.7180.0118

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Condição JUAZEIRO DO NORTE

Mês Jul/2018

EUSD 13,54

Padrão Individual P	Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	5,91	13,82
FIC	0,17	5,25	12,70
DMIC	2,77		0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FF	24579	24458	1,20	111	0,00	33	0,11704
						78	0,11704
						11	0,44020

Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01-05-18	32	3,43

VALOR CONSUMO DO MES 33,43

MULTA MORATORIA REF 08/2018 0,66

JUROS DO MES 0,73

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,60

DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 1/2 3,00

- SAÍDO PARA PAGAMENTO FUTURO 38,42

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,19)
VENCIMENTO 12/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	17,20
Transmissão	1,10
Distribuição	1,10
Encargos Setoriais	2,73
Tributos (PIS/COFINS)	1,30
TOTAL	33,43

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

124	111	110	112	132	147	144	129	107	117	125	145	110
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

43,33 0,00 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil em atraso. Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. NEEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês Ref.	Valor (R\$)
----------	-------------

08/2018	05,62
---------	-------

Total	05,62
--------------	--------------

Const. desta fatura R\$ 1,37 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,42% e COFINS:1,91%

(PIS: 0,42% e COFINS: 1,91% - NEEEL 414/10 - Art. 172 e 173)

Estando em Bandeira Vermelha retarda 2 em set-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh

(multa@eneel.br). Informações: www.eneel.gov.br

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

22 OUT. 2018

ASS:

Nº do Cliente:

1345480

Referência:

Set/2018

Data de Emissão:

04/09/2018

Total a Pagar (R\$):

0,00

Nº da Nota Fiscal:

539859165

Nº de Controle:

0001345480 00529 39692 50

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer

22 OCT. 2018

ASS:

LIBRIA COR

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
163	163
177	177
165	165
182	182
175	175
158	158
135	135
138	138
150	150
175	175
164	164
193	193
146	146

ENCIMENTO	17/09/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	123,01
-----------	------------	---------------------	--------

10/03/18	08/03/18	DESCRICAO	VALOR CONSUMO DO MES	ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	MULTA MORATORIA REF 08/2018	JUROS DO MES	ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA	BAIXA RENDA	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 8,62)
			11,20							
			90,20							
			1,66							
			0,58							
			18,57							
			0,96							

[illegible][illegible]

DATA DE EMISSÃO 10/09/2018

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO PARANÁ - CNEP

05 13000 06 359200 - 6

Nome: GUILHERMINA SUZANA FILGUEIRA SILVA

End. Postal: RUA ERNESTINA SOBRINHA 00724

LIMOEIRO - JUAZEIRO DO NORTE - 63030180

Posto 0000 0000

Medidor 5029303

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL-07-BX. RENDA MONOFÁSICO

CPF 728824333-87

CGF

DO CLIENTE
5943986
Compagnie Energétique du Cameroun
02 26 62 00 20
RUE PIERRE VIALATRE, 150
CEP 0035 042 | PO BOX 10
CMT 07047251000130 | CNP 06 105 5493
54048394

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CÍCERO ENOCIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 268404508 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046618153 / 19, do sinistro de DPVAT cobertura ENVOLVIDO da Vítima JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046618153 / 19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSO INFORMAÇÃO

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>ENVESTINDO SORREINDO</u>		Número <u>724</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>LIMOEIRO</u>	Cidade <u>JOAZEIRO DO NORTE</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63030-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>8829-9927-0509</u>

JOAZEIRO DO NORTE-CE de 16 de OUTUBRO de 2018 22 OUT. 2018
Local e Data

Cícero Enocio da Silva
Assinatura do Declarante

Ass: _____

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUARDO FILGUEIRA CALLOU,

RG nº 9802900409, data de expedição 06/03/2015,

Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 005.413.233-93, com

domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de

CEARA, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

AV MADRE NERY SOBRINHA, nº 16,

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

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

vítima JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA cujo o condutor era

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA POP 100

Ano: 2010

Placa: NUX 6023

Chassi: 9CZ4B0210AR106900

Data do Acidente: 25/12/2017

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE 24/05/2018

Eduardo Filgueiras Calou

Assinatura do Declarante

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

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

MACHADO 2º Ofício

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: EDUARDO FILGUEIRAS CALLOU, CONFERIDO (FE) DOU FE. Juazeiro do Norte - Ceará, 24/05/2018.

Paulo de Tarso Gondim Machado

M 258 / FE 0.17 / SE 1.02 / FA 0.13 / FR 0.13 / ISS 05 / TT 4

Bel Paulo de Tarso G. Machado Bel Clelio A. G. Machado Bel João G. Machado

CARTÓRIO PARIZ

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, CONFERIDO (FE) DOU FE. Juazeiro do Norte - Ceará, 25/05/2018.

Maxwell Pariz Xavier

CARTÓRIO PARIZ

PROSEVENTE AUTORIZADO

[EM:2,58][FE:0,17][SE:1,02][FA:0,13][FR:0,13][ISS:13][TT:4,16]

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Nº 256438

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS: _____



Window/Level (Right Mouse)

CRELITE:
Ex:
PA
Se: 1/2
Im: 1/1
ESTERNO CLAV
Mag: 0.6x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
1991 Jan 07 M 155470

Acc: EMG
2017 Dec 25
AcqTm: 04:04:28.343

CRELITE
Ex:
PA
Se: 4/2
Im: 2/1
ESTERNO CLAV

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
1991 Jan 07 M 155470

Acc: EMG
2017 Dec 25
AcqTm: 04:04:28.343

Mag: 0.6x

ESTERNO CLAV



Lin: DCM / Lin: DCM / ID: ID
W: 4096 L: 2048

Window/Level (Right Mouse)

22 OUT. 2018
CORRETORA DE SEG. LTDA

CAP NUM SCRL
05:21
25/12/2017



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais



NOME: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

PRONTUÁRIO: 155470

DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1991

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II

ENFERMARIA/LEITO: EXT11

DATA DO EXAME: 25.12.2017

HORA DO EXAME: 08:27

DATA DO LAUDO: 25.12.2017

HORA DO LAUDO: 10:40

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

TCE.

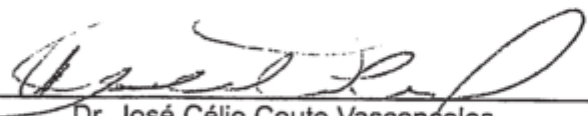
ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região parietal direita.
- 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
- Espessamento do revestimento mucoso dos seios paranasais.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Hematoma subgaleal parietal direito, NÃO associado a fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.




Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n | Triângulo
Junceiro do Norte/CE | CEP: 63.041-162

CNPJ/MF: 05.268.526/0002-51

Fone: (88) 3566.7551 | FAX: (88) 3566.610
email: conselho@isgh.org.br

DIGITADOR: LARYSSE

22 OUT 2018

ASS: _____



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 06/02/2018 08:10

N.Atendimento...: 468371 Convênio.: BPA SUS
Data Atendimento: 06/02/2018 Hora:08:10 Matrícula: 702300157940215
Médico Respons...: CASSIO MURILO DA SILVA Guia.:
Recepcionista...: KAROLAYNE Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTORIO Serviço: CONSULTA

=====IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE=====

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA Pront.: 133697
Dta Nasc.: 07/01/1991 - 27 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 556369105
Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521
Cep.....: 63100000 Bairro:LIMOEIRO Município:JUAZEIRO DO NORTE
Estado...: CE Resp...: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Fone: 88997708595

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☐ RAIO-X☐ ULTRASSOM☐ ENDOSCOPIAY

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

Dr. (a) CASSIO MURILO DA SILVA
CRM: 6002 CPF: 34631348372

X JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Paciente / Responsável

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Prontuário N°.: 133697

Internação N°.: 470340

Impresso: 20/02/2018 08:20

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Respons.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

|Nasc.: 07/01/1991 Idade: 27 Sexo: M

Matricula: 702300157940215

Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521

|Bairro.: LIMOEIRO Cep.: 63100000

Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE

|Telefone: 88997708595

Filiação.: Mãe - LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA

|Pai - JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF.: 046.618.153-19 RG: 556369105

|UF: Orgão: Natural: JUAZEIRO

NORTE

Raça.: PARDO

Profissão: MOTORISTA

|Est.Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: CASSIO MURILO DA SILVA

|Cadastro.: KAROLAYNE /Atendente: VANDA

Clinica.: INTERN. CIRURGICA

|Data/Hora.: 20/02/2018 08:17

Setor.: POSTO MASCULINO

|Convênio.: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017SE

Acomod.: AM03

|Carater.: ELETIVA

Leito.: AM3.10 Trans.P/Leito: Enf/Apto:

|Tipo Acom.: ENFERMARIA CLINICA

-RESUMO DE TRATAMENTO-

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

1. Lupo em ombro

HDA:

Letícia de Almeida Santos Landim
CRM 34.36
RQE 122.60-2449

-ANTECEDENTES PESSOAIS-

HAS ()

DM ()

AVC

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR:

OME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILOS:

-DIAGNÓSTICO-

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Frio clonico

RESERVADO A RECEPÇÃO

N° DO UNISUS:

ASS.:

TRASNF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 01 / 02 / 2018

Lunardo
LUNARDO CORRÊA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(A): 6002 CASSIO MURILO DA SILVA

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 12:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Prontuario: 133697

Leito...: AM3.10

Atendimento: 470340

Conv: CONVENIO JUAZEI

Técnico(a): WILLIANY

Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 12:46

MANHA:

CLIENTE EM PÓS OPERATORIO DE FRATURA EM CLAVICULA "D"

EVOLUI: CONSIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM QUEIXA NO PERIODO, ACEITA DIETA OFERECIDA, FICA EM REPOUSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.


Williany C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 883.524

Técnico(a): WILLIANY CRUZ LIMA

COREN: 883524-CE

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 15:08

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Prontuario: 133697

Leito...: AM3.10

Atendimento: 470340


Conv: CONVENIO JUAZEI

Técnico(a): VIVI

Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 15:08

TARDE

PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA E EM SEGUIDA, ALTA HOSPITALAR.


Viviane Maria
Téc. EM ENFERMAGEM

Técnico(a): VIVIANE MARIA DA SILVA
COREN: 779297-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass: _____

NOME DO PACIENTE

IDADE 24

DATA 22/12/2018

CLÍNICA

APTO./LEITO

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

A
N2O
02
S
E
T
I
N
G
Alíquidos
venozos

PA °C 240

V 38 220

PULSO 36 220

ANES 34 180

X 32 160

OP 30 140

TEMP 120

ASPIR. A 80

RESP. O 60

SÍMBOLOS

Expor.

Assist.

Contro.

CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA

NASO/OROTRAQUEAL - CEGA

BAL. - TAMP. - CALIBRE DO TUBO

SOB - MÁSCARA

DIFICULDADE TÉCNICA

TEMPO DE ANESTESIA

TOTAL

OPERAÇÃO

ANESTESISTA

MÉDICA

CIRURGIÃO

PERDA

"BUCKING" - Vômito

Depressão Respiratória-Hipoxia

Bradi-Taquicardia-Choque

Hemorragia-Arritmia

22 OUT. 2018

LÍBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS ANESTÉSICA
PRÉ-ANESTÉTICO

Nome	[Handwritten Name]				Reg.
Sexo	Idade	Peso	Alt.	Clínica	
Diag. Pré-Op	[Handwritten]				
Cirurgia Proposta	[Handwritten]				
Anest. Ant.	[Handwritten]				
Alergia					
Fumo Tempo - Quant.			Alcool		
Drogas em uso - Doses					
Estado Mental			Tipo de Sangue		
Boca			Pescoço		
PA.	F.C.	Pulso	Velas		
Ap. Resp.					
Ap. Circ.					
Ap. Gen. - Uri					
S. Nervoso					
S. Endocrino					
Exs. Compl.					
Est. Físico (asa)			Anest. Proposta		
Assinatura			Assinatura		
PÓS - ANESTÉSICO					
Sala de Recuperação			Enfermaria		
Data - Hora			Data - Hora		
[Stamp: LIMA CORRÊTORA DE SEG. LTDA. 22 OUT. 2018]					
Assinatura			Assinatura		
Obs.:					

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

- TC em decubito dorsal
- Assupção e an. sup-
- Posições de campo
- Abordagem sob decubito D
- Dissecção por plano
- Abordagem de fratura
- Retirada de grande quantidade de fibras
- Red + Kirsch pelo dec
- Dificuldade de perfurar devido ao
- motor q pouco torque
- Hemostático
- Sutura por placa
- Curativa

Data

Cirurgião

Ass. e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

Ass. e Carimbo

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Data

Ass. e Carimbo do Anestesista

Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass. e Carimbo do Anestesista - CRM

Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso

Robson, Ferris & Oliverio

Fracture clavicle (P)

at 0.15

[illegible]



HOSPITAL
São Raimundo
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

Relatório Médico

[illegible]

ENF:

LEITO:

CLÍNICA:

DATA	HORA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

20/08/18

John Doe

11 Aug 2014 22

Medicção do Aluno:

Attestada Por: 101072 CONT. 24/19
Módulo 2: Data 2008/11/01

Q. 12. Minima

cf. *Thalassia* 1

Month 22 Date 02/24/2016

三

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

REG. LTDA.

LIBRA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OCT. 2018

ASEI

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	T	P	P _{SpO2}	PA	HGT	ORAL	SNG	DIURESE	DRENOS SONDAS
20	Paciente admitido no C. C. para Probi- ótica com Dr. Cassio de Probi- ótica de Clavícula direita. Condição estável. Realizado AUP em mpe.		88	95%	165 x 97					
21	Paciente evoluiu satisfatoriamente por Dr. Cassio de Probiótica O2 20% Realizado procedimento com inter- ferência elétrica de clavicula na região lombar. O mesmo retorna ao seu estado de saúde com curativa. Renda 769377		88	97%	149 x 95					
22	Paciente evoluiu satisfatoriamente por Dr. Cassio de Probiótica O2 20% Realizado procedimento com inter- ferência elétrica de clavicula na região lombar. O mesmo retorna ao seu estado de saúde com curativa. Renda 769377		84	97%	165 x 99					
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										
41										
42										
43										
44										
45										
46										
47										
48										
49										
50										
51										
52										
53										
54										
55										
56										
57										
58										
59										
60										
61										
62										
63										
64										
65										
66										
67										
68										
69										
70										
71										
72										
73										
74										
75										
76										
77										
78										
79										
80										
81										
82										
83										
84										
85										
86										
87										
88										
89										
90										
91										
92										
93										
94										
95										
96										
97										
98										
99										
100										

EXAMES REALIZADOS: RX () ECG () USG () TC () LAB. ()

Window/Level (Right Mouse)

CRELITE
Ex: PA
Se: 1/2
Im: 1/1
ESTERNO CLAV
Mag: 0.6x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
1991 Jan 07 M 155470
Acc: EMG
2017 Dec 25
Acq.Tm: 04:04:28.343

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:4096 L:2048

CRELITE
Ex: PA
Se: 4/2
Im: 2/1
ESTERNO CLAV
Mag: 0.6x

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
1991 Jan 07 M 155470
Acc: EMG
2017 Dec 25
Acq.Tm: 04:04:28.343

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:4096 L:2048

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 18:34

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Leito...: AM3.10

Técnico(a): CAROLINA

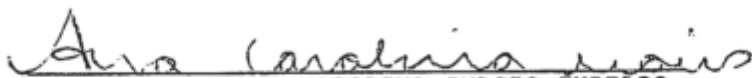
Prontuario: 133697

Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 17:31

TARDE

CLIENTE COM HD: FRATURA EM CLAVICULA DIREITA POR DR. CASSIO.
FOI ENCAMINHADO AO BLOCO CIRURGICO ÀS 16:37 RETORNOU ÀS 18:12
SOBRE EFEITO ANESTESICO, VEIO COM ACESSO VENOSO PERIFERICO
, ESTA COM SORO TERAPIA. PERMANECE NO LEITO AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM.



Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO
COREN: 1169836-CE

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 21:30

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Leito...: AM3.10

Técnico(a): DANTAS

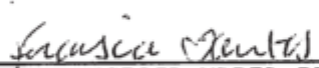
Prontuario: 133697

Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 21:30

NOITE-

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADO, AFEBRIL EUPNEICO EM PÓ DE CLAVICULAR
DIREITA, ACEITA BEM DIETA OFERECIDA REFERE DOR AVP PARA TERAPIA
MEDICAMENTOSA, RESPIRA EM AMBIENTE MEDICADO SEGUE AOS CUIDADOS ENFERMAGEM.



Técnico(a): FRANCISCA MARIA DANTAS DE FREITAS
COREN: 188850-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

22 OUT. 2018

Ass:

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 09:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Leito...: AM3.10

Técnico(a): SANDRA

Atendimento: 470340

Prontuario: 133697

Conv: CONVENIO JUAZEI


Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 09:46

MANHÃ:

PACIENTE JOVEM ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. CASSIO MURILO, COM HD DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. EVOLUI CONSCIENTE, CALMO, COOPERATIVO, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO ATÉ 2º ORDEM, NEGA ALERGIA + HIPERTENÇÃO + DIABETICO, TEM EXAMES LABORATÓRIAS + ECG + XERO DE RX DE CLVICULA. SEGUE NO LEITO AGUARDA PROCEDIMENTO HOJE.

PA-110/80MMHG

T-36°C


Técnico(a): SANDRA REGINA DE SOUSA ALVES
COREN: 936564-CE

21/03, 21/02 = 81 queixas

OF. 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477, 3478, 3479, 3480, 3481, 3482, 3483, 3484, 3485, 3486, 3487, 3488, 3489, 3490, 3491, 3492, 3493, 3494, 3495, 3496, 3497, 3498, 3499, 3500, 3501, 3502, 3503, 3504, 3505, 3506, 3507, 3508, 3509, 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3515, 3516, 3517, 3518, 3519, 3520, 3521, 3522, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528, 3529, 3530, 3531, 3532, 3533, 3534, 3535, 3536, 3537, 3538, 3539, 3540, 3541, 3542, 3543, 3544, 3545, 3546, 3547, 3548, 3549, 3550, 3551, 3552, 3553, 3554, 3555, 3556, 3557, 3558, 3559, 3560, 3561, 3562, 3563, 3564, 3565, 3566, 3567, 3568, 3569, 3570, 3571, 3572, 3573, 3574, 3575, 3576, 3577, 3578, 3579, 3580, 3581, 3582, 3583, 3584, 3585, 3586, 3587, 3588, 3589, 3590, 3591, 3592, 3593, 3594, 3595, 3596, 3597, 3598, 3599, 3600, 3601, 3602, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3608, 3609, 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639, 3640, 3641, 3642, 3643, 3644, 3645, 3646, 3647, 3648, 3649, 3650, 3651, 3652, 3653, 3654, 3655, 3656, 3657, 3658, 3659, 3660, 3661, 3662, 3663, 3664, 3665, 3666, 3667, 3668, 3669, 3670, 3671, 3672, 3673, 3674, 3675, 3676, 3677, 3678, 3679, 3680, 3681, 3682, 3683, 3684, 3685, 3686, 3687, 3688, 3689, 3690, 3691, 3692, 3693, 3694, 3695, 3696, 3697, 3698, 3699, 3700, 3701, 3702, 3703, 3704, 3705, 3706, 3707, 3708, 3709, 3710, 3711, 3712, 3713, 3714, 3715, 3716, 3717, 3718, 3719, 3720, 3721, 3722, 3723, 3724, 3725, 3726, 3727, 3728, 3729, 3730, 3731, 3732, 3733, 3734, 3735, 3736, 3737, 3738, 3739, 3740, 3741, 3742, 3743, 3744, 3745, 3746, 3747, 3748, 3749, 3750, 3751, 3752, 3753, 3754, 3755, 3756, 3757, 3758, 3759, 3760, 3761, 3762, 3763, 3764, 3765, 3766, 3767, 3768, 3769, 3770, 3771, 3772, 3773, 3774, 3775, 3776, 3777, 3778, 3779, 3780, 3781, 3782, 3783, 3784, 3785, 3786, 3787, 3788, 3789, 3790, 3791, 3792, 3793, 3794, 3795, 3796, 3797, 3798, 3799, 3800, 3801, 3802, 3803, 3804, 3805, 3806, 3807, 3808, 3809, 3810, 3811, 3812, 3813, 3814, 3815, 3816, 3817, 3818, 3819, 3820, 3821, 3822, 3823, 3824, 3825, 3826, 3827, 3828, 3829, 3830, 3831, 3832, 3833, 3834, 3835, 3836, 3837, 3838, 3839, 3840, 3841, 3842, 3843, 3844, 3845, 3846, 3847, 3848, 3849, 3850, 3851, 3852, 3853, 3854, 3855, 3856, 3857, 3858, 3859, 3860, 3861, 3862, 3863, 3864, 3865, 3866, 3867, 3868, 3869, 3870, 3871, 3872, 3873, 3874, 3875, 3876, 3877, 3878, 3879, 3880, 3881, 3882, 3883, 3884, 3885, 3886, 3887, 3888, 3889, 3890, 3891, 3892, 3893, 3894, 3895, 3896, 3897, 3898, 3899, 3900, 3901, 3902, 3903, 3904, 3905, 3906, 3907, 3908, 3909, 3910, 391

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

NOME
 JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
 556369105 SSP SP

CPF
 046.618.153-19 DATA NASCIMENTO
 07/01/1991

FILIAÇÃO
 JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA
 LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
 ACC CATIA
 AD

Nº REGISTRO
 05689683759 VALIDADE
 10/05/2021 1ª HABILITACAO
 16/01/2013

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV. REMUNERADA

LOCAL
 JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSAO
 27/07/2016

ASSINATURA DO PORTADOR
 ASSINATURA DO EMISSOR
 15645454051
 CE153216166

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1225635914

ACERDOPIAÇÃO
 1225635914

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

ASS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

95029097203 20/6/1995

NOME CICERO INACIO DA SILVA

RENACIMENTO ISAIAS INACIO DA SILVA E MARIA FRANCISCA DA SILVA

NATURALIDADE PENEDO-AL DATA DE NASCIMENTO 9/3/1974

DIGITADO CERT. CASAM. 5631 L 15 F

115V JUAZEIRO DO NORTE-CE

LEI Nº 7119 DE 2008

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
CICERO INACIO DA SILVA

Nº de inscrição
268404508-99

Data de Nascimento
09/03/74

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ JUAZEIRO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIDADE DE

CICERO INACIO DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 OUT. 2018

Ass: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 013567951016

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 00212734725 0000000000 2017

EDUARDO FILGUEIRAS GALLIOLI
JUAZEIRO DO NORTE / CE

00541373393 NUX6023/CE

PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC. GASOLINA
HONDA/POP100
2P/OCV/97CC

1. VENC. COTA UNICA
2. PARCELAMENTO / COTAS
3. PREMIO TARIFARIO (R\$)
4. CUSTO DO BILHETE (R\$)
5. CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO OBRIGATORIO
OBSERVAÇÕES

JUAZEIRO DO NORTE 11/07/2017

CONTRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU: SEGURO DPVAT

CE Nº 013567951016 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 11/07/2017

VIA 01 00541373393 NUX6023

RENAVAM 00212734725 HONDA/POP100

ANO FAB 2010 09 9C2HBQ210AR106900

PRÊMIO TARIFÁRIO
DENATRAM (R\$) 9,03

IOF (R\$) 0,7

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

TOMADA SEGURO (R\$) 185,5

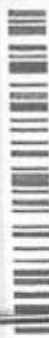
DATA DE QUITAÇÃO 10/07/2017

COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.243.690/0001-04

MOD 031 - HONDA/POP100 - 05900 - 03140



22 OUT. 2018
LÍDER CORRETORA DE SEGUROS

Ass:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180496553 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 15)
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TCE
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CLAVÍCULA
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180496553 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão MOTORISTA, residente e domiciliado à Rua ANTONIO DIAS SOBRINHO, nº 521, bairro LIMOEIRO, Município de JUAZEIRO DO NORTE, Estado de(o) CEARA, Cep: 63020-110, portador(a) do Rg nº 55626910-5, SSP/SP e CPF nº 046.618.153-19.

Outorgado: CICEND INACIO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ESCRIVÃO, residente e domiciliado(a) à Rua ERNESTINA SOBRINHO, nº 724, bairro LIMOEIRO, Município de JUAZEIRO DO NORTE, Estado de (o) CEARA, Cep: 63030-180, portador (a) do RG nº 95029097203 SSP/CE e CPF nº 268.404.508-99.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA, ocorrido em 25/1/12/2017, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(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.

JUAZEIRO DO NORTE - CEARA, 15 de OUTUBRO de 2018.

1º OFÍCIO JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Outorgante
CPF Nº 046.618.153-19

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

AVIA CORRETORA DE SEC. LTD.

22 OUT. 2018

ASS:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384759/18

Vítima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 046.618.153-19

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CICERO INACIO DA SILVA : 268.404.508-99

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

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA : 046.618.153-19

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/10/2018
Nome: CICERO INACIO DA SILVA
CPF: 268.404.508-99

CICERO INACIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384759/18

Número do Sinistro: 3180496553

Vítima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 046.618.153-19

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA : 046.618.153-19

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: CICERO INACIO DA SILVA
CPF: 268.404.508-99

CICERO INACIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS