
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. 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

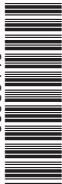
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Pag. 00879/00880 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14049478

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 PENHEIRO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
EDMILSON DA SILVA PENHEIRO			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSOU-SE	RUA ANA RITA DE SOUZA - TC I	133	AP-203 BL 29
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
AEROPORTO	JUNCEIRO DO NORTE	CEARA	63000-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
	681989070712		

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

REDA 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)

☒ 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 2 CONTA: 67.277 7

(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.

Local e Data: J. DO NORTE - CE, 20-02-2019
 Nome: EDMILSON DA SILVA PENHEIRO
 CPF: 023.991.123-77

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF: 26 FEV 2019

2ª | Nome:

CPF: CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 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.



c/c

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Impresso nº 2019105246

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 1949 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **13/02/2019 09:15:09**

Data / Hora da Ocorrência: **17/10/2018 13:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA SEBASTIÃO REGIS**

Complemento:

Bairro: **AEROPORTO**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência: **PROX AUM COLÉGIO**

Noticiante(s)

Nome: **EDMILSON DA SILVA PINHEIRO**

Nascimento: **25/03/1986** CPF: **023.991.123-77**

RG: **2002029272634** Órgão Emissor: **SSP/CE**

UF:

Filiação: **FRANCISCA DA SILVA PINHEIRO**

OSVALDO VICENTE PINHEIRO

Endereço: **RUA ANA RITA DE SOUSA -TC 01 - BL 29 AP 203, 133**

Bairro: **AEROPORTO**

CEP:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 98839-0539**

Dados do(s) Veículo(s)

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

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 299, 304, 339 e 340, todos do CP, notícia 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 Gula de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. 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 Nº291622; 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



Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Edmilson da Silva Pinheiro

13/02



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

Impresso nº 2019105246



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 1949 / 2019

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Boj
IVANEIDA BARRETO PESSOA - MAT.: 30081412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

4 Edmundo da Silva

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 PENHEIRO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
EDMILSON DA SILVA PENHEIRO			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSOU-SE	RUA ANA RITA DE SOUZA - TC I	133	AP-203 BL 29
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
AEROPORTO	JUNCEIRO DO NORTE	CEARA	63000-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
	68198907072		

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

REDA 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0433 2 CONTA: 67.277 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Local e Data: J. DO NORTE - CE, 20-02-2019
 Nome: EDMILSON DA SILVA PENHEIRO
 CPF: 023.991.123-77

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: 26 FEV 2019
 CNPJ: 42.366.302/0001-28
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

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 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.



c/c

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

ATO DECLARATÓRIO



UPA 24h Limoeiro

291622

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N

Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE

E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46

Telefone: (088) 3512-2373

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

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 NORTE - CE 63.020-622 Natural: JUAZEIRO DO NORTE

Documento

Mat/CNS

Doc. Identidade:

Guia:

Autorização:

Trabalho

Validade da Carteira:

Ultimo 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

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

032

FRATURA DO JOELHO ESQUERDO

Tratamento

IGOR CALLOU
CRM: 15828 / CE

DR. Heriberto Macedo
MÉDICO
Otorrinolaringologista



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 559782212

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A 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 conoscoNº DO CLIENTE
9993892 DV 8VENCIMENTO
05/02/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
135,43

DADOS DO CLIENTE

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

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

166 0,72504 120,35

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima
Leitura
29/01/2019 26/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

08B9.968B.34D0.5715.6C71.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

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

Investprev Seguradora S/A 15,08

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

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

Conjunto

Mês NOV/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

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

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



GOVERNO DO
PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE

2ª Via

Nº de Inscrição:

0021732590

DADOS DO CONTRATO

Nome: EDYNALDO PEREIRA DOS SANTOS

Fed. Leitor: RU BEA MARIA DE ARAUJO R. ROMERINO

Cidade: JUAZEIRO

CPF: 93.050-120

End. Entrega:

Cidade:

Local: 021

Série: 004

Quantia: 0125

Valor: 0140

Código: 0000

CEP:

EDUCACIONAL

Residência: 000

Comunidade: 001

Indicador: 000

Pública: 000

Indicador de Acesso: 000

Sexo: Masculino

Idade: 137

Idade: 137

Idade: 137

DADOS

Local: 021

Quantia: 0125

Valor: 0140

Código: 0000

Local: 021

Quantia: 0125

Valor: 0140

Código: 0000

ORIGEM DA RENDA DISTRIBUÍDA POR QUOTA: 10-2018

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

Fonte: 000

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECASWEB/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 **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 PENHEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº **023.991.123 / 77**,

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

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:	RUA BEATA MARIA DE ARAUJO	Número:	09	Complemento:	PISO
Bairro:	ROMEIRÃO	Cidade:	JUAZEIRO DO NORTE	Estado:	CE
E-mail:	LORDNALDO@YAHOO.COM	CEP:	63050-720	Tel.(DDD):	(88) 3512/4870

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 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 300502901333L, data de expedição 20/10/11

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 027.321.343-17

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

RUA ANA RITA DE SOUZA - TEL, 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: MOTOCICLO Modelo: HONDA / NXR 160 ABS Ano: 2017

Placa: P0278GO Chassi: 9C2EDL0004K035368

Data do Acidente: 12/12/18

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Local e Data: J. DO NORTE-CE,

Janielma Alves da Silva Pinheiro
Assinatura do Declarante

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

Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) e Firma de: JANIELMA ALVES DA SILVA PINHEIRO. FEITO POR Paulo de Tarso Gondim Machado DOU FE. Juazeiro de Norte-CE, 13/02/2019.

Paulo de Tarso Gondim Machado

Reconhecimento de Firma
Nº CM 557253

Bel. Paulo de Tarso G. Machado
Bel. Cicero A. C. Machado
Bel. João G. Machado
Marta R. G. Machado Couto

**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: 13:40

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 NORTE
Nasc: 25/03/1986 Idade: 32
Telefone: () - Celular: (88) 98888-8888
CEP: 63.020-622 Natural: JUAZEIRO DO NORTE

Documento

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

Convênio

Convênio SUS Cod. de Credenciamento: Tipo de Atendimento:

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. Hedilberto Macêdo
MÉDICO
CRM: 15828 / CE



HOSPITAL DAS CLÍNICAS 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 Nº 203 Bairro: AEROPORTO
Cidade: JUZEIRO DO NORTE UF: CE
Convênio: UNIMED Carteira: 01070020057802218
Fone: 88988390539 - 0
Profissão: ELETRICISTA Atendente: JOSEPEDRO
Médico Responsável: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS
Tipo de Atendimento: 1ª CONSULTA

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos):

Trauma no membro superior direito

Exame Solicitados:

1/ RX do ombro direito

Diagnostico:

Contusão

Medicação:

AINH

Procedimento:

OT do ombro direito

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

Previsão de Alta: *1/1/*

Hora:

Curado ()

Melhorado ()

Transferido ()

Trat. Ambulatorial ()

Indisciplina ()

Óbito: *_____*

Causa: *_____*

Data: *1/1/*

Edmilson da Silva Pinheiro
Paciente/Responsável

Waydson Basilio dos Santos
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 Nº 203 Bairro: AEROPORTO
Cidade: JUZEIRO DO NORTE UF: CE
Convênio: UNIMED Carteira: 01070020047802218
Fone: 88988390539 - 0
Profissão: ELETRICISTA Atendente: GABRIELLA
Médico Responsável: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS
Tipo de Atendimento: 1ª CONSULTA

MOTIVO DO ATENDIMENTO (Queixas, exames clínicos):

Doença crônica de 1 ano e 6 meses de evolução com dor no joelho direito
Investprev Seguradora S/A
26 FEV 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Exame Solicitados:

Exame Físico e RX

Diagnóstico:

Trauma

Medicação:

A/N/H

Procedimento:

manter mobilizado

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

Previsão de Alta: ____/____/____

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Indisciplina ()

Dr. Waydson Basilio dos Santos
Osteodermatologista
CRM 101804-5

Transferido ()

Óbito: ____

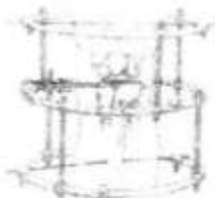
Causa: ____

Data: ____/____/____

X Edmilson da Silva

Paciente/Responsável

Médico Solicitante



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

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

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

FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM 10376

Alongamento Ósseo

Transporte Ósseo

Sequela de Fraturas

Correção de Deformidades

Traumas em Geral

Fixador Externo

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital das Clínicas e Fraturas do Cariri

Agendamento de Consultas: (88) 2101.3150

Av. Pe. Cícero Km 2 - Bairro Triângulo - Juazeiro do Norte - CE

Email: contato@fredericoalencar.com.br



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: hcfcariri@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. ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM: 10682 RQE: 5766



Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DATA

HORA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

T

P

R

PA

ASSINATURA

18.01.18

15:30

Cliente deu entrada para medicação antiepileptica,
consciente e orientado, verbalizando que sofreu de
tórax, escarificado e queixando-se de dor no tórax.
Foi medicado conforme prescrição. Após medicação
passou a se recuperar.



Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Procedimento
Especial
Cópia para
Arquivo



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

atendimento@hccf.com.br
Fone: (88) 2101.3150 • (88) 9 9332.4489
Av. Padre Cícero, Km 02, S/N, Triângulo
Juazeiro do Norte - CE | CEP: 63041-145

Nome: Eduardo da Silva
Quarto: _____
RG: _____

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

EVOLUÇÃO MÉDICA

18/1 Prescrição 1000 + 1000
+ 5000 + 1000

13:50

1/8

Dr. Weydson Bastião
Ortopedia - Traumatologia
CRM - CE 9048

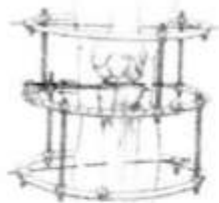
Dr. Weydson Bastião dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM - CE 9048

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

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Alongamento Ósseo

Transporte Ósseo

Sequela de Fraturas

Correção de Deformidades

Traumas em Geral

Fixador Externo

FREDERICO MACHADO DE ALENCAR
CRM 10376



Hospital das Clínicas e Fraturas do Cariri

Agendamento de Consultas: (88) 2101.3150

Av. Pe. Cícero Km 2 - Bairro Triângulo - Juazeiro do Norte - CE

Email: contato@fredericoalencar.com.br



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

ORIENTAÇÕES

- * Iniciar fisioterapia precoce
- * manter joelho em extensão e
- * não ficar nos próximos 4 dias
- * não usar roupas curtas
- * Retorno com 2 semanas
- * fone: (88) 99976-0000

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

21/11/18

Wagner Lucena Monteiro
FONE: (88) 99976-0000
FAX: (88) 3571-4517
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - Ceará

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

Cod. Paciente
56944

Exame
1010434

Sexo
Masculino

Data do Exame
25/10/2018

Convênio
UNIMED CARIRI

Solicitante Dr(a).
WADSON BRASILIO DOS SANTOS

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.

ANÁLISE:

- 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 quadríceps, 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.

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

ATESTADO MÉDICO

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Atesto que

Edmundo da Silva

necessita de 07 Set dias de

afastamento de suas atividades _____

a partir de _____

CID - S-83.0

Dr. Waysson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM - CE 9048

Juazeiro do Norte, 25/10/2018



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI

ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Edmundo da Silva

necessita de 08 Set dias de

afastamento de suas atividades _____

a partir de _____

CID - S-83.0

Dr. Waysson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM - CE 9048

Juazeiro do Norte, 18/10/2018

Paciente
EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

Cod. Paciente
56944

Data de Nascimento
25/03/1986

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 edematosa difusa mioadiposa peri-articular.**

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

Investprev Seguradora S/A

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: 41.341.888/0001-32

Relatório Fisioterapêutico

Atendo para os seguintes fins que o paciente
Edmilson da Silva Pinheiro, com diagnóstico de
2º grau em P.O. de neurológica do LCA, realizado

As seguintes sessões de fisioterapia nos meses

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, 26/12, 28/12, 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.

Atenciosamente,

96737-A

Rua Boa Vista, nº 374, Centro – Juazeiro do Norte – CE
Fone: (0xx88) 3511239 e Fone/Fax: (0xx88) 35124549
CEP: 63.010-320

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI

DESCRIÇÃO 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

CIRURGIÃO: DR. FREDERICO

ANESTESISTA: -

INTENSIFICADOR DE IMAGENS: -

AUXILIAR: -

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 / TEOT 11924
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

Av. Padre Cicero, Km 02, S/N, Triângulo - Juazeiro do Norte - CE
CEP: 63041-145 - atendimento@hcfrc.com.br
Fone: (88) 2101 3150 • (88) 9 9332 4489

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogueria
2ª Via orientação ao Paciente

Carimbo do Médico

Klinger Lucena Monteiro
Médico - Otorrinolaringologista
CRM 10.123 / RQE 12345
15/01/2019

Paciente: Equilíbrio de São Francisco

Endereço: Cefadroxila 500mg Obr

Prescrição: Tomar 01cp vo, 12/12h por 5 dias

Amoxicilina Obr
Tomar 01cp vo, 12/12h

Kloxacilina Obr
Tomar 01cp vo, 6/6h

Data: 21, 11, 18

Klinger Lucena Monteiro
Médico - Otorrinolaringologista
CRM 10.123 / RQE 12345
15/01/2019
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident: _____ Org. Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____ Data: 11/11/18

Após Serenidade Silva (SIAMR gráfica) Rua São Paulo, 529 - Centro - (88) 9885 7814 - Juazeiro do Norte - CE - CNPJ: 15.425.823/0001-05 - 1.º Mun. 1110639 - 208h. 50

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

NOME
EDMILSON DA SILVA PINHEIRO

DOC. IDENTIFICAD. / CNH / RENOVACAO Nº
2003029272634 SSP CE

CPF
023.991.123-77 DATA NASCIMENTO
25/03/1986

PERMISAO
OSVALDO VICENTE
PINHEIRO
FRANCISCA DA SILVA
PINHEIRO

PERMISSAO
RCC
CATEGORIA
AB

Nº IDENTIFICAD.
03939104301

VALIDADEZ
06/05/2021

1ª EMISSAO
09/09/2006

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA FIM DO
25/05/2016

02104525784
CE153319968

DETRAN CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1225563910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1225563910

Investprev Seguradora S/A

26 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

EDNALDO PEREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSÃO DE: 99029071681 SSPDS CE

CPF: 045.291.864-23 DATA NASCIM. 26/09/1982

PROFISSÃO: MANOEL PEREIRA DOS SANTOS
MARIA APARECIDA DOS SANTOS

PERMISSÃO: ☒ NCC ☒ CENSA ☒ AB

ASSINATURA: 0401799.1905 VALOR: 19/12/2021 1ª VALIDADE: 16/12/2006

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO FORNECEDOR

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO: 10/01/2019

1-4-20

80514056010
CE168710862

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1656063485

RECEBIDO PLASTIFICAR 1656063485

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50