

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

---

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190173105**

**Vítima: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO**

**Data do Acidente: 17/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDMILSON DA SILVA PINHEIRO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190173105**

**Vítima: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO**

**Data do Acidente: 17/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

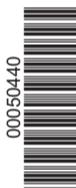
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190173105**

**Vítima: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO**

**Data do Acidente: 17/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), EDMILSON DA SILVA PINHEIRO**

Após a análise do seu pedido do Seguro DPVAT, verificamos a existência de irregularidades.

**Por essa razão, o seu pedido foi negado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# 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:		
	023.991.123-77	EDMILSON DA SILVA PINHEIRO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO			CPF:	
Profissão: RECUSOU-SE	Endereço: RUA ANA KITA DE SOUTA - TGL	Número: 133	Complemento: AP.203 BL 29	
Bairro: AEROPORTO	Cidade: JUNCEIRO DO NORTE	Estado: CEARA	CEP: 63000-000	
E-mail:	Tel.(DDD): (88)9880-0712			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- 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 OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0433 CONTA: 67.277   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Investprev Seguradora S/A

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: J. 10 NORTE - 4, 20 - 02 - 2019  
 Nome: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO  
 CPF: 023.991.123-77

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_  
 CNPJ: 42.366.302/0001-28

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.





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

Impresso nº 2019105246



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 1949 / 2019

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		Investprev Seguradora S/A
Data / Hora da Comunicação: 13/02/2019 09:15:09 Data / Hora da Ocorrência: 17/10/2018 13:00:00 Endereço da Ocorrência: <b>RUA SEBASTIÃO REGIS</b> Complemento: Bairro: <b>AEROPORTO</b> Município: <b>JUAZEIRO DO NORTE/CE</b> Ponto de Referência: <b>PROX AUM COLEGIO</b>		
<i>Noticiante(s)</i>		26 FEV 2019
		CNPJ: 42.366.302/0001-28

Nome: <b>EDMILSON DA SILVA PINHEIRO</b> Nascimento: 25/03/1986 CPF: 023.991.123-77 RG: 2002029272634 Orgão Emissor: SSP/CE Filiação: <b>FRANCISCA DA SILVA PINHEIRO</b> <b>OSVALDO VICENTE PINHEIRO</b> Endereço: <b>RUA ANA RITA DE SOUSA -TC 01 - BL 29 AP 203, 133</b> Bairro: <b>AEROPORTO</b> CEP: Município: <b>JUAZEIRO DO NORTE/CE</b> País: <b>BRASIL</b> Telefone: (88) 98839-0539	
--	--

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: <b>POZ2860</b> Uf: <b>CE</b> Município: <b>JUAZEIRO DO NORTE</b> Chassi: <b>9C2KD1000HR035368</b> Renavam: <b>1134907718</b> Tipo do Veículo: <b>MOTOCICLETA</b> Marca / Modelo: <b>HONDA/NXR 160 BROS</b> Ano Fabricação: <b>2017</b> Ano Modelo: <b>2017</b> Combustível: <b>GASOLINA</b> Cor: <b>PRETA</b> Proprietário: <b>JANIELMA ALVES DA SILVA PINHEIRO</b> Situação: <b>NÃO INFORMADO</b> Envolvimento: <b>ENVOLVIDO</b>	
---	--

*Histórica*

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 299, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que possui habilitação(CAT.AB) e que na data, hora e local, acima descrito, trafegava, pilotando o veículo acima qualificado. Ocorre que para não colidir com um cachorro que atravessou a via, tentou desviar e acabou caindo no buraco, caindo da sua moto; QUE em virtude do sinistro a noticiante sofreu lesões, conforme ficha de atendimento anexo; QUE após o acidente foi socorrida por populares para UPA 24H, e depois encaminhado para o HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE está fazendo este boletim para fins de DPVAT; QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitar. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA CÓPIAS: CNH do CONDUTOR, COMPROVANTE DE RESIDENCIA, CRLV DO VEICULO, FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA DO DIA 17/10/2018 N°291622; FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI DO DIA 18/10/2018 PRONT.57475, DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DO HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI DO DIA

*Bray*



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



Impresso nº 2019105246

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 1949 / 2019

29/10/2018; Nada mais disse.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Boaf IVANEIDE BARRETO PESSOA - MAT.: 30081412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 4 Edmilton da Silva pinheiro

VISTO DO DELEGADO(A): JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# 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:		
	023.991.123-77	EDMILSON DA SILVA PINHEIRO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO			CPF:	
Profissão: RECUSOU-SE	Endereço: RUA ANA KITA DE SOUTA - TGL	Número: 133	Complemento: AP.203 BL 29	
Bairro: AEROPORTO	Cidade: JUNCEIRO DO NORTE	Estado: CEARA	CEP: 63000-000	
E-mail:	Tel.(DDD): (88)9880-0000			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- 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 OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0433 CONTA: 67.277   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Investprev Seguradora S/A

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: J. 10 NORTE - 4, 20 - 02 - 2019  
 Nome: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO  
 CPF: 023.991.123-77

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ 26 FEV 2019

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ CNPJ: 42.866.302/0001-28

(\*) Assinatura de quem assina A RODO



Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

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 RODO, 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.



Investprev Seguradora S/A  
26 FEV 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

# ATO DECLARATÓRIO

**UPA 24h Limoeiro**

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

291622

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

**Ficha de Atendimento**Data: 17/10/2018  
Hora: 13:40Data de Saída:  
Hora de Saída:**Paciente**

Nome: 172951 EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

Responsável: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

Nasc: 25/03/1986 Idade: 32

Mãe: FRANCISCA DA SILVA PINHEIRO

Telefone: Celular: (88) 98888-8888

Endereço: RUA ANA RITA DE SOUZA, 203, AEROPORTO - JUAZEIRO DO  
CEP: 63.020-622 Natural: JUAZEIRO DO**Documento**

Mat/CNS

Doc. Identidade:

Guia:

Autorização:

Trabalho

Validade da Carteira:

Último Pagto:

**Convênio**

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento

**Quicixas do Paciente**

MASCULINO, 32 ANOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
 ONDE CAIU DENTRO DE UM BURACO APÓS PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO

# ATO DECLARATÓRIO

**Antecedentes Médicos**

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

**Exame Físico**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DOR EM M.I.E

**Exames Complementares****Conclusão Diagnóstica**

CID-10 | 002

FRATURA DO JOELHO ESQUERDO

**Tratamento**

IGOR CALLOU  
 CRM: 15828 / CE

DR. Hediberto Macedo  
 MEDICO  
 Doutor MEdico



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **559782212**  
**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdeimov: 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de

**JAN/2019**

Utilize o nº abaixo sempre  
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	8
VENCIMENTO	05/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	135,43

**DESCRÍÇÃO DA CONTA**

**ENERGIA CONSUMO** Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)

**OUTROS PAGAMENTOS**

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 20 013000 12 0238000 Medidor Poste  
 Nome ANDRE ANTONIO SOBREIRA DOS SANTOS 2536434 0000 0  
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU ANA RITA DE SOUZA-TC 1 00133 AP 203 BL 29 AEROPORTO  
 JUAZEIRO DO NORTE 63000000

RG / CPF / CNPJ 064.025.673-29 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Incl.  Consumo Faturado

FP	8456	0	1	166	0	166
----	------	---	---	-----	---	-----

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão Apresentação

29/01/2019 26/02/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

0889.9688.3400.5715.6C71.CD25.A262.1C0E

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
120,35	27%	32,49

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	44,69
TRANSMISSÃO	4,77
DISTRIBUIÇÃO	25,47
ENCARGOS SETORIAIS	6,83
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	38,59

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês NOV/ 2018

DIC (h)	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00				0,00		

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

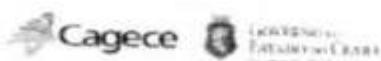


autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **9993892-8** N° da Nota Fiscal: **559782212** Total a Pagar (R\$): **135,43**  
 Data de Emissão: **20/02/2019** Referência: **JAN/2019** N° de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**

2º Via



Notícias

0021732590

## DETALHES DO CLIENTE

Nome: EDNALDO PEREIRA DOS SANTOS  
Endereço: RUA BEA MARIA DE ARAUJO, 6, ROMERIO

Cidade: JUAZEIRO

UF: BA (56-120)

Endereço:

Cidade:

UF:

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

### 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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.291.864 / 23, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDMILSON DA SILVA PINHEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.991.123/77,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDMILSON DA SILVA PINHEIRO,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.991.123 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<b>RUA BEATA MARIA DE ARAUJO</b>	Número:	<b>09</b>	Complemento:	<b>PISO</b>
Bairro:	<b>ROMEIRÃO</b>	Cidade:	<b>JUAZEIRO DO NORTE</b>	Estado:	<b>CE</b>
E-mail:	<b>LORDNALDO@YAHOO.COM</b>			Tel.(DDD):	<b>(88) 3512/4870</b>

Local e Data: J. DO NORTE -CE, 20-02-2019



Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JANIELMA ALVES DA SILVA PINHEIRO,

RG nº 200502901333L, data de expedição 20/12/11,

Órgão SSP - CE, portador do CPF nº 027.321.343-27,

com domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de  
CERNA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA ANA KITA DE SOUZA - TCE, nº 133,

complemento AEROPORTO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

EDMILSON DA SILVA PINHEIRO, cujo o condutor era

EDMILSON DA SILVA PINHEIRO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA / NXR 160 Bros Ano: 2017

Placa: P027860 Chassi: 9C2KD1000HF035368

Data do Acidente: 12/12/18

Investprev Seguradora S/A

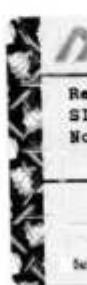
26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Lugar e Data: J. DO NORTE - CE,

Assinatura do Declarante

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



Centro  
**MACHADO**  
2º Ofício

REL. PAULO DE TARSO G. MACHADO | REL. CÍCERO A. C. MACHADO  
Assessor  
R. São Francisco, 240 | Centro | Juazeiro do Norte | CE | CEP: 63010-215 | (88) 3512.1518 / (88) 3512.4261

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JANIELMA ALVES DA SILVA PINHEIRO, FEITO POR Paulo de Tarso Gondim Machado, DOU PE. Juazeiro do Norte-CE, 13/02/2019.

Paulo de Tarso Gondim Machado

[EM 2,79] [E 0,18] [SE 1,10] [FA 0,14] [FR 0,14] [SS 0,08] [TI 4,41]  
Rel. Paulo de Tarso G. Machado Rel. Cícero A. C. Machado Rel. João G. Machado Maria R. G. Machado Couto



RECONHECIMENTO  
DE FÉMIA  
Nº CM 557253

**Ficha de Atendimento**

Data: 17/10/2018  
Hora: 13:40

Data de Saída:  
Hora de Saída:

**Paciente**

Nome: 172951 EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

Responsável: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

Mãe: FRANCISCA DA SILVA PINHEIRO

Endereço: RUA ANA RITA DE SOUZA, 203, AEROPORTO - JUAZEIRO DO CEPE: 63.020-622 Natural: JUAZEIRO DO

Nasc: 25/03/1986 Idade: 32

Telefone: (88) 3512-2373 Celular: (88) 98888-8888

**Documento**

Mat/CNS:

Doc. Identidade:

Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Último Pagto:

**Convênio**

Convênio SUS

Cod. de Credenciamento:

Tipo de Atendimento 2

**Queixas do Paciente**

MASCULINO, 32 ANOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
ONDE CAIU DENTRO DE UM BURACO APOS PERDER O CONTROLE DO VEICULO

Investprev Seguradora S/A

**Antecedentes Médicos**

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Exame Físico**

DOR EM M.I.E

**Exames Complementares**

**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 S82

FRATURA DO JOELHO ESQUERDO

**Tratamento**

IGOR CALLOU  
CRM: 15828 / CE

DR. Hediberto Macêdo  
MÉDICO  
DIRETOR MÉDICO

# HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

## BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 57475      Registro: 79823      Data/Hora: 18/10/2018 14:29  
Paciente: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO  
Mãe: FRANCISCA DA SILVA PINHEIRO  
Nasc: 25/03/1986      RG: 2002029272634      CPF: 023.991.123-77      Sexo: Masculino  
Idade: 32 anos, 6 meses e 23  
Endereço: ANA RITA DE SOUZA      N° 203      Bairro: AEROPORTO  
Cidade: JUZEIRO DO NORTE      UF: CE  
Convênio: UNIMED      Carteira: 01070020057802218  
Fone: 88988390539 - 0      Investprev Seguradora S/A  
Profissão: ELETRICISTA      Atendente: JOSEPEDRO  
Médico Responsável: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS  
Tipo de Atendimento: 1ª CONSULTA      26 FEV 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

### MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos):

Traumas e Zumbidos

### Exame Solicitados:

1/ RX do Zumbido

### Diagnóstico:

Contusão

HCFM  
M. B. Costa  
do Gabinete

### Medicação:

ANF

### Procedimento:

OT da P/ Zumbidos

( ) Agudo      ( ) Crônico      ( ) Tempo de Internação: \_\_\_\_\_ ( ) Dias ( ) Meses ( ) Anos

Previsão de Alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Horas:

Curado ( )

Melhorado ( )

Transferido ( )

Trat. Ambulatorial ( )

Indisciplina ( )

Óbito: \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Paciente/Responsável

Médico Solicitante

# HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

## BOLETIM DE ADMISSÃO - AMBULATORIAL

Prontuário: 57475      Registro: 80232      Data/Hora: 25/10/2018 09:35  
Paciente: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO  
Mãe: FRANCISCA DA SILVA PINHEIRO  
Nasc: 25/03/1986      RG: 2002029272634      CPF: 023.991.123-77      Sexo: Masculino  
Idade: 32 anos, 8 meses e 0  
Endereço: ANA RITA DE SOUZA      N° 203      Bairro: AEROPORTO  
Cidade: JUZEIRO DO NORTE      UF: CE  
Convênio: UNIMED      Carteira: 01070020047802218  
Fone: 88983390539 - 0  
Profissão: ELETRICISTA      Atendente: GABRIELLA  
Médico Responsável: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS  
Tipo de Atendimento: 1ª CONSULTA

MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos):

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Exame Solicitados:

Diagnóstico:

Medicação:

Procedimento:

( ) Agudo      ( ) Crônico      ( ) Tempo de Doença      ( ) Dias ( ) Meses ( ) Anos

Previsão de Alta: / /

Curado ( )

Trat. Ambulatorial ( )

Melhorado ( )

Indisciplina ( )

Dr. Waydson Basílio dos Santos

Ortopedista e Traumatologista

0070008-5

Transferido ( )

Óbito: \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Data: / /

Paciente/Responsável

Médico Solicitante



Nº Registro: 80465

Data: 29/10/2018

Paciente: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

Convênio: UNIMED

Carteira: 01070020047802218

Médico: 10376 FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA FINS DE PROVA QUE O (A) PACIENTE ACIMA NECESSITA  
SE AUSENTAR DE SUAS ATIVIDADES POR NOVENTA (90) DIAS PARA  
CUIDADOS CLÍNICOS ORTOPÉDICOS.

CID: s835

Alongamento Ósseo

Transporte Ósseo

Sequela de Fraturas

Correção de Deformidades

Traumas em Geral

Fixador Externo

10710376-5  
Dr. Frederico Alencar  
CRM 10376 / TEOT 11928  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

FREDERICO MACHADO DE ALENCAR  
CRM 10376

Investprev Seguradora S/A  
26 FEV 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28



HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI

Hospital Das Clinicas e Fraturas do Cariri

07.808.785/0001-72

Avenida Padre Cicero, SN KM 2 - Triângulo - Juazeiro do Norte -

Ceará

E-mail: hfcariri@radcloud.com.br - Fone: (88) 2101-3150

Data do Exame:

18/10/2018

14:48:23

Paciente

EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

Nascimento

25/03/1986

Convenio

UNIMED

**RX DIGITAL DO JOELHO ESQUERDO**

Contornos articulares e interlinhas de aspectos normais.

Estrutura óssea preservada.

Partes moles sem alterações.

DR. ESAÚ NICODEMOS DA CRUZ SANTANA  
CRM: 10682 RQE: 5766

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Investprev Seguradora S/A
26 FEV 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	T	P	R	PA	ASSINATURA
18.10.18	15:30	Cliente deve sair para medicinação ambulatorial, reunião e exames. Inabilitado, com evolução de dor no lado esquerdo e com queixas de pressão arterial alta hospitalar.					

~~Assinatura~~



**HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI**

Fone: (88) 2101.3150 | (88) 9 9332.4489  
Av Padre Cícero Km 02 S/N Trânsito  
atendimento@hctfc.com.br

Nome: Enrico Sella  
Quarto:

Investprev Seguradora S/A  
26 FEV 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28



# Dr. Frederico Alencar

Ortopedia e Traumatologia

CRM 10376 / TEOT 11928

Título de Especialista pela AMB e SBOT

Especialista em fixador externo pelo INTO-MS (RJ)

Membro do Comitê A.S.A.M.I de Reconstrução e Alongamento Ósseo



HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI

Nº Registro: 80465

Data: 29/10/2018

Paciente: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

Convênio: UNIMED

Carteira: 01070020047802218

Médico: 10376 FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

1) FLEXIVE \_\_\_\_\_ 01 TUBO

APLICAR NO LOCAL DOLORIDO 3 VEZES AO DIA APÓS GELO

2) FLANCOX 500MG \_\_\_\_\_ 01 CAIXA

Investprev Seguradora S/A

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Alongamento Ósseo

FREDERICO MACHADO DE ALENCAR

CRM 10376

Transporte Ósseo

Sequela de Fraturas

Correção de Deformidades

Traumas em Geral

Fixador Externo

10710376-5  
Dr. Frederico Alencar  
CRM 10376 / TEOT 11928  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



**HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI**

ORIENTACOES

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

- \* Início, fisioterapia reabilitadora
- \* recuperação de extensão e
- não pôr uso protético 15 dias.
- \* NÃO usar caneta
- \* Retorno com: Discrepanças
- \* fone: (88) 99976-0000

23/02/18

*Fábio Cícero Monteiro*  
Fábio Cícero Monteiro  
Fábio Cícero Monteiro  
Fábio Cícero Monteiro

Av. Padre Cicero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101.3150 - Fax: (88) 3571.4517  
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará

Paciente  
**EDMILSON DA SILVA PINHEIRO**

Exame  
**1010434**

Convênio  
**UNIMED CARIRI**

Cod. Paciente  
**56944**

Sexo  
**Masculino**

Solicitante Dr(a).  
**WADSON BRASILIO DOS SANTOS**

Data do Exame  
**25/10/2018**

Data de Nascimento  
**25/03/1986**

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

#### **INDICAÇÃO:**

Torção há 8 dias com dificuldade de deambular.

#### **TÉCNICA:**

Exame realizado com sequências FSE e STIR, ponderadas em T1, DP e T2, em aquisições multiplanares.

Investprev Seguradora S/A

#### **ANÁLISE:**

26 FEV 2019

- Focos de alteração de sinal do tipo edema comprometendo a medular óssea no aspecto posterior dos côndilos tibiais e lateral dos côndilos femorais.
- Demais estruturas com atividade de sinal preservada.
- Anteriorização relativa da tibia na posição de exame.
- Patela tipo II da classificação de Wiberg, com altura dentro da normalidade segundo critério Caton-Deschamps que mede 0.97 (valor normal de 0.8 a 1.2).
- Irregularidade e alteração de sinal focal da cartilagem de revestimento da faceta lateral que compromete menos de 50% de sua espessura, sem comprometer o osso subcondral.
- Demais superfícies condrais sem alterações.
- Acentuada quantidade de líquido na cavidade articular associada a alteração de sinal da gordura de Hoffa.
- Redução volumétrica das dimensões do menisco medial com indefinição do corpo e parte do corno posterior, sendo observado fragmento meniscal deslocado para a região intercondilar, configurando sinal do duplo cruzado posterior (lesão em alça de balde).
- Menisco lateral de morfologia e contornos normais.
- Indefinição das fibras do ligamento cruzado anterior sendo possível identificar algumas fibras distais horizontalizadas, com alteração de sinal do tipo edema em seu trajeto.
- Ligamento cruzado posterior verticalizado (compensatório), com espessura e orientação preservada.
- Espessamento e alteração de sinal peri e intra-ligamentar do colateral medial, sem lesão transfixante.
- Ligamento colateral lateral de morfologia e orientação habitual.
- Estruturas do canto póstero-lateral sem alterações evidentes.
- Tendões do quadriceps, patelar e da pata de ganso de espessura e sinal preservados.
- Formação cística em recesso poplíteo, medindo 3.5 x 1.1 cm.
- Alteração de sinal do tipo edema dos planos adiposos e musculares peri-articulares difusamente.



HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI

ATESTADO MÉDICO

Investprev Seguradora S/A  
26 FEV 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28



HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Envelher + Salve  
Praher necessita de 07 (Sete) dias de  
afastamento de suas atividades  
a partir de \_\_\_\_\_

CID - 5-83-0

Atesto que Envelher + Salve  
Praher necessita de 07 (Sete) dias de  
afastamento de suas atividades  
a partir de \_\_\_\_\_

CID - 5-83-0

~~Dr. Weyden Basílio dos Santos~~  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM - CE 9048

Juazeiro do Norte, 25/02/2018

~~Dr. Weyden Basílio dos Santos~~  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM - CE 9048

Juazeiro do Norte, 18/02/2018

Paciente	Cod. Paciente	Data de Nascimento
<b>EDMILSON DA SILVA PINHEIRO</b>	<b>56944</b>	<b>25/03/1986</b>

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

1. **Áreas de edema/contusões ósseas femorotibiais com predomínio tibial.**
2. **Ruptura completa do ligamento cruzado anterior.**
3. **Ruptura em alça de balde do menisco medial.**
4. **Lesão parcial do ligamento colateral medial.**
5. **Condropatia patelar lateral focal (tipo II da classificação da ICRS).**
6. **Pequeno cisto de Baker não roto.**
7. **Acentuado derrame articular.**
8. **Infiltração edematosas difusa mioadiposa peri-articular.**

Investprev Seguradora S/A

Obs.: O conjunto de lesões caracterizado por ruptura do menisco medial, dos ligamentos cruzados anterior e medial configuram a triade infeliz de O'donoghue.

26.FEV.2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



**Dr. JOSE CELIO C. VASCONCELOS**  
Médico Radiologista - Membro Titular do  
Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB  
CRM 13064



**Clínica de Fisioterapia Geral**

CGC: 41.341.868/0001-32

Relatório Fisioterapia

Atendido para os seguintes fins no dia 07/02/2019

Emerson da Silva Pinheiro, com diagnóstico de

2º Nível de P. O. de neurofibromatose tipo 1 (NF1)

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

As seguintes sessões de fisioterapia nos dias

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dias: 04/12, 05/12, 06/12, 07/12, 10/12, 11/12, 13/12, 14/12,  
17/12, 18/12, 20/12, 21/12, 25/12, 26/12, 02/01, 03/01, 07/01,  
08/01, 09/01, 10/01, 11/01, 14/01, 15/01, 16/01, 18/01, 21/01, 23/01.

Agradecimento,

96.737-F

Rua Boa Vista, nº 374, Centro – Juazeiro do Norte – CE

Fone: (0xx88) 3511239 e Fone/Fax: (0xx88) 35124549

CEP: 63.010-320

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI**

**DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA**

PACIENTE: EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

CONVÊNIO: UNIMED

DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO: DERRAME ARTICULAR DE JOELHO ESQ

DIAGNÓSTICO PÓS - OPERATÓRIO: DERRAME ARTICULAR DE JOELHO ESQ

PROCEDIMENTO REALIZADO: ARTROCENTESE DO JOELHO SOB ANESTESIA LOCAL + IMOBILIZAÇÃO  
NÃO GESSADA

Investprev Seguradora S/A

CIRURGIÃO: DR. FREDERICO

26 FEV 2019

ANESTESISTA: -

CNPJ: 42.366.302/0001-28

INTENSIFICADOR DE IMAGENS: -

AUXILIAR: -

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA LOCAL DE PELE COM XILOCAÍNA 2% SEM VASOCONSTRICTOR
2. ARTROCENTESE DO JOELHO COM SERINGA DE 20ML
3. CURATIVO
4. IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA TIPO "JONES".



29/10/2018

10710376-5  
Dr. Frederico Alencar  
CRM 10376 / TEOF 11924  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS  
E FRATURAS  
DO CARIRI

Av. Padre Cícero, Km 02, S/N, Triângulo - Juazeiro do Norte - CE  
CEP: 53041-145 - atendimento@hcfc.com.br  
Fone: (88) 2101 3150 | (88) 9 9332 4489

1º Via retificação da Farmácia ou Drogaria  
2º Via orientação ao Paciente

Carimbo do Médico

*Rainer Lucena Monteiro*  
Rainer Lucena Monteiro  
26/02/2019  
13387

Paciente:

Investprev Seguradora S/A

Endereço:

26 FEV 2019

Prescrição:

CNPJ: 42.366.302/0001-28

*Eduardo de Souza Araújo*

Cefadroxil 500mg — Oto  
Tomas 05cp vo, 10/12hr, por 5 dias

Droftam — Oto  
Tomas 05cp vo, 10/12hr.

Moxal 500mg — Oto  
Tomas 05cp vo, 6/6hr

Data:

*26/02/18*

Assinatura do Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident. \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_\_

Av. São Brás Silveira (SAMIR gráfica) - Rua São Paulo, 306 - Centro - (88) 38805-7814 - Juazeiro do Norte - CE - CNPJ: 15.423.923/0001-05 - 1. MUN. 1110629 20386 50



Investprev Seguradora S/A  
26 FEV 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190173105      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON DA SILVA PINHEIRO      **Data do acidente:** 17/10/2018      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE JOELHO ESQUERDO COM RUPTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E MENISCO MEDIAL E LESÃO PARCIAL DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190173105      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON DA SILVA PINHEIRO      **Data do acidente:** 17/10/2018      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE JOELHO ESQUERDO COM RUPTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E MENISCO MEDIAL E LESÃO PARCIAL DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

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