
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

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 médico-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



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, retorne 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: INTERRUÇÃO 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

Pag. 00333/00334 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14334163

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, retorne 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: 634.934.343-72 Nome completo da vítima: 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 CFF: 634.934.343-72
Profissão: REPRESENTANTE COMERCIAL Endereço: RUA AV. CEL. DIOGO GOMES, Nº 870 Complemento: _____
Bairro: CENTRO Cidade: SOBRAL Estado: CE CEP: 62100-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0085 X CONTA: 84.285 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 90 (noventa) dias do pedido.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte iguais benefícios 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

3ª Nome: _____ CPF: _____

4ª Nome: _____ CPF: _____

5ª Nome: _____ CPF: _____

6ª Nome: _____ CPF: _____

7ª Nome: _____ CPF: _____

8ª Nome: _____ CPF: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

29 JAN 2019

Assinatura

RECEBIDO

Local e Data: SOBRAL - CE, 09/10/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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 - Pouplex**, 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 Pouplex, doravante denominada Pouplex, 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 8/08/1979, 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 62.010-130, 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 pouplex 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:

- a) **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.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **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.

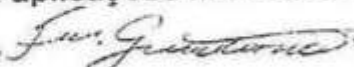
Declarações e autorizações

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 Pouplex.

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 Pouplex, 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 Vitimas 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:

MARÇA 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 casualidade: 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 susceptível 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"

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

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



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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:
RG: **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**
Município: **SOBRAL/CE** Telefone: **3614-4673**
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 melado 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 tíbia 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 :

ALYSSON DYEGO PORTELA DANTAS - MAT.: 30118839

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Guarani Carlos Barbosa

SABEMI SEGURADORA S/A

29 JAN 2019

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Consolidado 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: _____ CFF de vítima: 634.934.343-72 Nome completo da vítima: 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 CFF: 634.934.343-72
Profissão: REPRESENTANTE COMERCIAL Endereço: AV. CEL. DIOGO GOMES Número: 870 Complemento: _____
Bairro: CENTRO Cidade: SOBRAL Estado: CE CEP: 62100-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0085 ☒ CONTA: 84.285 ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 90 (noventa) dias do pedido.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte iguais benefícios 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 - CE, 09/10/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura

29 JAN 2019

Assinatura

RECEBIDO

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

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

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 - Pouplex**, 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 Pouplex, doravante denominada Pouplex, 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 8/08/1979, 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 62.010-130, 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 pouplex 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:

- a) **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.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **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.

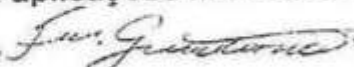
Declarações e autorizações

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 Pouplex.

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 Pouplex, 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





Prefeitura
de Sobral

(ATO DECLARATÓRIO)



SAMU
192

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.

Sobral, 03 de agosto de 2018.

1

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

SABEMI SEGURADORA S/A

29 JAN 2019

RECEBIDO



(ATO DECLARATORIO)
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

FC Guara Carlos Barbosa

1/2

1/ Antrenal 160g 1 dia

Te dia VP 12/12/08

21,00 com 20cp

45,42 com 20pomp

25/04/18



Cóp. 1183

Rua Antonio 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



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

5729151

DV 9

VENCIMENTO

16/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

314,41

DESCRIÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-A | Nº 557070167
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeirino, 155 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.647.251/0001-70 | CGF 08.105.845-9

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 06 032000 01 026750

Medidor

Poste

0000 0

Nome RAIMUNDA ELENILDA CAVALCANTE DE LIMA 158035

Endereço Postal

End. da Unidade AV CEL DIOGO GOMES 00870 **SEM BAIRRO SOBRAL 62100000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ 037.143.083-69

CGF

Fator de Potência

0

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL MONOFASICA

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 5097 4700 1 397 0 397

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Aprovação

09/01/2019

Prev. Próxima
Leitura

09/02/2019

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C7AF,9E59.3868.577D.A141.A360.B853.AD7E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)
287,84

Alíquota
27%

Valor do Imposto
77,71

26,57

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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

SABEMI SEGURADORA S/A

29 JAN 2019

RECEBIDO

autenticação mecânica cliente

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

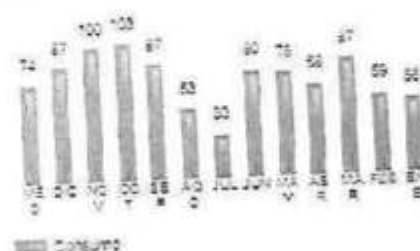
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 90,00

Conjunta

Mes NOV/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente:
Data de Emissão:

5729151-9
14/01/2019

Nº da Nota Fiscal: 557070167
Referência: JAN/2019

Total a Pagar (R\$): 314,41
Nº da Controle: 0005729151 00064 4365 2 70

83800000003-3 14410031000-0 00057291510-1 00644365224-3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA,

RG nº 98031043667, data de expedição 21/05/1998, Órgão SSP/CE,

CPF nº 614.934.143-78, 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 DIOGO 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) 3633.2571/18899610525</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:

Francisco Guarani C. Barbosa



Esta é a segunda via de

DEZ/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
6105379 DV **1**

VENCIMENTO
21/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
121,65

DESCRIÇÃO DA CONTA

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica (Grupo B - Série B-4) Nº **553608736**
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251-0001-70 | CGF 06.105.848-3

Atribuição Social de Energia Elétrica
for. criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 09 C320C0 02 09200 Medidor 5139988 Poste 000C 0
Nome SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE
Endereço Postal

End. da Unidade RU FLORIANO PEIXOTO 00505 CS ALTOS CENTRO SOBRAL
Consumidora 62010010

RG / CPF / CNPJ 560.455.903-25 CGF
Classe 91 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

PP 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.B7D1.6F00.A511.7363.6651.BFC1.7978

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,48
MULTA MORATORIA 2,39
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 10,66

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consistência Ecológica (eCO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

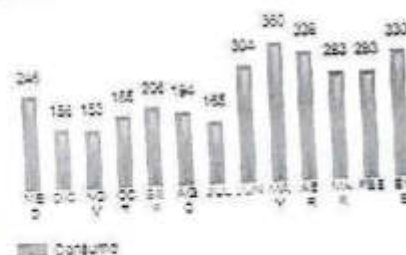
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 44,28

Conjunto SOBRAL I

Mes OUT/ 2018

	Padrão Individual Mensal	Trím. 1 Anual	Apurção Individual Mensal	Trím. 1 Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00
DMIC (h)	2,85		0,00	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **6105379-1** Nº da Nota Fiscal: **553608736** Total a Pagar (R\$): **121,65**
Data de Emissão: **14/01/2019** Referência: **DEZ/2018** Nº 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 0800 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 aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho do 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 SOUSA PAVALGANTE inscrito (a) no CPF/CNPJ 560.455.903 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.934.843 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.934.843 / 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>RUA FLORIANO PEIXOTO</u>		Número <u>505</u>	Complemento <u>ALTOS</u>
Barro <u>VENTAD</u>	Cidade <u>SOBRAL</u>	Estado <u>CE</u>	CEP
Email <u>sol-jpa@hotmail.com</u>		Telefone comercial (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 Sousa Pavalgante
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

29 JAN 2019

DLDR-001 V001/2017

RECEBIDO

29 JAN 2019

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO ROBERTO DE LIMA BEZERRA,RG nº 2006031302050, data de expedição / / ,Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 049.303.673-65, comdomicílio na cidade de SOBRAL, no Estado deCEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA CEL. DIOGO GOMES, nº 937,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 FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA cujo o condutor eraFRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSAVeículo: MOTOModelo: HONDA 100 125 FAN KSAno: 2018/2011Placa: NUN6339-CEChassi: 9C27CH110BA403767Data 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)



Reconheço a(s) Fim(a)s do(a) por Autenticidade	
1 por Semelhança De <u>Paulo Roberto de Lima Bezerra</u>	
Data Fe. <u>29 NOV. 2018</u> <u>Sobral-CE</u>	
Em Testemunho <u>[Assinatura]</u> da verdade.	
<input type="checkbox"/> MARIA APARECIDA SILVA - Titular Interina	
<input type="checkbox"/> RITA DE CÁSSIA GABRIEL COSTA - Substituto	
<input type="checkbox"/> JARUELIN MARIA SOUSA COSTA - Substituto	
VALIDAR SOMENTE COM O CIP AUTENTICIDADE	

29 JAN 2019

RECEBIDO

Responsável:

Recebido Por:

DATA DATA DE ATRIBUIÇÃO DE SOBRA
 2000 - Sistema de Gerenciamento de Unidade
 Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1/1
 Emitido Por: SERGIO LBIAPINA
 Data: 25/07/2018 08:05

1- V/A

PRESCRIÇÃO: 171000 DATA: 25/07/2018 08:00
 USUARIO: SERGIO LBIAPINA
 ATENDIMENTO: 101000 DT NASC: 18/08/1979 (28 ANOS)
 CONVÊNIO: SUS - SUS
 PACIENTE: 101 - FRANCISCO GUARANI CARLOS SARDOSA
 PESO: 70.00 ALTURA: 1.70 SUP. CORPORAL: 23.5
 INTERNAÇÃO: 101000 25/07/2018 10:00 0 DIAS, 0 INT
 MEDICO: FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
 UNID. INT: 00 CIRURGIA GERAL - SÃO JOSÉ LEITO: LEITO 9-1 - SÃO JOSÉ COBERTURA: ENFERMARIA
 CID: S80.001 FRACTURA DA DIAPHISE DA TIBIA CICLO: 1
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rúbrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

EXAMENOS

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRACTURA DE TIBIA COM DESALINHAMENTO, REALIZADO OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS
 EM 25.7.18

EXAME COM DOR EM REPOUSO

PO LIMP E SECA SEM SINAIS DE INFECÇÃO OU NECROSE

CONTINUA EM CONTROLE
 ALTA HOSPITALAR

Dr. Sérgio L. C. Ibiapina
 Médico Residente
 Traumatologia e Ortopedia
 CRM: 18580

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA HOSPITALAR

1. ALTA HOSPITALAR

Gtd Unidade

SN Rpt

Dr. Sérgio L. C. Ibiapina
 Frequência: 1x por semana
 Médico Residente
 Traumatologia e Ortopedia
 CRM: 18580

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

SERGIO LUIS CAVALCANTE IBIAPINA (RES)
 CRM: 18580



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 0256696 DT. ATEND.: 22/7/2018 - 10:53
PATR.: 4201 NASCIMENTO.: 16/8/1979
NOME.: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARROSA
NOME.: MARIA DE LOYDES CARLOS BARROSA
CPF.: 6075414372 CNB: 704209287160584 SUSPACILY
CADER.: TAN CARMEL DIOGO DOWES 570
ENDR.: CENTRO - SOBRAL -CE- CEP: 62010157

QP:

HDA:

vítima de acidente com

Doi e deformidade sem Exu

EXAME FÍSICO:

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura tíbia

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura tíbia

Dr. Francisco dos Santos Pereira
Ortopedia / Traumatologia
Copa



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 918 - Fone: (33) 3112-0450

Certificado Filantrópico - Proo: 242.44274

CNPJ: 07.819.313/0001-09 - CGF: 06.323.362-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

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 I. C. Ibiapina Sobral, 22/07/2018

Médico Especialista em
Traumatologia e Ortopedia

CRM: 18580

Assinatura do Médico e Carimbo



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Fco. Guarani Carlos Bezerra
Atestado DPVFI

Paciente referindo acidente de
carro ocorrido em 25 de julho / 2018
com fratura cominada osso peroneo
esquerdo.

Fiz compressas fixando tala no
dia 23 de julho 2018.



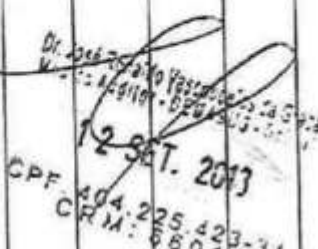
Re avaliei no dia 25 de julho
cominada com rigidez articular
e edema. o membro superior esquerdo.
em 25/07. DA tala com gesso. com
sucesso.

SUS 08/11/18

Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedia / Traumatologia

Cóp. 1183

Rua Antonio 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 EMITENTE		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA		 <small>CHAVE DE ACESSO</small> 2318 0707 8276 6400 0178 5500 1000 0067 4212 0180 7277									
LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP AV DOM JOSE TUPINAMBA DA FROTA, 661 - ALTO DO CRISTO 62020-720 SOBRAL - CE		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA		Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		000.006.742 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		<small>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</small> 123180045710006 27/07/2018 09:02:30									
<small>INSCRIÇÃO ESTADUAL</small> 06.192.431-8		<small>INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT</small>		<small>CNPJ</small> 07.827.664/0001-78									
<small>DESTINATÁRIO / REMETENTE</small> SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL		<small>CNPJ / CPF</small> 07.818.313/0001-09		<small>DATA DA EMISSÃO</small> 27/07/2018									
<small>ENDEREÇO</small> RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, 919		<small>Bairro / Distrito</small> CENTRO		<small>CEP</small> 62010-550									
<small>MUNICÍPIO</small> SOBRAL		<small>UF</small> CE		<small>INSCRIÇÃO ESTADUAL</small> 06.322.262-0									
<small>HORA DA SAÍDA</small> 09:05:00													
<small>CALCULO DO IMPOSTO</small>													
<small>BASE CALC ICMS</small> 0,00		<small>VALOR ICMS</small> 0,00		<small>BASE CALC ICMS ST</small> 0,00									
<small>VALOR ICMS ST</small> 0,00		<small>TOTAL DOS PRODUTOS</small> 380,36											
<small>VALOR FRETE</small> 0,00		<small>VALOR SEGURO</small> 0,00		<small>VALOR DESCONTO</small> 144,48									
<small>OUTRAS DESP</small> 0,00		<small>VALOR IPTU</small> 0,00		<small>VALOR APROX TRIB</small> 122,49									
<small>TOTAL DA NOTA</small> 235,88													
<small>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</small>													
<small>NOME / RAZÃO SOCIAL</small>		<small>FRETE POR CONTA</small> 0-EMITENTE		<small>CODIGO ANTT</small>									
<small>ENDEREÇO</small>		<small>MUNICÍPIO</small>		<small>UF</small>									
<small>QUANTIDADE</small>		<small>ESPECIE</small>		<small>MARCA</small>									
<small>NUMERAÇÃO</small>		<small>PESO BRUTO</small>		<small>PESO LIQUIDO</small>									
<small>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</small>													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	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 SAME CONFERE COM O ORIGINAL Maria Cleide da Silva COORDENADORA						 12 SET. 2013 CPF: 004.225.423-34 CRM: 6807							
<small>DADOS ADICIONAIS</small>						<small>RESERVADO AO FISCO</small>							
<small>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</small> 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: 7A9F4B6C4405355E9FB6F73B83FEFE7E													
<small>UnNfe NF-e Open Source www.unnfe.com.br</small>						<small>Gerado em 27/07/2018 às 09:02 pelo UnNfe 3.3.7 Free www.unnfe.com.br</small>							
<small>RECEBEMOS DE LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.</small> <small>EMISSÃO: 27/07/2018 VALOR TOTAL: 235,88 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, CENTRO, 62010-550-SOBRAL-CE</small>						<small>NF-e</small> 000.006.742 SÉRIE 1							
<small>DATA DO RECEBIMENTO</small>		<small>IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR</small>											

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 4251
Paciente...: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA
Sexo...: MASCULINO
Dt. Naso...: 18/06/1979
Mãe...: MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA
Pai...: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: RUA CORONEL DIOGO GOMES Nº...: 870
Bairro...: CENTRO CEP...: 82010-153
Cidade...: SOBRAL UF...: CE
Fone...: 324313886

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 5255895 Atendente...: RAIMUNDO COSTA
Data...: 22/07/2018 Hora...: 10:53 Permanência...: 4 Dias
Procedimento...: 0409050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Médico...: FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
Unidade Int...: UI CIRURGIA GERAL - SAO JOSE
Leito...: LEITO 2-2 - SAO JOSE
Convênio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Carteira...:
N. Guia...:

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

1. Santa Casa de Misericórdia de Sobral
2. Sistema de Internação Hospitalar do Internamento Externado para o dia 22/07/2018
3. Anamnese de Internação Hospitalar do Paciente

Atendimento...: 5255895 Dt. atendimento: 22/07/2018 - 10:53

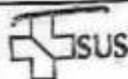
Data de entrada: 22/07/2018 Hora de entrada: 10:53

Paciente...: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

Endereço...: RUA CORONEL DIOGO GOMES Nº...: 870
Bairro...: CENTRO CEP...: 82010-153
Cidade...: SOBRAL UF...: CE

Médico...: FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
Unidade Int...: UI CIRURGIA GERAL - SAO JOSE
Leito...: LEITO 2-2 - SAO JOSE

Procedimento...: 0409050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Observações de internação:



Sistema - Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

330564

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

DATA: 22/06/2018 - 10:53
NOME: FRANCISCO GILBERTO CARLOS BARBOSA
NOME: MARIA DE LOURDES CARLOS BARBOSA
CPF: 04207287160884 SUSFACIL
RESERVA: RUA CORONEL DIOGO GOMES 870
Bairro: CENTRO - SOBRAL

5 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

6 - Nº DO FRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD: 919 041032345

14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD: 89944333896

CEP: 62010150

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Sobral

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2312908

18 - UF

CE

19 - CEP

61620110150

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre de 38°C com
dores

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

anemia e plaqueta elevada

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

febre de origem

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNES

(X) CPF

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0410805105100

32 - Nº DO DOCUMENTO (CURSO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

917759570348

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

THALES ALVARO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/06/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. THALES ALVARO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNME EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. José Roberto Gonçalves da Silva

29 JUN. 2018

CPF: 404.225.423-34
CRM: 6601



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Francisco Guarani Carlos Barbosa

Tratamento para: 3822 - Fratura Da Diafise Da Tibia

— Cirurgia : RED.CIRURGICA DA DIAFISE DA TIBIA C/ FIX .Data: 23.7.18

— Antibioticoterapia: CEFALOTINA

Recomendações:

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

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

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 na Sala de Bessô

Data: 25/07/2018

Dr. Sérgio de Sá Bessô
Médico Residente
Traumatologia e Ortopedia
CRM 16589

Assinatura e Carimbo

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 339025	Sala : 0004	SALA 04	Atendimento : 5255995
Paciente : 4251	FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - SIH		Idade : 36 Anos 5 Dias 11 Horas
Leito : 246	LEITO 2-2 - SAO JOSE		
Dt. Início : 23/07/2018 08:59	DI. Fim : 23/07/2018 10:58		
Cid Pré-Operatório : S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA		
Cid Pós-Operatório : S822	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
- RETIRADA DA FAIXA DE SMARCH
- HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
- SUTURA MINIMA DA PELE
- CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

Dr. Thiago Mont'Alverne L. Parente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12196 - CPF 641.343.973-87

Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 6011

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

Luís Eufrazio Farias Neto / EPP

CNPJ: 07.827.664/0001 - 78

End.: Av. Tupinambá, 661 - Bairro Alto do Cristo - Sobral - CE

CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 99273.7914

PACIENTE:

TIPO DE CIRURGIA:

MATRÍCULA:

CONVÊNIO:

DATA:

PROCEDIMIENTO:

CIRURGIÃO:

[illegible]

		ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS									
PARAFUSO CORTICAL PEQ. FRAGMENTOS 3.5mm	Nº										
	QTDE										
PARAFUSO CORTICAL GR. FRAGMENTOS 4.5mm	Nº	46	34	10	36	30					
	QTDE	01	04	01	01	01					
PARAFUSO ESPONJOSO PEQ. FRAGMENTOS 4.0mm	Nº										
	QTDE										
PARAFUSO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 6.5/16mm	Nº										
	QTDE										
PARAFUSO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 6.5/32mm	Nº										
	QTDE										
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº										
	QTDE										

NÃO PREENCHER

COND. P/PAGTO.:

MD:

TOTAL:

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

17-01A

SURFACE CO. 48100

EVOLVED MEDICINE

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

11. FOR CONTROL
FIELD ALGEBRA

PRESENTO: 15/04/2014

Etd Unidade SH Apl Frequencia Data Horarios
[24/07] . 09

Gto Unidade EN Apl Frequencia Gto. Arar. 25
 1. 664000 ENP EN 06102-100N

1 00.00 20 00.00 22

Stn Unidade	SN Apl	Frequencia	Data Hrs	109
1 AMPLULA	2V	Dokko HORA	124/07	01
			128/07	00

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



PLANO TERAPEUTICO



BANCA CASA DE ARREDOUROS DE SOBRAL		Clinica:	Enf.:	Lotto:	Mat. 06 I	Reg 5 2589 S	Peso:	Altura:
Nome: Joao Quaresma								
Data: 25/06/18								
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
HISTÓRIA CLÍNICA								
EXAME FÍSICO								
EXAMES DE LABORATÓRIO								
MEDICAMENTOS								
OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM								
HORÁRIO								
14:20 de avaliação com alta hospitalar: Acute								
SINAIS VITAIS								
HORA	TEMP.	PA	P	F				
USO O ₂ e AR COMP.								
	LIG.	DESL.	CON					
O ₂								
O ₂								
AR								
AR								
RESPIRADOR								
	LIG.	DESL.						
LIG		DESL.						
LIG		DESL.						
Continuo								
	LIG	DESL	CON					
Monitor								
	LIG	DESL	CON					
Oxímetro								
GLICEMIA								
HORA	VALOR	HORA	VALC					
HORA	VALOR	HORA	VALC					
HORA	VALOR	HORA	VALC					
BOMBAS DE INFUSÃO								
MEDICAÇÃO	LIGADO	DESL						
ECO às								
Raio X às								

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

HDA DO MÉDICO

Fratura distal de fêmur fechada

sem déficit

sem sinais de S.S. Comportamental

CONDUTA:

Internação para observação

DIAGNÓSTICO:

fratura de fêmur

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ 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

010728

Eugenio Alenizaga

MATR.: 4251 NASCIMENTO.: 18/8/1979

NOVE.: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

PAE...: MARIA DE LOURDES CARLOS SÁBIDO

CPF...: 61493414372 CNB: SJGFACIL:

ENDER.: RUA CORONEL DIOGO GOMES DE 1251

RAIFRO: CENTRO - SOBPAI

作者: 王 明

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
P. P. 708
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

DR. HERNANI CAMPOS

FISIOTERAPIA

CREFITO 2233011

Dr. Hernani Campos de Oliveira Junior

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



MULTIMED

DR. EDSON LOPES
ORTOPEDIA
CREMEC 4920

DR. HERNANI CAMPOS
ORTOPEDIA
CREMEC 4920

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA
FISIOTERAPIA
CREFITO 2233011

Ed. Cameron Tower, Sala 904

Av. Mons. Alípio Pinto 300 - D. Expedite - Sobral-CE - CEP: 62.051-356
☎ 9 3811.0624 (TAM) • ☎ 9 9231.5122 (CLARO) • ☎ 9 8103.4346 (NINQ)

Declaro para os devidos fins, que o Sr. Francisco Guaraní 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 06/11/18 até a data presente.

Do 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
fisioterápico.

Sobral, 27 de fevereiro de 2019.

Ilamariis Parente.

Démaris Parente F. Sousa
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 199770-F



Declaração fisioterapêutica

Declaro para os devidos fins, que o Sr. Francisco Guaraní 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 06/11/18 até a data presente.

Do 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
Assinatura

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

VIRE ↑

necessário manter o tratamento
fisioterapico.

Sobral, 27 de fevereiro de 2019.

Ilámaris Parente.

Démaris Parente F. Sousa
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 189770-F

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

18-1

FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1979

CPF: 296.508.941-9

LOCAL DE NASCIMENTO: SOBRAL-CE

DATA DE EMISSÃO: 18/08/1979

DATA DE VALIDADE: 18/08/1979

CPF: 296.508.941-9

LOCAL DE NASCIMENTO: SOBRAL-CE

DATA DE EMISSÃO: 18/08/1979

DATA DE VALIDADE: 18/08/1979

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

18-1

FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1979

CPF: 296.508.941-9

LOCAL DE NASCIMENTO: SOBRAL-CE

DATA DE EMISSÃO: 18/08/1979

DATA DE VALIDADE: 18/08/1979

CPF: 296.508.941-9

LOCAL DE NASCIMENTO: SOBRAL-CE

DATA DE EMISSÃO: 18/08/1979

DATA DE VALIDADE: 18/08/1979

SABEMI SEGURADORA S/A

29 JAN 2019

RECEBIDO

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1979

CPF: 296.508.941-9

LOCAL DE NASCIMENTO: SOBRAL-CE

DATA DE EMISSÃO: 18/08/1979

DATA DE VALIDADE: 18/08/1979

CPF: 296.508.941-9

LOCAL DE NASCIMENTO: SOBRAL-CE

DATA DE EMISSÃO: 18/08/1979

DATA DE VALIDADE: 18/08/1979

Este documento é a comprovação de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido a partir da data de emissão, até a data de validade.

1.238
30374-0

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 30/04/96



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

Digito 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NOME
SOMIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

SOLTEIRO - CASADO - VIÚVA
34014039022 32P CE

CPF
550.455.903-25 22/04/1964

LOCAL
FRANCISCO LATE DE
SOUSA
FRANCISCA ANDRADE DE
SOUSA

PROVINCIA
REC
CATH
AD

Nº REGISTRO
06217610711

DATA
22/05/2013

1º REGISTRO
05/07/2015

VALIA POR 10 ANOS
O TITULO DE IDENTIFICAÇÃO
1277334520

IDENTIFICAÇÃO
A 1

SOMIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA
16/04/2016

04603148940
06153031320

PROVINCIA
REC
CATH
AD

1277334520

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 +++/4+, 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 - OSTEOSÍNTESE 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
AUTORIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

PAULO ROBERTO DE LIMA BEZERRA

DOC. IDENTIFIC. DO PORTADOR
9066091102050 SSP CE

CPF 049.103.673-65 DATA NASCIMENTO 11/07/1990

FILIAÇÃO
RAIMUNDO NORATO
MARIA LUIZ BEZERRA
MARIA DE FÁTIMA DE
LIMA BEZERRA

PLANO DE SAÚDE
NCC
CAT. NCC
A

Nº FICHA 05431184610 VALIDEZ 26/12/2021 1ª EMISSÃO 23/02/2012

SEM OBSERVAÇÃO

Assinatura do Portador

LOCAL SOBRAL, CE DATA EMISSÃO 06/01/2017

Assinatura do Emissor

53162011050
CE157330558

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1409701251

PROIBIDO PLASTIFICAR
1409701251

Outros



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA FRANQUEO GUARANI CARLOS BARBOSA
DATA DO ACIDENTE 25/06/2018 CPF DA VITIMA 634.934.343-74
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR AV. Cel. DIOGO GOMES
Nº 870 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE SOBRAL UF CE CEP 61300-000
E-MAIL _____ (F) FONE (88) 36337571

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTERINHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- (X) BOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DO CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) E/OU DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTERINHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DIMS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 04 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTERINHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTES JURÍDICOS E LEGÍVELS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- (X) NOTAS FISCAIS (ORÇAMENTOS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEÍTUO: O HÉRCIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) E/OU DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (X) CARTERINHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 04 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = R\$ 1.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 10 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT-SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1704

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/08/2018 09:05:19
IDENTIDADE 98031043667
ASSINATURA Paulo Barbosa
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

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 seqüela 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 melado 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 permanente. Sou acompanhado pelo MÉDICO DR. JOSÉ HERNANI C. O. JÚNIOR, médico especializado em ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA, CRM-CE 4920 TEOT - 5088.

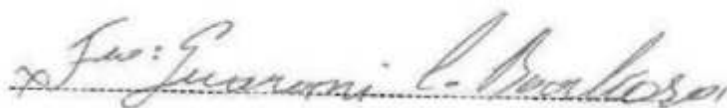
Também faço uso permanente da ajuda de uma bengala para poder me locomover e fiquei com marcha claudicante. Estou de alta definitivo do tratamento ortopédico.

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 medicamento 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 +++/4+, 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 +++/4+, 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 - OSTEOSÍNTESE 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 - OSTEOSÍNTESE 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 INVIABILIZOU 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: RAIOS 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 - OSTEOSÍNTESE 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 vítima / 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 vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

SOBRAL-CE., 25 DE JANEIRO DE 2019.



Assinatura

Obs.: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033465/19

Vítima: FRANCISCO GUARANI CARLOS BARBOSA

CPF: 614.934.143-72

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GUARANI
CARLOS BARBOSA

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

SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 25/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO GUARANI
CARLOS BARBOSA

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

SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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

Data da entrega: 03/04/2019
Nome: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE
CPF: 560.455.903-25

SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: HELANO OLIVEIRA SANTOS
CPF: 961.118.013-68

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

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 25/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO GUARANI
CARLOS BARBOSA

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

SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HELANO OLIVEIRA SANTOS