

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, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077716

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Data do Acidente: 25/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190077716

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Data do Acidente: 25/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190077716 **Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA**

Data do Acidente: 25/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000085-X

Conta: 000010084285-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077716

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Data do Acidente: 25/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077716

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Data do Acidente: 25/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 09 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190077716**

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Data do Acidente: 25/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 168,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Valor: R\$ 168,75

Banco: 001

Agência: 000000085-X

Conta: 000010084285-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF de vítima:

Nome completo da vítima:

634.934.343-72 FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

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

Nome completo:

FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

CPF:

634.934.343-72

Profissão:

REPRESENTANTE COMERCIAL/ASV - CEL. DIOGO GOMES

Endereço:

REP. COMERCIAL/ASV - CEL. DIOGO GOMES

Número:

Cidade:

SOBRAL

Estado:

CE

CEP:

62100-000

Bairro:

CENTRO

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0085

CONTA:

84.185

AGÊNCIA:

0085

CONTA:

84.185

(informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 (noventa) dias do pedido.

Peço assim que, solicite o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 5.194/74, art. 51, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou comparsa(s): Sim Não | Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vez nascido)? Sim Não | Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

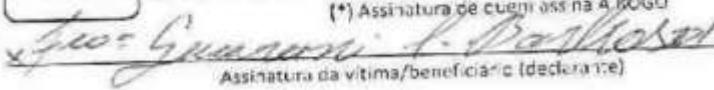


Local e Data: SOBRAL - BE, 09/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assinou a RG


Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

29 JAN 2019

Assinatura

RECEBIDO

** O vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, que pode ser capaz, para preencher e assinar o formulário. A SP1 RG00, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do ínteriro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

Contratado: (I) Banco do Brasil S.A., com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 0085-X - SOBRAL (CE), inscrita no CNPJ nº 000.000/0085-08, (II) Associação de Poupança e Empréstimo - PoupeX, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança PoupeX, doravante denominada PoupeX, por intermédio do Banco do Brasil S.A..

Proponente/Contratante 1: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA, inscrito(a) no CPF sob o nº 614.934.143-72, capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de SOBRAL CE, nascido(a) em 18/08/1979, filho(a) de FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA e MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA, portador(a) do(a) carteira nacional habilitação nº. 06391874359, emitido(a) em 14/07/2016, pelo(a) DETRAN CE, representante comercial, endereço residencial: R CORONEL DIOGO GOMES 870 CASA, CENTRO, SOBRAL - CE, CEP 62.010-150, telefone(s) (88) 99403-2345, solteiro(a), sem união estável.

Dados da conta

Agência 0085-X, conta-corrente nº 84.285-0, poupança ouro nº 510.084.285-3, poupança poupeX nº 960.084.285-5, conta individual, aberta em 29.10.2018.

PACOTE DE SERVIÇOS: O Proponente/Contratante Declara ter conhecimento de que pode optar por:

- ADERIR ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo Banco do Brasil S.A. na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- ADERIR ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- NÃO ADERIR a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) identificado(s) propõe(m) e o Contratado aceita a abertura de conta corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança PoupeX.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança PoupeX, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 924.356, em 14/07/2017, que integram este contrato, e também, com as Informações essenciais - Conta corrente e conta poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia recebe(m) no ato da assinatura deste instrumento.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

O Proponente/Contratante autoriza que os saldos devedores na conta corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190077716
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Guarani Carlos Barbosa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Coronel Diogo Gomes, S/N
Centro Sobral CE CEP: 62010-153
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 98031043667
Data local do acidente: [25/06/2018]
Data local do exame: [23/05/2019] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. FEZ 60 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM.

Data da Alta: 10/12/2018

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

MARCHA COM APOIO, ATROFIA DA COXA ESQUERDA, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++/4+, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA Perna ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO TORNOZELO ESQUERDO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

DEBILIDADE SEVERA DO TORNOZELO ESQUERDO, PELO EDEMA E BLOQUEIO ARTICULAR.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.


Dr. Andre de Oliveira Leal
CRM/CE - 16566

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL



Impresso nº 2018227692

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 2384 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/11/2018 14:40:53**
Data / Hora da Ocorrência: **25/06/2018 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MONSENHOR ALOÍSIO PINTO**
Complemento:
Bairro: **DOM EXPEDITO** Município: **SOBRAL/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA**
Nascimento: **18/08/1979** CPF: **98031043667** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA**
FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA
Endereço: **RUA CEL DIOGO GOMES, 917** CEP: **62.100-000**
Bairro: **CENTRO** Telefone: **3614-4673**
Município: **SOBRAL/CE**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUM6339** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi: **9C2JC4110BR403767** Renavam: **279730721** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **Preta** Proprietário: **PAULO ROBERTO DE LIMA BEZERRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Relata o noticiante que estava indo em direção ao seu trabalho, pilotando a moto de placa NUM-6339, quando ao passar em frente ao posto de combustível que fica em frente ao shopping percebeu que o chão estava molhado de óleo que havia sido derramado por uma caçamba; Que tentou desviar do óleo, e em razão disso a moto derrapou, vindo a derrubá-lo; Que ainda tentou levantar, mas percebeu que havia quebrado a perna; Que foi socorrido pelo SAMU, ocorrência nº 0012, onde consta como natureza da ocorrência "queda de moto"; que foi levado à Santa Casa de Misericórdia de Sobral, onde no protocolo de atendimento consta: "paciente com fratura de tibia com desvio"; que registra a ocorrência com o fim de solicitar o seguro DPVAT. E nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

[Signature] ALYSSON DYEGO PORTELA DANTAS - MAT.: 30118839

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

29 JAN 2019

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Conselho em: 14/11/2018 14:57:45

Pág. 1 de 2

Impresso em: 14/11/2018 14:57:45

RECEBIDO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF de vítima:

Nome completo da vítima:

634.934.343-72 FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

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

Nome completo:

FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

CPF:

634.934.343-72

Profissão:

REPRESENTANTE COMERCIAL/ASV - CEL. DIOGO GOMES

Endereço:

REP. COMERCIAL/ASV - CEL. DIOGO GOMES

Número:

Cidade:

SOBRAL

Estado:

CE

CEP:

62100-000

Bairro:

CENTRO

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0085

CONTA:

84.185

AGÊNCIA:

0085

CONTA:

84.185

(informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 (noventa) dias do pedido.

Peço assim que, solicite o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e da gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 5.194/74, art. 51, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou comparsa(s): Sim Não | Se a vítima deixou comparsa(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vez nascido)? Sim Não | Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

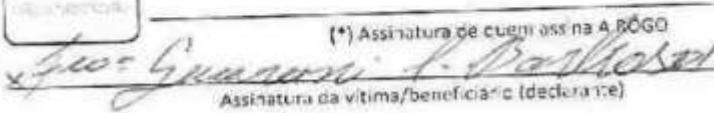


Local e Data: SOBRAL - BE, 09/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assinou a RG


Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

29 JAN 2019

Assinatura

RECEBIDO

** O vínculo/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, que pode ser capaz, para preencher e assinar o formulário. A SP1 RG00, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do ínteriro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

Contratado: (I) Banco do Brasil S.A., com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 0085-X - SOBRAL (CE), inscrita no CNPJ nº 000.000/0085-08, (II) Associação de Poupança e Empréstimo - PoupeX, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança PoupeX, doravante denominada PoupeX, por intermédio do Banco do Brasil S.A..

Proponente/Contratante 1: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA, inscrito(a) no CPF sob o nº 614.934.143-72, capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de SOBRAL CE, nascido(a) em 18/08/1979, filho(a) de FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA e MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA, portador(a) do(a) carteira nacional habilitação nº. 06391874359, emitido(a) em 14/07/2016, pelo(a) DETRAN CE, representante comercial, endereço residencial: R CORONEL DIOGO GOMES 870 CASA, CENTRO, SOBRAL - CE, CEP 62.010-150, telefone(s) (88) 99403-2345, solteiro(a), sem união estável.

Dados da conta

Agência 0085-X, conta-corrente nº 84.285-0, poupança ouro nº 510.084.285-3, poupança poupeX nº 960.084.285-5, conta individual, aberta em 29.10.2018.

PACOTE DE SERVIÇOS: O Proponente/Contratante Declara ter conhecimento de que pode optar por:

- ADERIR ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo Banco do Brasil S.A. na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- ADERIR ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- NÃO ADERIR a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) identificado(s) propõe(m) e o Contratado aceita a abertura de conta corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança PoupeX.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança PoupeX, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 924.356, em 14/07/2017, que integram este contrato, e também, com as Informações essenciais - Conta corrente e conta poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia recebe(m) no ato da assinatura deste instrumento.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

O Proponente/Contratante autoriza que os saldos devedores na conta corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente abaixo, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Seguem os dados da ocorrência:

Número da Ocorrência	0012
Data da Ocorrência	25/06/2018
Nome do Paciente	Francisco Guarani Carlos Barbosa
Data de Nascimento	18/08/1979
RG	98031043667 SSP CE
CPF	614.934.143-72
Natureza da Ocorrência	Queda de moto
Endereço da Ocorrência	Av. Mons. Aloísio Pinto, Dom Expedito, Sobral - Ce.

1

Sobral, 03 de agosto de 2018.

Rita de Cássia Costa Pereira
Coordenadora de Enfermagem
Gerente
Coren: 93527

SABEMI SEGURADORA S/A

29 JAN 2019

RECEBIDO



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
CERTIFICADO FILANTRÓPICO

(ATO DECLARATÓRIO)

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
CERTIFICADO FILANTRÓPICO

RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Fc - Grava: Carla Barbosa

Rx

1-1) Antônio 160 - 1 01

Te dep VP 12/12/08

-21,00 com 200p

45,92 com 200p

25/06/18

25/06/18

cóp. 1103

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00085-X

CONTA: 000010084285-2

Nr. da Autenticação 513E95292001AC44

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00085-X

CONTA: 000010084285-2

Nr. da Autenticação 1492B281CFC55526

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

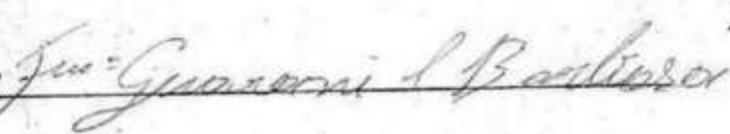
RG nº 98034043667, data de expedição 21/05/1998 Órgão SSP/CE;

CPF nº 614.934.543-78 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CORONEL DINGO GOMES</u>
Número	<u>870</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SOBRAL</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>62100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3613-2571/8896-10525</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SOBRAL-CE, 09/01/2019

Assinatura do Declarante: 



Esta é a segunda via de
DEZ/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B - Série B-4 | N° 553608736
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valcuviro, 150 | CEP 60135-010 | Fortaleza/CE
CNPJ: 070272510001-70 | CGF: 06.105.248-3

Autenticação Social da Energia Elétrica
feita através da Lei nº 10.429/02
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rua 09 C32000 02 09200
Nome SONIA MARIA DE SCUSA CAVALCANTE
Endereço Postal

Medidor
5139988

Poste
00000

Nº DO CLIENTE
6105379 **1**

VENCIMENTO
21/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
121,65

DESCRIÇÃO DA CONTA

End. da Unidade
Consumidora
RG / CPF / CNPJ
Classe

RJ FLORIANO PEIXOTO 00505 CS ALTOS CENTRO SOBRAL
62010010
560.455.903-25
91 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

CGF

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leratura Atual Leitura Anterior Contraínte Consumo (kWh) Consumo incl. Consumo Faturado

FP	9289	9133	1	156	0	156
----	------	------	---	-----	---	-----

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 14/12/2018	Prev. Próxima Leitura 14/01/2019
--	--

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

78AB.B7D1.6PU0.A511.7363.6651.BFC1.7378

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 108,12	Aliquota 27%	Valor do Imposto 29,19
---------------------------------	-----------------	---------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,48
MULTA MORATÓRIA	2,39
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT	10,66

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensou suas emissões pelo consumo da energia elétrica
Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Conselhos Ecológicos (CO₂)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

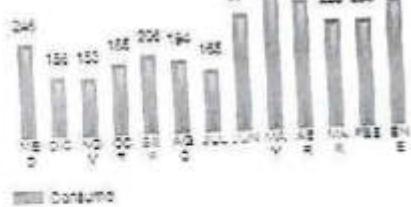
Veja a legenda no verso desta conta: CM: 44,28

Conjunto: SOBRAL I

Mes: OUT/ 2018

	Padrão	Individual	Aparelho Individual	
	Mensal	Trim. 1 Anual	Mensal	Trim. 1 Anual
DI/2 (h)	5,07	10,15	20,30	0,00
FI/2 (h)	3,23	6,47	12,95	0,00
DM/2 (h)	2,85		0,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **6105379-1** N.º da Nota Fiscal: **553608736** Total a Pagar (R\$): **121,65**
Data de Emissão: **14/01/2019** Referência: **DEZ/2018** N.º de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0300 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, 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 Sônia Maria de Souza Fauvelante inscrito (a) no CPF/CNPJ 560.455.903/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Guanini Carlos Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.934.343/72, do sinistro de DPVAT cobertura 4 ANUAL DEZ da Vítima Francisco Guanini Carlos Barbosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.934.343/72, 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 Lider-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.

Enderço:	<u>RUA FLORIANO PEIXOTO</u>	Número:	<u>505</u>	Complemento:	<u>ALTOS</u>
Barrio:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>SOBRAL</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:	<u>sol-ja@hotmail.com</u>	Telefone comarca (DDD):	<u>(88) 3633 2571</u>	Telefone celular (DDD):	<u>(88) 9 9901 4067</u>

SOBRAL, 09 de JANEIRO de 2019
 Local e Data

Sônia Maria de Souza Fauvelante
 Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

29 JAN 2019

DLDR_001_V031/2017

RECEBIDO

29 JAN 2019

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO ROBERTO DE LIMA BEZERRA,
 RG nº 31401050, data de expedição / /,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 049303673-65, com
 domicílio na cidade de SOBRAL, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CEL. DIOGO GOMES, nº 937,
 complemento Q, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima FRANCISCO GALARANI CARLOS BARBOSA cujo o condutor era
FRANCISCO GALARANI CARLOS BARBOSA

Veículo: MOTOModelo: HONDA CG 125 FAN KSAno: 2016/2017Placa: NUM6339-CEChassi: 9C9XCHI10BA403767Data do Acidente: 25/06/2018Local e Data: SOBRAL-CE, 29 NOVEMBRO DE 2018

 Assinatura do Declarante

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





SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DEADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 12336915 DT. ATEND.: 22/7/2018 - 10:53

NASC.: 4201 Nascimento.: 16/8/1979

NAME.: FRANCISCO GUARANI CARLOS MARIOSA

TEL.: 85 3202-1000 CEL: 85 98888-1000

CPF.: 4475941372 CNH: 704209297160581 SUS/FAZ:

ENDR.: TUR. 02 KM. 02000-0000-0000

BAIRRO: CENTRO - SOBRAL

-CE- DEP: 62310135

QP:

HDA:

vítima de acidente com

Perdeu deformidade de braço

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de N. de Sobral
SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
PP Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura clínica

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura clínica

Dr. Francisco dos Chaves
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião-dentista

CÓD. 125



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (85) 3112-0400

Centro Social Filantrópico - Prot. 242.442/74

CNPJ: 07.819.319/0001-09 - CEP: 62.000-000

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-000

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Francisco Guarani Carlos Barbosa necessita de 90 dias de licença para tratamento de saúde.

C.I.D.: S822 - Fratura Da Diafise Da Tibia

Dr. Sérgio L. C. Ibiapina Sobral, 22/07/2018
Médico Residente
Traumatologista-Ortopedia
CRM: 18580

Assinatura do Médico e Carimbo



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Fu Gravem contos Gen 5032
Atendendo DPTT
paciente referiu acidente de
moto ocorrido dia 25 de junho / 2013
com fratura cominutiva ossos como
esqueleto.
Fiz exames e fiz exames e fiz exames e
dia 23 de julho 2013.
pt. evolução e níveis anteriores
completamente parados, em as sequelas
e sequelas. as níveis originais. dia 2
dia 25 de julho com exames
SUS 08/11/13

Dr. Francisco das Chagas Pessôa
Ortopedia / Traumatologia
especialista

cód. 193

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP
 AV DOM JOSE TUPINAMBA DA FROTA, 661 - ALTO DO
 CRISTO
 62820-720 SOBRAL - CE

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR
 DA NOTA FISCAL
 ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

000.006.742

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

2318 0707 8276 6400 0178 5500 1000 0067 4212 6180 7277

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal

ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

123180045710006 27/07/2018 09:02:30

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

06.192.431-8

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT

CNPJ

07.827.664/0001-78

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

ENDERECO

RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, 919

MUNICÍPIO

SOBRAL

CÁLCULO DO IMPPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	380,36
VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPT

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ / CPF
	0-EMITENTE				

ENDERECO

QUANTIDADE

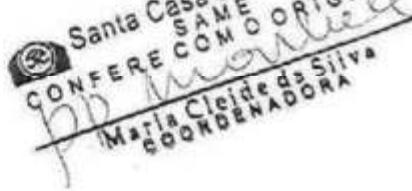
ESPECIE

MARCA

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
------------	---------	-------	-----------	------------	--------------

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/NR	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	V APROX TRIBUTOS
206	PLACA A/C ESTREITA 4.5 X 12 FUROS	90211020	0500	5403	UN	1	235,88	235,88	0,00	0,00	0	75,95
44	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 46 MM -PONTA "ST"	90211020	0500	5403	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	0	5,82
38	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 34 MM PONTA ST	90211020	0500	5403	UN	4	18,06	72,24	0,00	0,00	0	23,26
41	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 40 MM PONTA ST	90211020	0500	5403	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	0	5,82
39	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 36 MM PONTA ST	90211020	0500	5403	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	0	5,82
36	PARAFUSO CORTICAL 4.5 X 30 MM -PONTA "ST"	90211020	0500	5403	UN	1	18,06	18,06	0,00	0,00	0	5,82


 Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE SAME COM O ORIGINAL

 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA


 Dr. 2067
 12 SET. 2013
 CPF: 404.225.423-34

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PACT: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA MAT: 4251 DATA: 23-07-18 DR:
 CHAGAS CONV: SUS 0702030902 0408050500
 *INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: PAF Requisito XI Item 1c:
 7A9F4B6C4405355EFFB6F73B83FEF57E

RESERVADO AO FISCO

Gerado em 27/07/2018 às 09:02 pelo UniDANFE 3.5.7 Free | www.unidante.com.br

RECEBEMOS DE LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.
 EMISSÃO: 27/07/2018 VALOR TOTAL: 235,88 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, CENTRO,
 62010-550-SOBRAL-CE

NF-e
 000.006.742
 SÉRIE 1

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 4251
 Paciente...: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA CPF...: 61493414372
 Sexo.....: MASCULINO Idade...: 38a 11m 5d
 Dt. Naso.: 18/8/1979 Cor....: PARDA
 Mae.....: MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA CNS...: 704209287160584
 Pai.....: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA
 E. Civil...: SOLTEIRO
 Endereço.: RUA CORONEL DIOGO GOMES N°....: 870
 Bairro...: CENTRO CEP...: 82010-153
 Cidade...: SOBRAL UF....: CE
 Fone....: 384313880

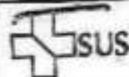
DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome.....
Endereço.....
Documento.....
Fone.....

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento.: 5255886 Atendente.: RAIMUNDO COSTA
 Data: 22/07/2018 Hora.....: 10:53 Permanência.: 4 Dias
 Procedimento.: 0409050600 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
 Médico.....: FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
 Unidade Int.: U1: CIRURGIA GERAL - SÃO JOSE
 Leito.....: LEITO 2-2 - SÃO JOSE
 Convenio.....: SUS - SIH
 Plano.....: 1
 Carteira:
 N. Guia.....:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
Márcia Cleide da Silva
COORDENADORA



Sistema - Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 30564

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

30211114

4 - CNES

30211114

Identificação do Paciente

ATRIBUTO: NOME DO PACIENTE: 22/06/2018 - 10:53

ATRIBUTO: NOME DO PACIENTE: 22/06/2018 - 10:53

NOME: FRANCISCO CLAUDIO CARLOS BRAGA

NOME: MARIA DE LUCENA CARLOS BRAGA

NOME: MARIA DE LUCENA CARLOS BRAGA

CPF: 0424723760384 SURFUSI

ENDERECO: RUA DOUTOR DIAS, 70410-728/160384 SURFUSI

ENDERECO: RUA DOUTOR DIAS, 70410-728/160384 SURFUSI

BAIRRO: CENTRO

BAIRRO: CENTRO

CEP: 62010150

CEP: 62010150

UF: GOIAS

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Francisco Guarani Carlos Barbosa
Tratamento para: 3822 - Fratura Da Diáfise Da Tibia

- Cirurgia :RED.CIRURGICA DA DIAFISE DA TIBIA CI/ FIX .Data: 23.7.18
— Antibioticoterapia: CEFALOTINA

Recomendações:

- Não Pisar
 Não Sustentar Peso
 Manter membro elevado (a 45°)
 Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
 Retirar pontos após 14 dias
 Fisioterapia precoce
 Atentar à data de retorno (15 dias)
 Fazer uso imediato prescrita
 Trocar curativo diariamente

*Retorno
Dia: 09/08/18
07:00hs
Quinta-Feira*

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 15 dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno

*Dr. Sérgio Soárez Neto
Médico Residente
Tutor: Dr. D. 1980*

Data: 25/07/2018

Assinatura e Carimbo

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 339025

Paciente : 4251

Convênio Atend. : 1

Leito : 246

Dt. Início : 23/07/2018 08:59

Cia Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0004 SALA 04

FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

SUS - SIH

LEITO 2-2 - SAO JOSE

DI. Fim : 23/07/2018 10:58

Atendimento : 5255995

Carteira :

Idade : 38 Anos 5 Dias 11 Horas

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Convênio: 001

SUS - SIH

Anestesia: 05

BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA

10922 JANDERSON ALVES GIFONI

CIRURGIAO

6011 FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA

1. AUXILIAR

12196 THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
- ISQUÊMIA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITA
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO ANTERO-LATERAL CENTRADA NO FOCO DA FRATURA
- DIÉRESE POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DA FRATURA
- REDUÇÃO ANATÔMICA DA FRATURA DA TIBIA
- FIXAÇÃO COM 01 PLACA RETA DE A/C E 05 PARAFUSOS CORTICais
- RETIROADA DA FAIXA DE SMARCH
- HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
- SUTURA MÍNIMA DA PELE
- CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

*Dr. Thiago Mont'Alverne L. Parente
CRM 12196 - CPF 641.343.503-87*

*Santa Casa de M. de Sobral
CONFIRME COMO ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA*

Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8011

DR(A) : FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
CRM : 6011

NORTESÍNTESE - MATERIAL ORTOPÉDICO

Luis Eufrasio Farias Neto / EPP

CNPJ: 07.827.664/0001 - 78

CNPJ: 07.827.004/0001-78
End: Av. Tupinambá, 661 - Bairro Alto do Cristo - Sobral - CE

End.: AV. Tupinambá, 601 - Bairro: Jardim

PACIENTE:

TIPO DE CIRURGIA:

MATRÍCULAS

PROCEDIMEN

DESCRICAÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

ESPECIMEN		Nº	QTDE						
PARAFUSO CORTICAL	PEQ. FRAGMENTOS 3.5mm								
PARAFUSO CORTICAL	GR. FRAGMENTOS 4.5mm	Nº	QTDE	16	34	10	36	30	
PARAFUSO ESPONJOSO	PEQ. FRAGMENTOS 4.0mm	Nº	QTDE	01	04	21	01	01	
PARAFUSO ESPONJOSO	GR. FRAGMENTOS 6.5/16mm	Nº	QTDE						
PARAFUSO ESPONJOSO	GR. FRAGMENTOS 6.5/32mm	Nº	QTDE						
PARAFUSO	MALEOLAR 4.5mm	Nº	QTDE						

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA

COND. BIRAGTO:

MDA

TOTAL:

222 - O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
M. Cleide da Silva
COORDENADORA



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE BOM JESUS

PLANO TERAPEUTICO

Nome: **Fábio Henrique dos Carvalhos**
Data: **03/01/13** PRESCRIÇÃO MÉDICA

Objetivo: **Evitar lesões e liberação de gases**

01) **Scopos** TSW no 08-210956

02) **Regras** 100% O2 via traqueostomia

03) **Exames** Nenhum

04) **Terapias** + uso de O2 via traqueostomia

05) **Prognóstico** + nível basal 0,99

06) **Prognóstico** + nível basal 0,99

07) **Terapias** + uso de O2 via traqueostomia

08) **Prognóstico** + nível basal 0,99

09) **Terapias** + uso de O2 via traqueostomia

10) **Prognóstico** + nível basal 0,99

Enf.: **Reg.:**

Leito: **Mat.:**

Reg.: **Peso:**

Altura:

HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM			SINAIS VITAIS		
	HORA	TEMP.	PA	P.	F.	
07:25						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Fábio Henrique Barbosa N° PRONTUÁRIO 4251

SETOR: SR

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

13/07/18

07:45 Admitido no SR p/ realização procedimento cirúrgico, calmo, consciente, de cadáver de raios X realizada, escoamento venoso em uso de drenante emobilizado, p/ 13h45 min. 84 mmHg, SpO2 98%.

Alberto Wendell E. de Moura
Técnico de Enfermagem
COREN-CE 1012928-75

08:55 Drenado

Mario Wendell E. de Moura
Técnico de Enfermagem
COREN-CE 1012928-75

08:37 Drenado na SOR p/ realização procedimento cirúrgico, calmo, consciente, de cadáver de raios X realizada, escoamento venoso em uso de drenante emobilizado, p/ 13h45 min. 84 mmHg, SpO2 98%.

09:18 Realizado marquonodexia p/ 10 cm, em tempo regular, expulsa a instalação p/ saída de batu na deusa do lado ①

09:43 Envolto p/ procedimento cirúrgico

10:47 término do procedimento cirúrgico

11:00 Envolto p/ SOR calmo, consciente, marquonodexia procedimento cirúrgico, sem inchaço, infecção, emobilizado, escoamento venoso drenante, drenado limpo no lado da mama, emobilizado, p/ 13h45 min. 84 mmHg, SpO2 98%.

13:30h - Transportado para enfermaria São José Teófilo Otoni

23/07/18 13:30 Voo do bloco cirúrgico p/ Enfermaria procedimento abdômen 15:35 Paciente em kit, espelhado, exposto, membriloscópico, negro queixas de dor, sentimento, prestado em auxílios auxiliares.

Operação: Câncer de Língua
Técnico de Enfermagem
COREN-CE 673.824

09:15 Encontrado deitado, expulso regular, membriloscópico, sem queixas no momento daquele exame, momento na qual o paciente sentiu a ausência de fluidos de informaram. T=36°C, PR=130X100 mmHg, Grc: Ress: ruim

Santa Casa de M. de Sobral
SANE
SERECOM
CONE
COPREDEMA/DRONA
Maria Cleide da Silva

PREScriPCIONES: 10781 - DATA: 24/07/2013 09:01

1º VIA

USUÁRIO: ... 10781.1014PINA

ATRIBUIÇÃO: 07 KASOU 10/08/1979 (086 218 60)

Rúbrica do Médico

COLETA: 003 - 018

PROBLEMA: 1031 - FRANCISCO GUARANI CARLOS BARRETO

PROBLEMA: AUTOR: SRF. CORPOREAL

DATA: 24/07/2013 10:03 1 1014PINA

DETALHES: FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA - SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA

1031.018 10/08/1979 (086 218 60) - SÃO JOSÉ 1014PINA 1014PINA 1014PINA

1031.018 10/08/1979 (086 218 60) - SÃO JOSÉ 1014PINA 1014PINA 1014PINA

CLASSIFICAÇÃO: 10301

EVOLUÇÃO MEDICA

1031.018

ACIDENTE VITIMA DE TROCA COM FRATURA DE TIBIA COM ESFERIO. REALIZADO OSTEOTOMIA COM PLACA E PARAFUSO
DATA: 24/07/13

ESTADO: 001 005 EN VIE

FOLHA

1031.018
1031.018

PREScriPCIONES MEDICAS

DATA: 24/07/2013 09:01
1031.018 LIVRE

Qtd Unidade SN Ap1 Frequencia Data Horarios

[24/07] . 03

ANTIBIOTICO
1031.018 10/08/1979 (086 218 60) 1 AMPOLA - 10
Justificativa: prescrita
Dose: 0500 mg 10ML de 100
- 0500 mg 10ML 10ML AMPOLA
- 0500 mg 10ML 10ML AMPOLA
- 0500 mg 10ML 10ML AMPOLA

Qtd Unidade SN Ap1 Frequencia Data Horarios

[24/07] . 03

1031.018 10/08/1979 (086 218 60) 1 BOLSA
Justificativa: prescrita
- 1 BOLSA PARA SUPÓ

Qtd Unidade SN Ap1 Frequencia Data Horarios

[24/07] . 03

RENDIMENTOS ENDO-EROSOS
1031.018 10/08/1979 (086 218 60) 1 AMPOLA
Dose: 1000 mg 10ML 10ML AMPOLA
- 1000 mg 10ML 10ML AMPOLA

Qtd Unidade SN Ap1 Frequencia Data Horarios

[24/07] . 03

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
PP
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

- | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TCE | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> TORÁCICO | <input type="checkbox"/> ORTOPÉDICO | <input type="checkbox"/> POLITRAUMA |
| <input type="checkbox"/> ESPANCAMENTO | | | <input type="checkbox"/> VIOLENCIA SEXUAL | |
| <input type="checkbox"/> PAI | <input type="checkbox"/> MÃE | <input type="checkbox"/> OUTROS | <input type="checkbox"/> PAI | <input type="checkbox"/> PADASTRO |
| | | | | <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO |

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO**HDA DO MÉDICO**

*Fredro desfr de fibra fechada
sem défis*

Sem rhes de so compativel

Sobr

CONDUTA: *Internação com osteosíntese*

DIAGNÓSTICO: *pedra de fibra*

~~Ass. Médico - CRM~~

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO | <input type="checkbox"/> CARDIOLÓGICO | <input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO | <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO | <input type="checkbox"/> TRAUMAT. ORTOPÉDICO | <input type="checkbox"/> OTORRINO | <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO | <input type="checkbox"/> OUTROS | | |

DESTINO DO ATENDIMENTO: CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO
 SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE
 INTERNAÇÃO

CLÍNICO CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO: CLÍNICO CIRÚRGICO
 ALTA
 TRANSFERÊNCIA HOSPITAL DE ORIGEM OUTROS

ALTA DO PACIENTE

*Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA*

01/06/2018

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 28367 | 25/06/2018 1 | ATEND.: 5231608 DT. ATEND.: 25/6/2018 - 11:41

Equipe Atendimento:

MATR.: 4251 NASCIMENTO.: 18/9/1979

NOME.: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

MAE...: MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA

CPF...: 61492414372 CNS: SUSFACIL

ENDER.: RUA CORONEL DIOGO GOMES DE 1251

BAIRRO: CENTRO - SOBRAL

-CE- CEP: 62300-000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE DO SEXO MASCULINO, SOFREU UMA QUEDA DE MOTO, APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO E VERBALIZANDO, REFERINDO DOR E EDEMA EM MIE (TORNOZELO E TÍBIA).

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 110/80, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: 18, DX: , Temperatura:

Eu, Y, _____, () Paciente (Responsável
(Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____, declaro que:

1º) Recebi informações quanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicaçāo durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista para Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, ____ de ____ de ____ às ____

Assinatura do Paciente ou Responsável

*Santa Casa de M. de Sobral
CONFERENCIA SAME COM O ORIGINAL
10/06/2018
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA*

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

DR. HERNANI CAMPOS

FISIOTERAPIA

CREFI/CE 2233011

Dr. Hernani Campos de Oliveira Júnior

Ortopedia e Traumatologia

Cremec: 4920

CIRURGIA EM TRAUMA E ORTOPEDIA

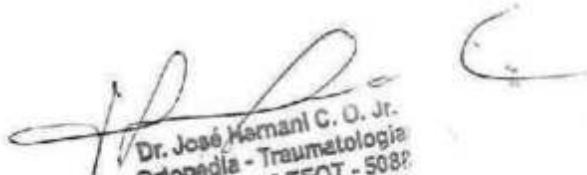
CRM-CE 4920 TEOT - 5088

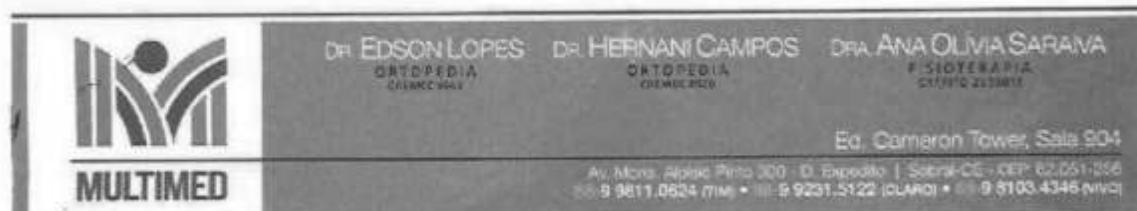
CPF - 378.930.503-06

LAUDO MÉDICO

RELATO QUE FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA
SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NO DIA 25/6/2018
COM FRATURA FECHADA DE OSSOS DA Perna E , E FOI
TRATADO COM PLACA E PARAFUSO , ATUALMENTE
CONSOLIDADO PORÉM COM LIMITAÇÃO TOTAL DA FLEXÃO
DO PÉ E, LIMITAÇÃO TOTAL DA FLEXÃO PLANTAR DO PÉ E ,
LIMITAÇÃO DA SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DO PÉ E , E ESTAR DE
ALTA DEFINITIVO DO TRATAMENTO ORTOPEDICO

SOBRAL 28 DE FEVEREIRO DE 2019


Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 378.930.503-06





Medicamento para os devidos fins, que o Sr. Francisco Guarani Carlos Barbosa, sofreu acidente de moto ocorrido dia 25/06/18, onde foi submetido a uma cirurgia que ocorreu dia 23/07/18, com diagnóstico de fratura fechada da diáfise da tíbia em MSE, atualmente consolidada.

Admitido para o atendimento de fisioterapia em 06/13/18 até a data presente.

Ao exame físico apresentou: presença de edema, limitação total de flexão plantar do pé e limitação da supinação e pronação do pé E, associado a quadro algico.

Objetivo proposto: redução do quadro algico, aumentar e melhorar amplitude de movimento, prevenir contratura de tecido e deformidades, ganhar mobilidade e evitar aderência cicatricial, diminuição do edema.

O referido paciente evolui com sequelas persistindo no quadro algico e clínico,

descrito acima, sendo →

INTA

Escola
Faculdade

Rua Dr. João do Monte, 299 - Centro, CE - Fone: (88) 3613-3116

②
necessário manter o tratamento
fisioterapico.

Sobral, 27 de fevereiro de 2019.

Damaris Parente.

Damaris Parente F. Sousa
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 199770-F



Medicação fisioterapêutica

Medicação para os devidos fins, que o Sr. Francisco Guarani Carlos Barbosa, sofreu acidente de moto ocorrido dia 25/06/18, onde foi submetido a uma cirurgia que ocorreu dia 23/07/18, com diagnóstico de fratura fechada da diáfise da tíbia em MSE, atualmente consolidada.

Admitido para o atendimento de fisioterapia em 06/03/18 até a data presente.

Ao exame físico apresentou: presença de edema, limitação total de flexão plantar do pé e limitação da supinação e pronação do pé E, associado a quadro algico.

Objetivo proposto: redução do quadro algico, aumentar e melhorar amplitude de movimento, prevenir contratura de tecido e deformidades, ganhar mobilidade e evitar aderência cicatricial, diminuição do edema.

O referido paciente evolui com sequelas persistindo no quadro algico e clínico, descrito acima, sendo →

INTA

É a minha
Faculdade

Rua Dr. João do Monte, 299 - Centro, CE - Fone: (88) 3613-3116

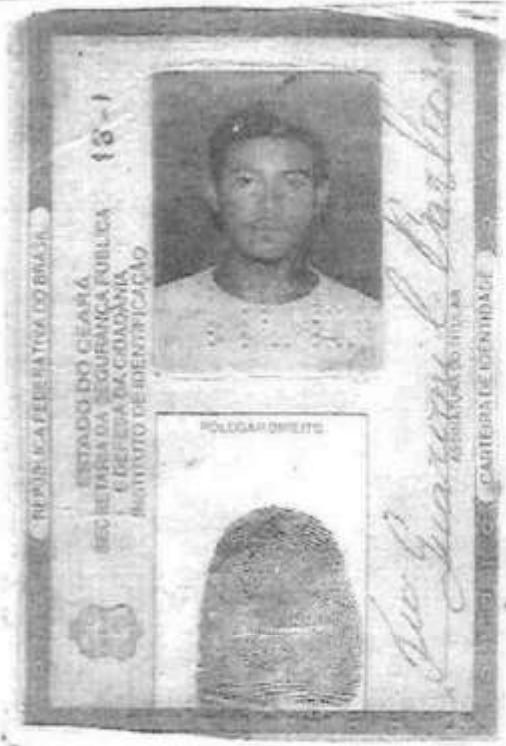
VIRE ↑

necessário manter o tratamento fisioterapico.

Sobral, 27 de fevereiro de 2019.

Dâmaris Parente.

Dâmaris Parente F. SOLEB
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 199770-F



SABEMI SEGURADORA S/A

29 JAN 2019

RECEBIDO





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 614.934.143-72

Nome: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Data de Nascimento: 18/08/1979

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 27/04/1994

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 17:12:36 do dia 14/01/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: AE7F.9AFE.8968.3279



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

29 JAN 2019

RECEBIDO

47

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PROTEÇÃO NACIONAL DE PESSOAS	
NOME: EMILIA MARIA DE SOUSA GAVALCANTI	
N.º DE IDENTIF.: 1277334520 046014031021 32P CE	
N.º: 560.453.903-25 DATA NAC.: 22/04/1965 P.º: 1001-0001-0000-0000-0000-0000-0000-0000 NOME: FRANCISCO ZAITZ DE SOUSA M.º: FRANCISCA ANDRADE DE SOUSA	
N.º: 046017610711 DATA: 22/05/2015 VENCIMENTO: 09/03/2015	
CATEGORIA: A-1	
SITUAÇÃO: ESTADO: MARANHÃO TITULAR: CIDADÃO	
N.º: 1277334520 N.º: 04603148940 PORTALISSA, CE N.º: CE159021220 ALIA MARIA DE SOUSA GAVALCANTI DELEGADO PELA AUTORIDADE	



SABEMI SEGURADORA S/A

29 JAN 2019

RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077716 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: MARCHA COM APOIO, ATROFIA DA COXA ESQUERDA, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MIE, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077716 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 08/11/2018, ASSINADO POR DR. FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA , CRM PREJUDICADO, DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL (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 - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

29 JAN 2019

RECEBIDO

C

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO FEDERATIVO DO CEARÁ GOVERNO DO CEARÁ SECRETARIA DE GOVERNACAO	
PAULO ROBERTO DE LIMA BEZERRA	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE 2066031192000 SSP CEARÁ	
049.103.673-65 11/07/1990 SEXO: MASCULINO	
PAI: RAIMUNDO MONAVO MAMÃE: MAGALHÃES BEZERRA MARIA DE FÁTIMA DE LIMA BEZERRA	
NOME: PAULO ROBERTO DE LIMA BEZERRA N.º: 05431184510 VALOR: 26/12/2021 1º NAC: 23/02/2012	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
1409701251	
SEM OBSERVAÇÃO	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL: SOBRAL, CE <i>Paulo Roberto Bezerra</i> <small>PAULO ROBERTO BEZERRA</small>	
DATA: 06/01/2017 53162811550 CE157330958	
ASSINATURA DO ENCARTE	
CEARÁ	

outros

1409701251

FRONTEIRA PLASTIFICADA

Sobral - Ce., 13 de março de 2019.

Ao

Analista de Seguros

Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT

Estou enviando esta carta para solicitar de Vossa Senhoria, uma nova reanálise e fazer a perícia médica porque não fui convocado para perícia e diante da gravidade da sequela que fiquei não estou satisfeito com o pagamento que veio, que foi somente o valor de R\$ 2.362,50 ou seja, 17,50 (dezessete e meio por cento) do valor total. O número do sinistro é 3190077716 e CPF Nº 614.934.143-72.

Informo para dizer que no dia 25/06/2018, por volta das 11:00 horas, andava pilotando a moto de placa NUM-6339-CE, quando ao passar em frente ao posto de combustível que fica em frente ao Shopping, percebeu que o chão estava molhado de óleo que havia sido derramado por uma caçamba. Que tentou desviar do óleo e em razão disso a moto derrapou e eu fui no chão. Que tentei levantar e não consegui porque quebrei a perna, fui socorrido pelo SAMU, ocorrência de número 0012, onde consta queda de moto. Fui socorrido para Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Que em consequência do acidente, fraturei a Perna ESQUERDA e o tratamento foi COM PLACA E PARAFUSO. Atualmente esta consolidado, mas estou COM LIMITAÇÃO TOTAL DA FLEXÃO DO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO TOTAL DA FLEXÃO PLANTAR DO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DO PÉ ESQUERDO. Desde, então nunca mais tive saúde, porque fiquei com grave sequelas permanentes. Sou acompanhado pelo MÉDICO DR. JOSÉ GUARANI C. O. JÚNIOR, médico especializado em ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA, CRM-CE 4920 TEOT - 5088.

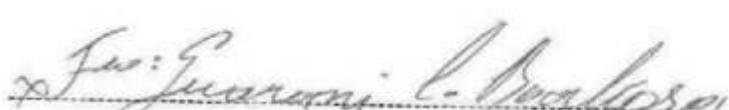
Também faço uso permanente da ajuda de uma bengala para poder me locomover e fiquei com marcha claudicante. Estou de alta definitivo do tratamento ortopédico.

Faço FISIOTERAPIA desde o dia 06/11/2018 na CLÍNICA DE FISIOTERAPIA na Faculdade INTA com a DRA. DÂMARES PARENTE F. SOUSA com CREFITO: 189770-F,

Portanto, quero ser chamado e avaliado por um médico perito da SEGURADORA LÍDER, para comprovar o fato, porque, desde o dia do acidente até o dia de hoje, faço acompanhamento médico e fisioterapia 02 vezes por semana e uso de medicamente para dor.

Segue em anexo, um novo LAUDO MÉDICO E LAUDO DA FISIOTERAPEUTA.

Cordialmente,



FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077716 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: MARCHA COM APOIO, ATROFIA DA COXA ESQUERDA, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MIE, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
		Total	1,25 %	R\$ 168,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077716 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: MARCHA COM APOIO, ATROFIA DA COXA ESQUERDA, EDEMA DO TORNOZELO ESQUERDO +++, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA E BLOQUEIO ARTICULAR SEVERO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MIE, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077716 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077716 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO (PÁG 4) ACOSTADO DATADO DE 08/11/2018, ASSINADO POR DR. FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA, CRM PREJUDICADO, DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL.

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 - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077716 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077716 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO DEFINIDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DA APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVÍABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA COM IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077716 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA **Data do acidente:** 25/06/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 08/11/2018, ASSINADO POR DR. FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA , CRM PREJUDICADO, DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL (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 - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME : FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA
NACIONALIDADE : BRASILEIRO
ESTADO CIVIL : SOLTEIRO
PROFISSAO : REPRESENTANTE COMERCIAL
Nº DO RG: 98031043667 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE DATA DE EMISSÃO :21/05/1998
Nº CPF : 614.934.143-72
ENDEREÇO : AV. CEL. DIOGO GOMES, 870, CENTRO, SOBRAL-CE, CEP: 62100-000

OUTORGADO :

NOME : SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE
NACIONALIDADE : BRASILEIRA
ESTADO CIVIL : CASADA
PROFISSAO : AUTÔNOMA
Nº DO RG: 94014079028 ORGÃO EMISSOR: SSPDS DATA DE EMISSÃO :06/03/2014
Nº CPF : 560.455.903-25
ENDEREÇO : RUA FLORIANO PEIXOTO, 505, ALTOS, CENTRO, SOBRAL-CE..

PODERES :

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima / beneficiário :

FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA ,

NATUREZA DO ACIDENTE: INVALIDEZ PERMANENTE, DATA DO ACIDENTE: 25/06/2018, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

SOBRAL-CE., 25 DE JANEIRO

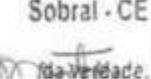
DE 2019.

Cartório
Edison
Almeida

 
Assinatura



EDISON ALMEIDA, N° 0550
FAX: 223- Centro - Sobral - CE
(88) 3611.0546

Reconheço a(s) Firma(s) de(s) por Autenticidade
() por Semelhança. De Francisco Guarani
Carlos Barbosa
Data Fe.
25 JAN. 2019 Sobral - CE
Em Testemunha:  Idade: 

SABEMI SEGURADORA S/A
29 JAN 2019
RECEBIDO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033465/19

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

CPF: 614.934.143-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GUARANI
CARLOS BARBOSA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE : 560.455.903-25

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

FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA : 614.934.143-72

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: 29/01/2019
Nome: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE
CPF: 560.455.903-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

KARINE SANTANA ROMUALDO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033465/19

Número do Sinistro: 3190077716

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

CPF: 614.934.143-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GUARANI
CARLOS BARBOSA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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: 11/02/2019
Nome: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE
CPF: 560.455.903-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033465/19

Número do Sinistro: 3190077716

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

CPF: 614.934.143-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GUARANI
CARLOS BARBOSA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 03/04/2019

Nome: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE
CPF: 560.455.903-25

Data do cadastramento: 03/04/2019

Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

HELANO OLIVEIRA SANTOS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033465/19

Número do Sinistro: 3190077716

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

CPF: 614.934.143-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GUARANI
CARLOS BARBOSA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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: 11/02/2019
Nome: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE
CPF: 560.455.903-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

HELANO OLIVEIRA SANTOS