

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180508517

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO EDNARDO CANUTO DO
NASCIMENTO

Endereço do(a) Examinado(a):

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 380050936 - ssp-sp -
26/05/2003

Data e Local do Acidente : 08/03/2018 - ce 226 km 20

Data e Local do Exame : 19/12/2018 PRAÇA DA JUVENTUDE, 59 -
SENADOR POMPEU/CE - CEP 63600-000

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Paciente sofreu queda de motocicleta em 08/03/2018 , quando estava a trabalho veio a cair e ser socorrido ao hospital de senador pompeu onde diagnosticado com fratura de perna direita , apor radiografia evidenciado fratura exposta de plator tibial e fibula direita.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

recebeu tratamento clinico , cirurgico com colocação de placa e parafusos em tibia e fibula direita alem de fisioterapia analgesica e uso muetas por 90 dias onde apr retorno foi dada alta definitiva em outubro do presente ano.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

paceinete do diminuição da amplitude de movimento de flexão e exteção total de articulação de joelho direito, alem de apresentar encurtamento de aproximadamente 2cm de membro inferior direito, com diciculdade de ralizar moviemento brusco e que exija esforço (agaxamento).

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

encurtamento do membro inferior direito

diminuição da amplitude de movimento em articulação de joelho D.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Membro inferior direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Encurtamento do membro inferior direito.



FERNANDO HIGOR FAYAD FERNANDES VIEIRA CRM : 12721 / UF :CE

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

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

891.477.073-72

Antônio Edmundo C. do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônio Edmundo C. do Nascimento		CPF titular da conta 891.477.073-72	Profissão Montador
Endereço Sitio Catolé		Número 511	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Sorriso Paraíso	Estado Ceará	CEP 63.600.000
Email		Telefone (DDD) 85 99890399	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0754	D/V []	CONTA NRO. 18042	D/V 6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

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

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.



Soriso Paraíso, 07 de Junho de 2018
Local e Data

Antônio Edmundo Carmo do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

[Assinatura]

Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Horários e Limites



Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione **CONFIRMAR** e aguarde o comprovante.

Conta origem:	
Conta destino:	0754 / 013 / 00018042-6
Agência destino:	SENADOR POMPEU
Nome destinatário:	ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIM
Valor:	



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

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

891.477.073-72

Antonio Edmundo C. do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Antonio Edmundo C. do Nascimento</i>		CPF titular da conta <i>891.477.073-72</i>	Profissão <i>Montador</i>
Endereço <i>2.º Trs Catolé</i>		Número <i>51N</i>	Complemento
Bairro <i>Zona Rural</i>	Cidade <i>Sorocaba Paulista</i>	Estado <i>Ceará</i>	CEP <i>63.600.000</i>
Email		Telefone (DDD) <i>(85) 999890779</i>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
0754 *18042* *6*
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

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

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

Sorocaba, 07 de Junho de 2018
 Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.
29 OUT. 2018

Antonio Edmundo camilo do nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Horários e Limites



Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione **CONFIRMAR** e aguarde o comprovante.

Conta origem:	
Conta destino:	0754 / 013 / 00018042-6
Agência destino:	SENADOR POMPEU
Nome destinatário:	ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIM
Valor:	

LIDIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
29 OUT. 2018
055



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 613 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/05/2018 09:38:11**
Data / Hora da Ocorrência: **08/03/2018 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 226**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**
Nascimento: **11/07/1978** CPF:
RG: **380050936** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO**
GERALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO CATOLE**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
País: **BRASIL** Telefone:



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCR3077** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:
9C2JC4110BR791906 Renavam: **357378733** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o noticiante, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que vinha conduzindo sua motocicleta na pista do KM 20 em Senador Pompeu, quando outra motocicleta fechou o mesmo; Que com isso os dois se chocaram vindo a cair; Que o noticiante foi socorrido pela Ambulância e levado para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu/CE e depois transferido para Fortaleza/CE; Que nesse acidente o noticiante quebrou a perna do lado direito passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o senhor JOEL ALVES JANUÁRIO e o Senhor CARLOS ALBERTO FERNANDES DE MELO, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

TALLES FURTADO LOPES - MAT.: 30110617

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Ednardo Canuto do Nascimento



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 551 - 613 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 613 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/05/2018 09:38:11**
Data / Hora da Ocorrência: **08/03/2018 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 226**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**
Nascimento: **11/07/1978** CPF:
RG: **380050936** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO**
GERALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO CATOLE** CEP:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCR3077** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:
9C2JC4110BR791906 Renavam: **357378733** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o noticiante, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que vinha conduzindo sua motocicleta na pista do KM 20 em Senador Pompeu, quando outra motocicleta fechou o mesmo; Que com isso os dois se chocaram vindo a cair; Que o noticiante foi socorrido pela Ambulância e levado para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu/CE e depois transferido para Fortaleza/CE; Que nesse acidente o noticiante quebrou a perna do lado direito passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o senhor JOEL ALVES JANUÁRIO e o Senhor CARLOS ALBERTO FERNANDES DE MELO, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****TALLES FURTADO LOPES - MAT.: 30110617****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Antonio Ednardo Canuto do Nascimento**

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Pág. 1 de 2

Impresso em: 24/05/2018 09:43:11

29 OUT. 2018

ACC:



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 613 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

ASS:

Pág. 2 de 2

Impresso em: 24/05/2018 09:43:11

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima Antonio Eduardo C. de Vasconcelos CPF da Vítima 891.477.073-72 Data do Acidente 08-03-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

SEN-Pouquet-15 de junho de 2018
Local e Data

Antonio Eduardo C. de Vasconcelos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Antonio Eduardo C. de Vasconcelos

CPF da Vítima

891.477.073-72

Data do Acidente

08-03-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

SEN. PIAUI-15 07 de Junho de 2018
Local e Data

Antonio Eduardo C. de Vasconcelos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

29 OUT. 2018

Prefeitura de Senador Pompeu
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/03/18 HORÁRIO: 11:54 ATENDIMENTO Nº: 65

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Antonio Edmundo Carmo do Nascimento
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 11/07/78 IDADE: 39 ESTADO CIVIL: Solteiro
MÃE: Teresinha Carmo Nascimento SUS: 4
NATURALIDADE: São Pompeu PROFISSÃO: Montador
ENDEREÇO: Rua Epitácio BAIRRO: Zona Rural CEP: 63.600-000
CIDADE: São Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP:
HDA:
Exatidão fratura exposta do 4º/3 proximal
sem fratura

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO: Limpa e Curativo - Soluções de 100ml
- 100ml 100ml 50ml 25ml 12.5ml
- 15ml 100ml 100ml 50ml 25ml 12.5ml
Vigente Ferrer Filho
MÉDICO
CRM - 2398

Ass. do Médico

CONFERE COM ORIGINAL
17/05/2018
Responsável: SAME
MHS
CNPJ 07.802.887/0002-44

Ass. do Técnico(a)

Ass. do Técnico(a)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Antonio Edmundo Carmo do Nascimento
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

INSTITUTO
COMPARTILHA
SANEAC
Uma história única dedicada à vida.
Apoio à Gestão em Saúde

COMPREENDENDO
A PREVENÇÃO
14 JUN 2018

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE

0401010023
0301100012

M H
S I
MATERNIDADE HOSPITAL
SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/03/18

HORÁRIO: 11:54

ATENDIMENTO Nº: 65

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Antonio Edmundo Camargo do Nascimento

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 11/07/78 IDADE: 39 ESTADO CIVIL: Solteiro

MÃE: Teresinha Camargo Nascimento SUS: 6

NATURALIDADE: Senador Pompeu PROFISSÃO: Montador

ENDEREÇO: Rua Cristóvão BAIRRO: Zona Rural CEP: 63.600.000

CIDADE: Senador Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP: História clínica e física atualizada

HDA: apresentando problemas de 4/3 proximo / 2 para mais

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO: Lincomicina 600mg 2x 12h

Tratamento com 100mg 500mg 12h - 2x 12h
500mg 12h - 2x 12h

Vigente Jéssica Nêto
MÉDICO
Carimbo Ass. do Médico
CRM - 2396

CONFERE COM ORIGINAL
17/03/2018 JMS
Responsável - SAME
MHS
CNPJ 07.802.897/0002-84

Ass. do Técnico(a)

Ass. do Técnico(a)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Antonio Edmundo Camargo do Nascimento
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

0401010023
0301100012



Uma história única dedicada a vida.
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.033,45

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000018042-6

Nr. da Autenticação 29EE750FBD612BB7

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000018042-6

Nr. da Autenticação 425E39CD7029F89B

Nº DO CLIENTE
8280859-7

Para agendar seu atendimento, utilize o e-mail sempre que enviar um boleto bancário.

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

 Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 130
CEP 60136-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07043251/0001-70 | CGF 06.106.846-3

enel
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
518364257

Rota 37 14001 01 100400 - 4

Data de Emissão 23/03/2018

Nome NATALIA VITORIANO ARAUJO

End. Postal ST CATOLE 00000 00000

DT JOSE LOPES - SENADOR POMPEU -

Medidor 8007199

Poste 0000 A37E

Classe 04-RURAL 01-AGROPECUARIA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 057320073-42

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Letram
Mar-2018	23/03/2018	23/04/2018

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FIC 10,44 DIO 20,88 DIC 41,76 FIC 1,00 DIC 0,55

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consumo Fel.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
23-03-18	22-03-18	1,00	0,00	0,00	22,55	22,55

DESCRIÇÃO

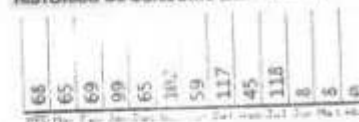
VALOR CONSUMO DO MES

COB. DO FATURA ANTERIOR

 VALOR (R\$)
22,55
24,97

VENCIMENTO 02/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 47,52
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	10,44
Imposto	1,00
Outros	0,00
TOTAL	22,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação suas emissões pelo consumo de energia elétrica	Compensação kg (CO ₂)	Compensação Energética (KCO ₂)
Emissão kg (CO ₂)	28,09	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
CONTAS EM ATRASO

AVISO DE CREDITO - EXCETO:
Informamos a todos os clientes que as contas vencidas sem pagamento (segundo a data de vencimento) não serão canceladas. O fornecimento de energia elétrica poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da data de vencimento e não pagas.

 DÉBITO ANTERIORES
R\$ 00,00
R\$ 00,00

Consta desta fatura R\$ 0,00 referente a DTE e DTEMS (de acordo com a DTEMS 0,00 e DTEMS 0,00).
Caso o cliente, constar autuado em faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sanidade vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei nº 12.007/2009, Esta declaração substitui autuações anteriores.

Nº do Cliente	8280859-7	Referência	Mar/2018
Data de Emissão	23/03/2018	Total a Pagar (R\$)	47,52
Nº da Nota Fiscal	518364257	Nº de Controle	0008280859 00011 39112 11

83800000000-9 47520031000-0 00082808590-0 00113911226-8





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 525308023

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 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

MAI/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8553131 **6**

VENCIMENTO
22/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
51,82

DADOS DO CLIENTE

Rota 10 014000 08 0185500

Nome EDILENE SOARES ROCHA

Endereço Postal

Medidor

644632

Poste

0000 0

End. da Unidade

AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970 CENTRO SENADOR

Consumidora

POMPEU 63600000

RG / CPF / CNPJ

650.734.873-20

CGF

Classe

01-RESIDENCIAL, TRIFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 44936

44914

1

22

0

100

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

ENERGIA

CONSUMO

100

0,51365

51,36

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

15/05/2018

15/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

38F4.C369.70CF.636E.7488.3194.FEC9.37AF

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,46

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,49)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	26,92
TRANSMISSÃO	2,87
DISTRIBUIÇÃO	15,34
ENCARGOS SETORIAIS	4,11
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,12

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

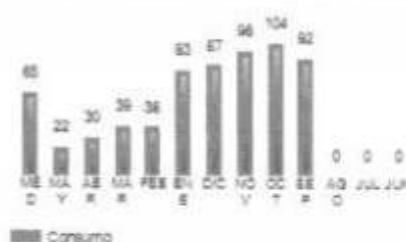
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,50

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês MAR/ 2018

	Padrão Individual Mensal	Trim. Mensal	Anual Mensal	Apuração Individual Mensal	Trim. Mensal	Anual Mensal
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8553131-6

N° da Nota Fiscal: 525308023

Total a Pagar (R\$): 51,82

Data de Emissão:

22/05/2018

Referência: MAI/2018

N° de Controle: 0008553131 00009 4310 2 70

83880000000-3 51820031000-8 00085531310-2 00094310209-0



29 OCT. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:
<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCUMENTOS/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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**.

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

Pelo exposto, eu Edilson Soares Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.334.879-20, inscrito (a) no CPF sob o Nº 891.477.073-72, do Beneficiário Antônio Edmundo C. de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 891.477.073-72, inscrito (a) no CPF sob o Nº 891.477.073-72, 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 <u>Av. Francisco Manoel Leal</u>		Cidade <u>Gravataú</u>		Estado <u>MA</u>		Número <u>970</u>		Complemento <u>—</u>	
Bairro <u>Centro</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(85) 99989-0779</u>		Telefone celular(DDD) <u>(85) 99989-0779</u>		CEP <u>63100-000</u>		Email <u>celso@pinheiro.com.br</u>	

Sen. Pompeu de Junho de 2018

Assinatura do Declarante

Edilson Soares Pinheiro

Celso Pinheiro
(85) 99989-0779
(85) 98721-2741



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/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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilene Soares Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.734.873-20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Ednaldo C. de Albuquerque inscrito (a) no CPF sob o Nº 891.477.073-72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Antonio Ednaldo C. de Albuquerque, inscrito (a) no CPF sob o Nº 891.477.073-72, 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 <u>Av. Francisco Franco Cambrão</u>		Número <u>970</u>	Complemento —
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Serra dos Gompes</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63.600.000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(85) 99989-0779</u>

Serra dos Gompes, 07 de Junho de 2018
Local e Data

Celso Pinheiro
(85) 99989-0779
(85) 98721-2741

Edilene Soares Rocha
Assinatura do Declarante

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA,
RG nº 97024048383, data de expedição 15/10/19X,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 214.847.593-20, com
domicílio na cidade de SENADOR POMPEU, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Padre João Cavalcante, nº 116,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO cujo o condutor era
ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Veículo: PISTOLETA
Modelo: HONDA/CG 125 FANKS
Ano: 2011/2011
Placa: OER 3077
Chassi: 9C2Jc4110BR791906
Data do Acidente: 08/03/2018
Local e Data: SENADOR POMPEU-CE 18/03/2018

Maria Helena Felix do Nascimento Silva
Assinatura do Declarante

Antonio Eduardo Canuto do Nascimento

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

RECONHEÇO FIRMA

Lucas de Almeida
da Silva
O Referido é verdade. Dou Fé.
Senador Pompeu, de _____
Em testemunho _____ da Verdade

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu-CE
João Paulo G. de Brito
substituto



VALIDO SOMENTE COM O
LO DE AUTENTICIDADE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA,
RG nº 97024048383, data de expedição 15/12/97,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 214.847.593-20, com
domicílio na cidade de SENADOR POMPEU, no Estado de
CEARÁ, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PADRE JOAQUIM CAVALEIRO, nº 116,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ANTONIO EDUARDO CAVATO DO NASCIMENTO cujo o condutor era
ANTONIO EDUARDO CAVATO DO NASCIMENTO

Veículo: PISTOLETA
Modelo: HONDA/CG 125 FANKS
Ano: 2011/2011
Placa: DER 3077
Chassi: 9C2JC4110BR791906
Data do Acidente: 05/03/2018
Local e Data: SENADOR POMPEU - PE 16/03/2018

Maria Helena Felix do Nascimento Silva
Assinatura do Declarante

Antonio Eduardo Cavato do Nascimento

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

RECONHEÇO FIRMA

Localidade: SENADOR POMPEU
no Estado de CEARÁ
O Referido é verdade. Dou Fé.
Senador Pompeu, de de _____
Em testemunho da Verdade

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3449-0275 - Senador Pompeu/CE
João Paulo G. de Brito
Substituto



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/03/18

HORÁRIO: 11:54

ATENDIMENTO Nº: 65

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Antonio Edmundo Camargo do Nascimento
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 11/07/78 IDADE: 39 ESTADO CIVIL: Solteiro
MÃE: Teresinha Camargo Nascimento SUS: 4
NATURALIDADE: São Paulo PROFISSÃO: Montador
ENDEREÇO: Rua Cristóvão BAIRRO: Zona Rural CEP: 63.600-000
CIDADE: La Campina ESTADO: CE TELEFONE:
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP:
HDA:
epistaxe por trauma do 4º grau
lesão de 1º grau do 4º grau
lesão de 1º grau do 4º grau

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO: Limpar e Curar - Solução Bx com D
- Tru 100 + 100 + 50 + 0,8% - 12:00
- 15 + 0,8% - 12:00
- 15 + 0,8% - 12:00
- 15 + 0,8% - 12:00

Vicente Faria Neto
MÉDICO
Carimbo Ass. do Médico
CRM - 2398

CONFERE COM ORIGINAL
Responsável - SAME
MHS
CNPJ 07.802.997/0002-88

Ass. do Técnico(a)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Edmundo Camargo do Nascimento
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE



COMPARTILHA
E PRECISA
17 JUL 2018



GUIA DE TRANSFÊRENCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nº 15850002462

DISTRITO SANITÁRIO: 8ª CREAS MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE
NOME: Antônio Eduardo Renato do Nascimento TEL.:
SEXO: M (☒) F () IDADE: 39a OCUPAÇÃO: Militar CEP: 63.600-0
ENDEREÇO: Sítio Catole BAIRRO: _____ CIDADE: S. POMPEU
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

RESULTADO DO EXAMES: Exame de urina com 1/3 positivo

CONDUTA JA REALIZADA: Exame de urina

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA: Tricomoníase

ASS. DO ENCAMINHANTE REG. Valente Ferrer Neto FUNÇÃO Médico DATA 05/03/19 HORA _____

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:
AMBULATORIAL (☒) HOSPITALAR () AUXILIO DIAGNOSTICO ()
PROCEDIMENTO: Exame de urina PROFISSIONAL Urologia
UNIDADE DE REFERÊNCIA _____ DATA _____ HORA _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA _____
MUNICÍPIO _____ PRONTUÁRIO Nº _____ ALTA _____
RESUMO CLINICO/CIRURGICO _____

RESULTADO DE EXAMES _____

CONFERE COM ORIGINAL

47/03/2019

Responsável - SAME

CRM 07 802 697/0002-46

DIAGNOSTICO PRINCIPAL _____

SECUNDÁRIO 1 _____

SECUNDÁRIO 2 _____

CONDUTA REALIZADA _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERENCIA? SIM () NÃO ()
O MOTIVO DA REFERENCIA COINCIDE COM O DIAGNOSTICO? SIM () NÃO ()

ASS. DO ENCAMINHANTE REG. _____ FUNÇÃO _____ DATA _____ HORA _____

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA
1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.



ATESTO que o Segurado MAURICIO EDUARDO CANUTO
do MACAUTO, portador da Carteira Profissional Nº
Série _____, necessita de (15.)

por extenso

dias de afastamento de trabalho a partir desta data, por motivo de doença.

HF+

Hospital ou Ambulatório

17/03/18

Localidade e Data

Ass. do Médico - CRM Nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5145 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE - CEP 60.310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555
E-mail: hospital@institutoclino.com



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Autógr. Eduardo Luis

Fidatário 1/ 2011

*Porto is
plot till n*



Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE, CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MOBIL 4



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª Via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO	CRM: CRM/CE N°: 6193
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE	
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350

PACIENTE

Nome: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO Idade: 39 ano(s)
Endereço: R SITIO CATOLE, SN - ZONA RURAL - SENADOR POMPEU/CE

R

1) CEFALEXINA 500MG

USO ORAL

40
COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193



IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	Órgão Emissor:
Ident.	UF:
Endereço:	Assinatura do Farmacêutico
Município:	Data: 20/03/2018
Fone:	

Nexcon © 2015 SARAH V. 3.5.1.5

2ª Via - Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO	CRM: CRM/CE N°: 6193
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE	
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350

PACIENTE

Nome: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO Idade: 39 ano(s)
Endereço: R SITIO CATOLE, SN - ZONA RURAL - SENADOR POMPEU/CE

R

1) CEFALEXINA 500MG

USO ORAL

40
COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193



IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	Órgão Emissor:
Ident.	UF:
Endereço:	Assinatura do Farmacêutico
Município:	Data: 20/03/2018
Fone:	

Nexcon © 2015 SARAH V. 3.5.1.5



HOSPITAL DISTRI TAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO foi submetido a cirurgia por fratura da perna direita . Solicito 120 dias de afastamento de suas funções.

CID: S822.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193



HOSPITAL DISTRI TAL DR FERNANDES
TAVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO foi submetido a cirurgia por fratura da perna direita . Solicito 120 dias de afastamento de suas funções.
CID: S822.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193





FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/03/18

HORÁRIO: 11:54

ATENDIMENTO Nº: 65

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Antonio Edmundo Carmo do Nascimento

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 11/07/78 IDADE: 39 ESTADO CIVIL: Solteiro

MÃE: Terizinha Carmo Nascimento SUS: 6

NATURALIDADE: Ass. Pompeu PROFISSÃO: Montador

ENDEREÇO: Rua Epitácio BAIRRO: Zona Rural CEP: 63.600.000

CIDADE: Ass. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:QP: 100% saturação de O₂ em Ar AmbulatórioHDA: 100% saturação de O₂ em Ar Ambulatório

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO: 100% saturação de O₂ em Ar Ambulatório

Carimbo Ass. do Médico

CONFERE COM ORIGINAL

Responsável - SAME

CNPJ 07.802.087/0002-44

Ass. do Técnico(a)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:



Uma História Única dedicada à vida.

Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

OCC:



GUIA DE TRANSFÊRENCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



15850002462

DISTRITO SANITÁRIO: Bª CREAS MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE
NOME: Valmir Edmar do Carmo de Paiva TEL.:
SEXO: M (☒) F () IDADE: 39a OCUPAÇÃO: Montador CEP: 63600-0
ENDEREÇO: Setor Catolé BAIRRO: _____ CIDADE: S. POMPEU
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

RESULTADO DO EXAMES: Exame com 1/3 próximo

CONDUTA JA REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA: Exame com 1/3 próximo

ASS. DO ENCAMINHANTE REG. Vicente Ferrer Neto FUNÇÃO Medico DATA 05/10/18 HORA _____

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:
AMBULATORIAL (☒) HOSPITALAR () AUXILIO-DIAGNOSTICO ()
PROCEDIMENTO: Avaliação PROFISSIONAL Imunologista
UNIDADE DE REFERÊNCIA _____ DATA _____ HORA _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA _____
MUNICÍPIO _____ PRONTUÁRIO Nº _____ ALTA _____
RESUMO CLINICO/CIRURGICO _____

RESULTADO DE EXAMES _____
CONFERE COM ORIGINAL
471001204-0000
Responsável - SAME
MHS
CNPJ: 07.902.697/0002-44

DIAGNOSTICO PRINCIPAL _____ CID _____
SECUNDÁRIO 1 _____ CID _____
SECUNDÁRIO 2 _____ CID _____
CONDUTA REALIZADA _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERENCIA? SIM () NÃO ()
O MOTIVO DA REFERENCIA COINCIDE COM O DIAGNOSTICO? SIM () NÃO ()

ASS. DO ENCAMINHANTE REG. _____ FUNÇÃO _____ DATA _____ HORA _____

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MÉDICO

Nome do Segurado ANDRÉ EDUARDO CUNATO
Nº Nascimento 05/05/1970 portador da Carteira Profissional Nº
Sexo M necessita de 15
por extenso

Atestado de afastamento do trabalho a partir desta data por motivo de doença.

Interp de 15 dias

HFT

Hospital ou Ambulatório

17/03/18

Localidade e Data

Ass. do Médico - CRM Nº

Este Atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS,
de acordo com o Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
do afastamento do trabalho.

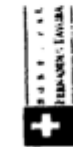
Hospital e Clínica de Fortaleza S/C Ltda.

Rua Weyne, 5443 - Alameda Weyne - Fortaleza - CE - CEP 60.310-002

Fone/Fax: (85) 3228.2555

E-mail: hospitalfernandes.tavora@ig.com

UNIA CORRPTORA DE SEG. 3
29 OUT. 2018



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª Via - Farmácia

Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO	CRM: CRM/CE	Nº: 6193
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE Fone: (85) 32287350		

PACIENTE

Nome: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO
Idade: 39 ano(s)
Endereço: R SITIO CATOLE, SN - ZONA RURAL - SENADOR POMPEU/CE

R

USO ORAL

1) CEFALEXINA 500MG

40
COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193

29 OUT. 2018
VIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Nome:
Ident:
Endereço:
Município:
Fone:

Órgão Emissor:
UF:

Data: 20/03/2018

Assinatura do
Farmacêutico



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



2ª Via - Paciente

Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO	CRM: CRM/CE	Nº: 6193
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE Fone: (85) 32287350		

PACIENTE

Nome: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO
Idade: 39 ano(s)
Endereço: R SITIO CATOLE, SN - ZONA RURAL - SENADOR POMPEU/CE

R

USO ORAL

1) CEFALEXINA 500MG

40
COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193

Nome:
Ident:
Endereço:
Município:
Fone:

Órgão Emissor:
UF:

Data: 20/03/2018

Assinatura do
Farmacêutico



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO foi submetido a cirurgia por fratura da perna direita. Solicito 120 dias de afastamento de suas funções.

CID: S822.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

[Handwritten signature]

29 OUT. 2018
DOCTORA DE SEG. CI

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Álvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO foi submetido a cirurgia por fratura da perna direita. Solicito 120 dias de afastamento de suas funções.

CID: S822.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

[Handwritten signature]

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Álvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

ANTONIO EDUARDO CRUZ
DO NASCIMENTO

LAUDO MÉDICO

Atende por o ponto de vista
pi. ortopédico e cirúrgico
na Fratura do polo
tibial distal.

Antes - e

10/06/18
Ats. Definitiva

Instituto Clínico de Ortopedia S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro de Azevedo - CE. CEP 60310-002.
Fone/Fax: (85) 3228-5555
www.hospitalfernandes-tavora.com.br
E-mail: hospitalfernandes-tavora@gmail.com

MODELO 4

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1) Rota m. de 1000 cl
- 2) Rota + Rota ao M.D.
- 3) Rota e Rota, Rota
- 4) Rota e Rota, Rota -
- 5) Rota e Rota
- 6) Rota e Rota, Rota
- 7) Rota e Rota
- 8) Rota e Rota, Rota
- 9) Rota e Rota, Rota
- 10) Rota e Rota

Valter Pinheiro
Traumatologia
CRM-6193

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

ASS:

29

MODELO 8.1



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 20/03

Nome do paciente: Antonio Ednardo Ramato do Nascimento	
Nº Prontuário: 2446259	Categoria:
Clinica:	Leito:
Cirurgião: Dr. Valterino	
Anestesista: Dra. Magaly	
Tipo de Anestesia: Raqui	
1 Auxiliar: Dr. Carlos Macedo	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: Arthur	
Circulante: Alycia	
Diagnóstico Pré-Operatório:	
Tipo de Operação/ Código:	
Diagnóstico Pós-Operatório:	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas: Sim	

Futuro piloto h/p R
04 1 5 0 3 0 0 13

Ortognite piloto h/p
- h/p epilo - h/p
pelo

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
15:00	16:10	
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)	Minutos c/ Acréscimo	

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA: <input checked="" type="checkbox"/>
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

MODELO 8.0

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

ASS:

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201821001201 17/03/2018 20:12 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
224/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
11/06/1978 39 Anos CATÓLICO (A) 2445259 201802570001181

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal
S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Procedimento Realizado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Data Hora Motivo
22/03/2018 16:56 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 22 de março de 2018

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821001201	17/03/2018	20:12	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO			12600081328	
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES			5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES	
Procedimento Solicitado				Dias
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA				4

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome			Sexo
ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO			MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
11/06/1978	39 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe			Religião
TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO			CATÓLICO (A)
Conjuge			Pai
			GERALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO
		Responsável	Prontuário
		NATALYA VITORIANO ARAUJO	2445259
CNS	Registro	Documento Informado	
706006855567340	201802570001181	RG: 380050936	Emissão: 26/05/2003
País		Município de Naturalidade	CEP
BRASIL		SENADOR POMPEU/CE	63603-000
Município de Residência		Logradouro	
SENADOR POMPEU/CE		RUA SITIO CATOLE	
Número	Complemento	Bairro	
SN		ZONA RURAL	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(88)9941.26445			

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

EMPREGADO FORMAL / MONTADOR DE MOVEIS E ARTEFATOS DE MADEIRA

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
NATALYA	224/2
Tipo de Acomodação	Clínica
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA
	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria	Data: 17/03/2018 Hora: 20:22:40 Tempo: 00:09:56

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

NATALYA VITORIANO ARAUJO, abaixo assinado, responsável pelo paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 17 de março de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Natalia Vitoriano Araujo

LIDIA CORRETORA DE SEG. LTD.

29 OUT. 2018



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:		INSTITUTO DR. JOSÉ PROTA	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		INSTITUTO PRAXIS	
2 - CNES:		2529149	
4 - CNES:		4 - CNES:	
5 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:		706006855567340	
11 - NOME DA MÃE/PAI:		TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):			
CATOLE, S/N DISTRITO DE ENG JOSE LOPES			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:			
17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO:			
18 - UF:			
19 - CEP:			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:			
PACIENTE COM FRATURA DE TÍBIA, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:			
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):			
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:			
FX. TÍBIA			
24 - CID 10 PRINCIPAL:			
S822			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TÍBIA			
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:			
0408050500			
29 - CLÍNICA:			
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:			
31 - DOCUMENTO:			
() CNS () CPF			
32 - N° DOCUMENTO DO SOLICITANTE:			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:			
34 - DATA SOLICITAÇÃO:			
17/03/2018			
35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° CR):			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO			
42 - CNPJ DA EMPRESA:			
43 - CNAE DA EMPRESA:			
44 - CBOR:			
41 - SÉRIE:			
40 - N° DO BILHETE:			
39 - CNPJ DA SEGURADORA:			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
47 - COD. ORGAO EMISSOR:			
48 - DOCUMENTO:			
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO CONSELHO):			
52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

29 OUT. 2018

CORRETORA DE SEG. LTDA.

LIVIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

ASS:



ADOLFO LUTZ

NOME: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

DATA: 11/10/2018

IDADE: 40

RADIOGRAFIA DIGITAL DA PERNA DIREITA

Acavaigamento da diáfise proximal fibular com pontes ósseas associadas (consolidação viciosa de fratura prévia).

Fratura do terço proximal da diáfise tibial com pontes ósseas associadas e esclerose associada (fratura em consolidação ?).

Placas e parafusos de fixação no terço proximal tibial.


DR. FÁBIO BATES DUARTE
MÉDICO RADIOLOGISTA E INTERVENционISTA
MEMBRO TITULAR DO COLEGIO BRASILEIRO DE
RADIOLOGIA
CRM CE-15887

As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista. A correta conclusão do resultado exige correlação com a clínica, com dados laboratoriais e outros exames de imagem prévios e/ou subsequentes, já que as patologias são evolutivas e pode haver variação, imprecisão ou ambiguidade na identificação das mesmas de acordo com critérios subjetivos como estágio biológico da moléstia, história natural da doença e processos interativos decorrentes da ação de fatores causais da doença, o que preconiza investigação mais profunda.



Clínica

Tobias Lima Verde

Ortopedia • Traumatologia • Fisioterapia • Pilates

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Antonio Ednardo Canuto do Nascimento apresenta sequela de fratura na diáfise proximal da tíbia e fíbula direitas, submetido a tratamento cirúrgico com fixação interna, com consolidação viciosa e encurtamento do membro. Apresenta edema residual na perna direita e Parestesia no pé direito.

Apresenta incapacidade física parcial e permanente para o trabalho. CID 10 S 82.1 e S 82.4.

Iguatu, 15 de outubro de 2018.


Tobias Lima Verde
CPF: 05.716.063-00
CRM 1704

 (88) 3581-1504

 /clínicatobiaslimaverde

 Rua Senador Pompeu, 99
Centro - Iguatu-CE

CNPJ: 05.716.063-0001/62

LAUDO MÉDICO

Atesto que Antonio Eduardo Camilo de Nascimento está enquadrado na definição dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.

1. () DEFICIÊNCIA FÍSICA:

- () Paraplegia () Paraparesia () Monoplegia () Monoparesia () Tetraplegia
() Tetraparesia () Triplegia () Triparesia () Hemiplegia () Hemiparesia
() Paralisia cerebral () Ostomias () Amputação ou ausência de membro () Nanismo
☒ Membros com deformidades congênicas ou adquiridas

2. () DEFICIÊNCIA VISUAL (Anexar exame oftalmológico):

- () Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Baixa visão – Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.
() Visão Monocular – Súmula 377 STJ

3. () DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (Anexar parecer/avaliação psicológico e laudo psiquiátrico)

- () Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

Obs.: No parecer/avaliação psicológica e/ou laudo psiquiátrico devem constar: que a manifestação da deficiência ocorreu antes dos 18 anos, bem como especificar as limitações associadas a áreas e habilidades adaptativas.

4. () DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Anexar audiometria):

- () Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma (anexo) nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

Em caso de deficiências múltiplas, assinalar os campos correspondentes às respectivas deficiências.

5. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

- () Congênita () Doença () Pós-operatório ☒ Acidente Comum () Acidente de Trabalho

6. Descrever a deficiência, respectivo grau ou nível e interferências funcionais promovidas pela deficiência:

Suprimento do sistema proximal da Tíbia e fíbula
direitos com conseqüências visuais
Apresenta incapacidade física parcial e permanente
para o trabalho

7. CID da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças): 582.1 e 582.4

Localidade e data: Ipatinga 15 de Outubro de 2018

Antonio Eduardo Camilo de Nascimento
Assinatura/CRM/Especialidade

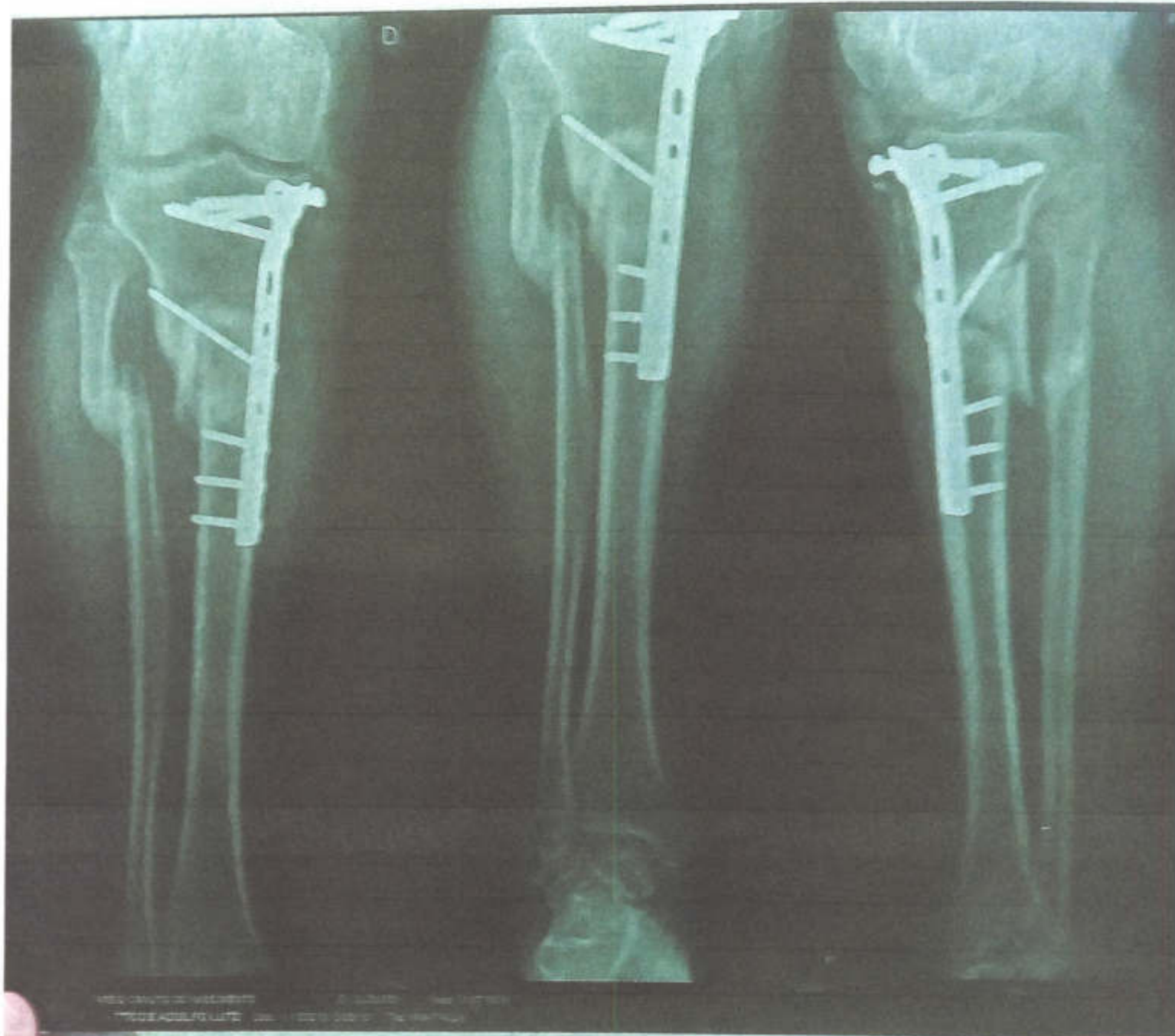
Registro Profissional
Osteopata e Fisioterapeuta
CPF 000.000.000-00
CRM 1734

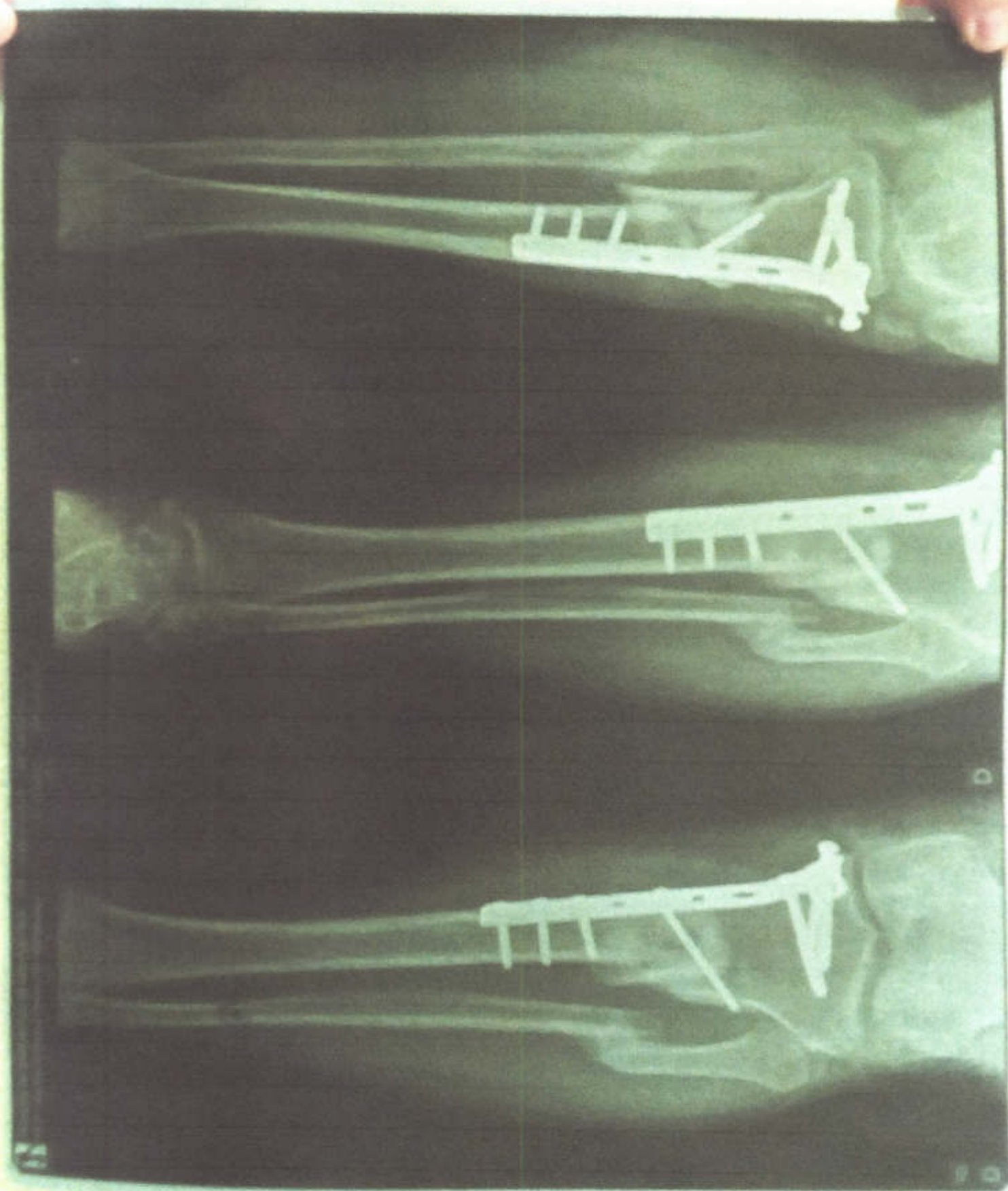
Declaro estar ciente de que estou sendo incluído nas cotas legais de empregados com deficiência e/ou reabilitados do INSS que se referem o artigo 93, da Lei nº 8.213/1991 e os artigos 3º e 4º, do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296/2004.

Autorizo a apresentação deste Laudo Médico à Fiscalização do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

Local e Data:

Assinatura do Empregado: Antonio Eduardo Camilo de Nascimento





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOV. DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

EDILANE SOARES ROCHA

CPF: 20170436709 **SEXO: F** **CE**

CPF: 650.754.873-20 **DATA NASCIMENTO: 01/02/1981**

PAÇÃO: EXPEDITO MENDES ROCHA

MARIA EULIA SOARES ROCHA

PERMIAÇÃO: [] **ACC: []** **CREM: []**

1º PERMIAÇÃO: 04675350149 **VALIDADE: 25/09/2022** **1ª EMISSÃO: 20/06/2009**

OBSERVAÇÃO:

Edilane Soares Rocha
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: QUIXADA, CE **DATA EMISSÃO: 12/09/2017**

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMITENTE

77260446512
CE161108512

CEARÁ

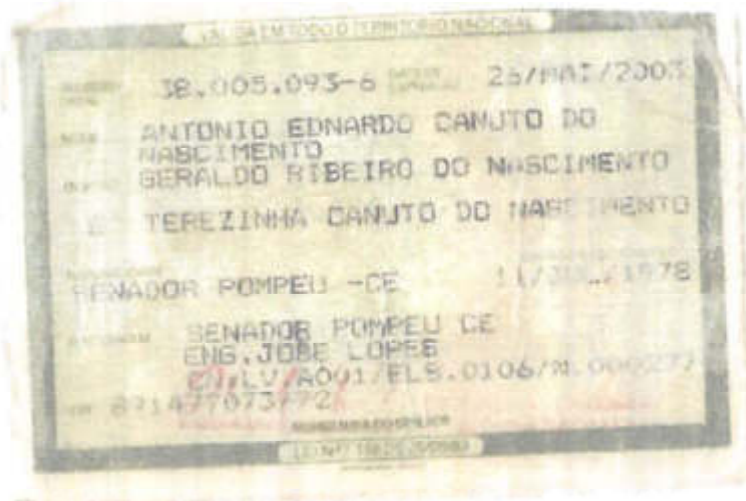
1497073959

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497073959

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL





VETINA

29 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012257879670

DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COO BENAVIM RUA TRG EXERCÍCIO
FRAID1 357378733 00000000000 2017

MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA

SENADOR POMPEU/CE

21484759320 OCR3077

9C2JC4110BR791906

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2011 2011

2P/OCV/124CC PARTIC PRETA

1 2 3 1 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO

SENADOR POMPEU/CE 05/81/2018

SENADOR POMPEU/CE

05/81/2018

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

CE Nº 012257879670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

21484759320 OCR3077

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

012257879670 56544336220

2017 05/01/2018

21484759320 OCR3077

HONDA/CG 125 FAN KS

9C2JC4110BR791906

PRÊMIO TARIFÁRIO

00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO DPVAT

MOTOR: JC41E1875 500

www.dpvatsegurodotransito.com.br

COMPREV SEGUROS
14 JUL 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

Nº 012257879670

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

FRM01 357378733 00000000000 2017

MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA

SENADOR POMPEU/CE

21484759320

OCR3077

PLACA ANT. UR

9C2JG4110BR791906

CE

PLACA

ESPÉCIE TIPO

CONSTRUTIVA

PAS/VEICULO/MARCA APLIC

GRUPO

HONDA/CG 125 FAN KS

2011

2P/OCV/124CC

2011

1	COPIA UNICA	VEIC. COTA UNICA	1º	VEIC. COTAS
P	*****	*****	2º	*****
V	*****	*****	3º	*****
A	*****	*****		*****

PRELIMIO TARIFARIO (R\$) - ICF (R\$) - PRELIMIO TOTAL (R\$) - DATA DE EXPIRACAO

00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SENADOR POMPEU - N.º 05/01/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012257879670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

21484759320

OCR3077

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1904

56544336220

2017 05/01/2018

21484759320

OCR3077

357378733

HONDA/CG 125 FAN KS

2011

09

5C2JG4110BR791906

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEPARTAMENTO

CARTO DO SEGURO (R\$)

CARTO DO BILHETE (R\$)

DO (R\$)

CARTO DO SEGURO (R\$)

COTA UNICA

PRELIMIO

00/00/0000

LOTE/DO SEGURO DPVAT
MOTOR: JC91E


www.dpvatsegurodotransito.com.br

29 OUT. 2018
LUIZA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 25.406.016/0001-83 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 08/08/2016
NOME EMPRESARIAL EDILENE SOARES ROCHA 65073487320		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) JPE DPVAT		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-6 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)		
LOCALIDADE AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA	NÚMERO 970	COMPLEMENTO
CEP 63.600-000	BARRIO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SENADOR POMPEU
ENDEREÇO ELETRÔNICO jpedpvat.senpmilha@yahoo.com.br		UF CE
TELEFONE (88) 9667-5407		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) 000000		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 08/08/2016	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL 00000000	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL 08/08/2016	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 24/11/2016 às 02:19:33 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

© Copyright Receita Federal do Brasil - 24/11/2016

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 29 OUT. 2018

Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

Identificação

Nome Empresarial

EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

Nome do Empresário

EDILENE SOARES ROCHA

Nome Fantasia

JPE DPVAT

Capital Social

15.000,00

Nº da Identidade

291827694

Órgão Emissor
SSP

UF Emissor
CE

CPF
650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente
ATIVO

Data de Início da Situação Cadastral Vigente
08/08/2016

Números de Registro

CNPJ

25.409.016/0001-83

NIRE

23-8-0251434-0

Endereço Comercial

CEP

63600-000

Logradouro

AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA

Número

970

Bairro

CENTRO

Município

SENADOR POMPEU

UF

CE

Ponto de Referência

DEFRONTA O HOSPITAL

Atividades

Data de Início de Atividades
08/08/2016

Código da Atividade Principal
82.19-9/99

Descrição da Atividade Principal

Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

Código da Atividade Secundária
1 82.11-3/00

Descrição da Atividade Secundária

Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura Municipal para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento desta Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço <http://www.portaldoempreendedor.gov.br>.
Certificado emitido com base na Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios - REDESIM.
ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.
Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo:
endereço eletrônico <http://www.receita.fazenda.gov.br/Pessoas/Juridica/CNPJ/espil/consulta.asp>

Número do Recibo: ME98291727
Número do Identificador: 00065073487320

WIDIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
29 OUT. 2018

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA	
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 25.409.016/0001-83		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	
MATRIZ		DATA DE ABERTURA 08/08/2016	
NOME EMPRESARIAL EDILENE SOARES ROCHA 89073487320			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) JPE DPVAT			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 02.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 02.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-6 - EMPRESÁRIO (INDIVIDUAL)			
LOBRADOURO AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA		NÚMERO 970	COMPLEMENTO
CEP 53.600-000	BARRIO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SENADOR POMPEU	UF CE
ENDEREÇO ELETRÔNICO jpedpvat.senpmilha@yahoo.com.br		TELEFONE (88) 8667-5407	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) outro			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 08/08/2016	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL inadimplente		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL inadimplente	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 24/11/2016 às 02:19:33 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

© Copyright Receita Federal do Brasil - 24/11/2016



24/11/2016

Data de Emissão:

2016

Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

Identificação

Nome Empresarial

EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

Nome do Empresário

EDILENE SOARES ROCHA

Nome Fantasia

JPE DPVAT

Capital Social

15.000,00

Nº da Identidade

291827694

Órgão Emissor
SSP**UF Emissor**
CE**CPF**

650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente	Data de Início da Situação Cadastral Vigente
ATIVO	08/08/2016

Números de Registro

CNPJ

25.409.016/0001-83

NIRE

23-8-0251434-0

Endereço Comercial

CEP

63600-000

Logradouro

AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA

Número

970

Bairro

CENTRO

Município

SENADOR POMPEU

UF

CE

Ponto de Referência

DEFRENTE O HOSPITAL

Atividades

Data de Início de Atividades

08/08/2016

Código da Atividade Principal

82.19-9/99

Descrição da Atividade Principal

Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

Código da Atividade Secundária

1 82.11-3/00

Descrição da Atividade Secundária

Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento desta Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço: <http://www.portaldomicroempreendedor.gov.br/>

Certificado emitido com base na Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios - REDESIM.

ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.
Para pesquisar e inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoasJuridica/CNPJ/icpj/consulta.asp>

Número do Recibo:

ME98291727

Número do Identificador: 00065073487320



Proprietária do Veículo



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213437/18
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO
NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/03/2018

CPF: 891.477.073-72

CPF de:
Próprio

Titular do CPF: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO : 891.477.073-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

EDILENE SOARES ROCHA : 650.734.873-20

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

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: 14/06/2018
Nome: EDILENE SOARES ROCHA
CPF/CNPJ: 650.734.873-20

EDILENE SOARES ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2018
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA



Esta é a segunda via de
MAI/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8553131 Div **6**

VENCIMENTO
22/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
51,82

DESCRIÇÃO DA CONTA

**ENERGIA
CONSUMO**

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **525308023**
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.430 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 10 014000 08 0185500
Nome **EDILENE SOARES ROCHA**
Endereço Postal

Medidor **644632** Poste **0000 0**

End. da Unidade Consumidora **AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970 CENTRO SENADOR POMPEU 63600000**

RG / CPF / CNPJ **650.734.873-20**

CGF

Classe **01-RESIDENCIAL, TRIFASICA**

Fator de Potência **0**

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 44936 44914 1 22 0 100

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação **15/05/2018** Prev. Próxima Leitura **15/06/2018**

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3BF4.C369.70CF.636E.7488.3194.FEC9.37AF

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

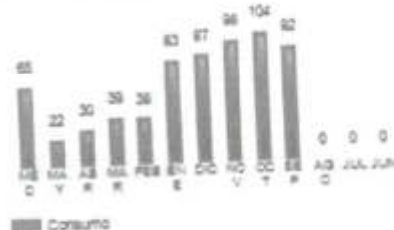
ENERGIA 26,92
TRANSMISSÃO 2,87
DISTRIBUIÇÃO 15,34
ENCARGOS SETORIAIS 4,11
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 2,12

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: **22,50**
Conjunto **SENADOR POMPEU**
Mês **MAR/ 2018**

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **8553131-6** N° da Nota Fiscal: **525308023** Total a Pagar (R\$): **51,82**
Data de Emissão: **22/05/2018** Referência: **MAI/2018** N° de Controle: **0008553131 00009 4310 2 70**

83880000000-3 51820031000-8 00085531310-2 00094310209-0



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

ASS:



eu, Antonio Eduardo Ceruto do Nascimento
Rg: 380050936 CPF: 891.477.073.72
montador de móveis, residente no sítio Catolé-
Senador Pompeu - venho informar que sofri
um acidente de trânsito no dia 08/03/2018,
esse acidente ocasionou uma fratura
muito grande na minha perna (fratura do
plato tibial direito) por isso tive que
realizar cirurgia e em seguida fazer
fisioterapia. apesar de ter finalizado todos
tratamentos indicados pelo médico, fiquei
com sequelas na minha perna que me
impossibilita de realizar minhas atividades
normais. diante disso, solicito que meu
processo seja reavaliado, e que se realize
perícia médica com profissional devidamente
qualificado para que se comprove a
veracidade dessas informações e eu possa
ser devidamente indenizado conforme tabela
do Seguro DPVAT.

desde já agradeço a atenção

Antonio Eduardo Ceruto do Nascimento

17/10/2018

CORRETORA DE SEG. LTDA.

29 OUT. 2018

ASS:



EDERSIL



Proprietária do Veículo



via CORRETORA DE SEG. LTDA

29 OUT. 2018

ASSI





WALCORRETORA DE SEG. LTDA
29 OUT. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508517 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO 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 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: 3180508517 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508517 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO JOELHO DIREITO, NO VALOR DE R\$1.687,50. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,2 %	22,54%	R\$ 3.042,90
Total			22,54 %	R\$ 3.042,90

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508517 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO JOELHO DIREITO, NO VALOR DE R\$1.687,50. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,2 %	22,54%	R\$ 3.042,90
Total			22,54 %	R\$ 3.042,90

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508517 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do platô tibial direito e da fíbula direita.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do joelho direito associado a encurtamento do membro acarretando limitação funcional do membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico das fraturas descritas (fixação com placa e parafusos).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 10/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/12/2018

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho direito, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior direito.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.
Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

Médico examinador: FERNANDO HIGOR FAYAD FERNANDES VIEIRA

CRM do médico: 12721

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
Total			22,47 %	R\$ 3.033,45

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508517 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do platô tibial direito e da fíbula direita.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do joelho direito associado a encurtamento do membro acarretando limitação funcional do membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico das fraturas descritas (fixação com placa e parafusos).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 10/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/12/2018

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho direito, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior direito.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.
Vítima indenizada em 50% do Joelho direito, recebe agora indenização complementar.

Médico examinador: FERNANDO HIGOR FAYAD FERNANDES VIEIRA

CRM do médico: 12721

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
Total			22,47 %	R\$ 3.033,45

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Antonio Eduardo Canuto do Nascimento
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: solteiro
Profissão: Motorista
Identidade: 38005093 - 6 CPF: 891.477.073 - 72
Endereço: Zitio Catala
Bairro: Zona Rural
Cidade: Senador Pompeu CEP: 63.600.000

OUTORGADO (Procurador)

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional
Av. Francisco França Cambraia, 970, Bairro: Centro; Cidade: Senador Pompeu- Ceará,
CEP: 63.600-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Antonio Eduardo Canuto do Nascimento

Local e data:

Senador Pompeu - CE, 07 de JUNHO de 2018.

CONHEÇO FIRMA

Edilene Soares Rocha
O Referido é verdade, Dou Fé.
Senador Pompeu, 07 de JUNHO de 2018.
Em testemunho da Verdade
Edilene Soares Rocha
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



02
CORRENTE COM O
AUTÊNTICIDADE
CARTÓRIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3441-0275 - Senador Pompeu/CE

Fca. Lindete de Sousa Saraiva
2ª Substituta

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Antonio Eduardo Canuto do Nascimento
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: solteiro
Profissão: monfador
Identidade: 38005093-6 CPF: 891.477.073-72
Endereço: Sítio Catati
Bairro: Zona Rural CEP: 63.600.000
Cidade: Senador Pompeu

OUTORGADO (Procurador)

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional
Av. Francisco França Cambraia, 970, Bairro: Centro; Cidade: Senador Pompeu- Ceará,
CEP: 63.600-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vitima, Antonio Eduardo Canuto do Nascimento

LIBIA CORRETORA DE SEG. LDA

29 OUT. 2018

Local e data:

Senador Pompeu-CE, 07 de Julho de 2018.

1º OFÍCIO

ONHEÇO FIRMA
O Referido é verdade, Dou Fé.
Senador Pompeu, 07 de Julho de 2018.
Em testemunha da Verdade
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
Fica. Linaide de Sousa Saraiva
2ª Substituta

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



SOBRENTE COM O
AUTENTICIDADE
CARTORIO 1º OFÍCIO
DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
Titular Interina
(88) 3440-0275 - Senador Pompeu/CE

Nº 03801

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394723/18

Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

CPF: 891.477.073-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2018

Titular do CPF: ANTONIO EDNARDO
CANUTO DO NASCIMENTO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDILENE SOARES ROCHA : 25.409.016/0001-83

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO : 891.477.073-72

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: 29/10/2018
Nome: EDILENE SOARES ROCHA
CNPJ: 25.409.016/0001-83

EDILENE SOARES ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
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-0394723/18

Número do Sinistro: 3180508517

Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

CPF: 891.477.073-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/03/2018

Titular do CPF: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 12/12/2018
Nome: EDILENE SOARES ROCHA
CNPJ: 25.409.016/0001-83

EDILENE SOARES ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180508517**

Vitima: **ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **08/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILENE SOARES ROCHA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180508517**.

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 13541892





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 Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180508517 Vítima: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/03/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

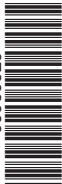
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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. 01257/01258 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13711648