

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS BIOMÉTRICAS

Proteção Plástica

Polegar Direito



Raimunda Dantas dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003021065743 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/05/2017

NOME
RAIMUNDA DANTAS DOS SANTOS

FILIAÇÃO
JOÃO PEREIRA DOS SANTOS
FRANCISCA LUCINA DANTAS DOS SANTOS

NATURALIDADE
ESTADO DO CEARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO
15/06/1987

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MATIAS TERMO: 21915 FOLHA: 246
LIVRO: A-23 PENTECOSTE - CE
CPF 022.995.823-04

2 VTA

Raimunda O Lima
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 4

LÍBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

24 ABR. 2019





LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

24 ABR. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polícia Diteiro

Jorge Marcelo Maciel Dantas

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007116487 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/05/2008

NOME
JORGE MARCELO MACIEL DANTAS
FILIAÇÃO
ANTÔNIO OTAVIANO DANTAS
LUCIA FERREIRA MACIEL

NATURALIDADE
PENTECOSTE - CE DATA DE NASCIMENTO
16/10/1988

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MATIAS TERMO: 22418 FOLHA: 186
LIVRO: A025 PENTECOSTE - CE

1 VIA *Assimilação de Datas* P.: 32
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
058.664.903-40

Nome
JORGE MARCELO MACIEL DANTAS

Nascimento
16/10/1988

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 ABR. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292363 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: DEFORMIDADE ANGULAR COM ANTERIORIZAÇÃO DA TÍBIA, CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS, LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DO TORNOZELO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO GRAU III, HIPOTROFIA MUSCULAR MODERADA NO QUADRÍCEPS E NA PANTURRILHA.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/07/2019

Conduta mantida: Sim

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292363 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: DEFORMIDADE ANGULAR COM ANTERIORIZAÇÃO DA TÍBIA, CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS, LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DO TORNOZELO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO GRAU III, HIPOTROFIA MUSCULAR MODERADA NO QUADRÍCEPS E NA PANTURRILHA.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/07/2019

Conduta mantida: Sim

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: 3190292363 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO 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:

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 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: 3190292363 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (ANEXO P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 25% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
(P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292363 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO 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:

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 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: 3190292363 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA **Data do acidente:** 15/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (ANEXO P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 25% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
@(P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Atemir Cavalcante Silva, brasileiro (a), estado civil: solteiro
Profissão: Advogado, portador (a) do RG 2018086970-6, órgão expedidor: SSP-CE
e do CPF: 658.169.863-68, residente no (a): PU Assent Belo Monte
nº 1221, bairro: Rua da Fiação, município: Caucaia/CE

OUTORGADO:

Nome: Jose Adenilson Luiz Apudelo, brasileiro (a), estado civil: casado
Profissão: Advogado, portador (a) do RG 34130, órgão expedidor: OAB-CE
e do CPF: 420.119.223-72, residente no (a): Paulo Gomes da Silva
nº 226, bairro: Parque Solista, município: Caucaia/CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do **Beneficiário ou Representante Legal**, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.

Assinatura do outorgante



Local e data, CAUCAIA, 15/02/19

Nome: Raimunda Dantas dos Santos

CPF: 022.995.823-04

x Raimunda Dantas dos Santos

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Jose Marcelo Maciel Dantas

CPF: 058.664.903-40

x Jose Marcelo Maciel Dantas

Assinatura

2ª Nome: Jose Orlando Mota Dantas

CPF: 022.227.493-01

x Jose Orlando Mota Dantas

Assinatura



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3ª TABELIONATO
TABELIÃO: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.507/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 - E-mail: cartorio@cartoriosximenes.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura de
RAIMUNDA DANTAS DOS SANTOS, que assina em à ROGO
por **JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA**. Dou Fé. **Caucaia-CE**, 15 de fevereiro de 2019.

Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

Cartório Francisco Ximenes de Melo



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137572/19

Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

CPF: 658.169.863-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: JOSE ATEMIR
CAVALCANTE SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO : 420.119.223-72

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

JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA : 658.169.863-68

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: 24/04/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137572/19

Número do Sinistro: 3190292363

Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

CPF: 658.169.863-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2019

Titular do CPF: JOSE ATEMIR
CAVALCANTE SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292363

Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292363

Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

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: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000043619-3

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, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292363

Vítima: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

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



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

Nº Sinistro: 3190292363
JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

Data do Acidente: 15/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190292363**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14514292



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	658.169.863 68	José Ademir Cavalcante Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
José Ademir Cavalcante Silva	658.169.863 68	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	PR Asent. Belo Monte	1221
Bairro:	Cidade:	Estado:
Boca da Picada	Caucaia	CE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
		85 98241586

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 3281	CONTA: 43619 3	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
resal da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Caucaia
Nome: Raimunda Nantas dos Santos
CPF: 022.995.823 - 04
Raimunda Nantas dos Santos
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Jorge Marcelo Maciel Santos
CPF: _____
Jorge Marcelo Maciel Santos
Assinatura

2ª | Nome: José Romaldo Mota Santos
CPF: _____
José Romaldo Mota Santos
Assinatura

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

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

**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: 3190292363
Nome do(a) Examinado(a): Jose Atemir Cavalcante Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Assent Belo Monte, 1221
Boca da Picada Caucaia CE CEP: 61603-070
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20180869706
Data local do acidente: [15/01/2019]
Data local do exame: [02/07/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA

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

Tratamento: REALIZADA REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA. FEZ FISIOTERAPIA..

Complicações: SEM

Data da Alta: 17/05/2019

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

DEFORMIDADE ANGULAR COM ANTERIORIZAÇÃO DA TÍBIA, CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS, LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DO TORNOZELO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO GRAU III, HIPOTROFIA MUSCULAR MODERADA NO QUADRÍCEPS E NA PANTURRILHA.

- 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:

SEQUELA FUNCIONAL LEVE DO MIE

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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 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

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



Impresso nº 2019111335

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 1451 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/02/2019 10:17:15**
Data / Hora da Ocorrência: **15/01/2019 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ASSENTAMENTO BELO MONTE**
Complemento:
Bairro: **BOM PRINCIPIO** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **POR TRAZ DO BOM PRINCIPIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ ATEMIR CAVALCANTE SILVA**
Nascimento: **20/05/1972** CPF: **658.169.863-68**
RG: **20180869706** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **ANTÔNIA VANZITA CAVALCANTE SILVA**
JOSÉ EDIMAR SILVA
Endereço: **RUA PV ASSENTAMENTO BELO MONTE**
Bairro: **SITIOS NOVOS**
Município: **UMARI/CE**
País: **BRASIL**

Telefone:



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMP8847** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KC1680FR566952 Renavam: **1041211209** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAIMUNDA DANTAS DOS SANTOS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Diz o declarante que no dia e hora acima mencionado, pilotava sua moto acima descrita, quando derrapou na lama e caiu ao solo; que na queda o declarante quebrou o perna esquerda em duas partes; Que o declarante foi conduzido ao hospital municipal de Caucaia onde recebeu tratamento médico por meios próprios. Que diz o declarante não ser habilitado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLEIDSOM PEREIRA FERNANDES - MAT.: 30119819



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

Impresso nº 2019111335



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 1451 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/02/2019 10:17:15**
Data / Hora da Ocorrência: **15/01/2019 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ASSENTAMENTO BELO MONTE**
Complemento:
Bairro: **BOM PRINCIPIO** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **POR TRAZ DO BOM PRINCIPIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ ATEMIR CAVALCANTE SILVA**
Nascimento: **20/05/1972** CPF: **658.169.863-68**
RG: **20180869706** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **ANTÔNIA VANZITA CAVALCANTE SILVA**
JOSÉ EDIMAR SILVA
Endereço: **RUA PV ASSENTAMENTO BELO MONTE**
Bairro: **SITIOS NOVOS**
Município: **UMARI/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMP8847** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KC1680FR566952 Renavam: **1041211209** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **RAIMUNDA DANTAS DOS SANTOS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Diz o declarante que no dia e hora acima mencionado, pilotava sua moto acima descrita, quando derrapou na lama e caiu ao solo; que na queda o declarante quebrou o perna esquerda em duas partes; Que o declarante foi conduzido ao hospital municipal de Caucaia onde recebeu tratamento médico por meios próprios. Que diz o declarante não ser habilitado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

CLEIDSOM PEREIRA FERNANDES - MAT.: 30119819

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000043619-3

Nr. da Autenticação AC1BD6740299F71E



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 559890777

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Rota 20 022000 08 044200 * Medidor Poste
Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO 2577879 0000 0
Endereço Postal

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
9681143 DV **9**

End. da Unidade Consumidora RU PAULO GOMES DA SILVA 00226 PQ. SOLEDADE CAUCAIA
61603070

RG / CPF / CNPJ 420.119.223-72 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

VENCIMENTO

05/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

57,92

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 2912 2845 1 67 0 67

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação Prev. Próxima
Leitura

29/01/2019 26/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1A68.3C08.D46B.C717.BE70.3D04.96A9.C416

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
48,57 27% 13,11

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

9,35

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

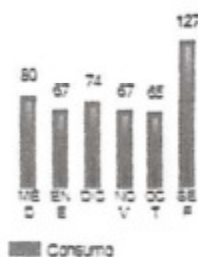
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 16,04

Conjunto

Mês NOV/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 9681143-9 Nº da Nota Fiscal: 559890777 Total a Pagar (R\$): 57,92
Data de Emissão: 05/02/2019 Referência: JAN/2019 Nº de Controle: 0009681143 00005 4307 2 60

83800000000-9 57920031000-0 00096811430-0 00054307285-1



UNIA CORRETORA DE SEC. LTDA.
24 ABR. 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Adenilson Luiz Aquino

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Almir Cavalcante Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 658.169.863 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Almir Cavalcante Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 658.169.863 / 68, 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 Paulo Gomes da Silva</u>	Número: <u>326</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque Solistade</u>	Cidade: <u>Caucaia</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61603-070</u>	Tel (DDD): <u>(85) 987241586</u>

Local e Data: _____

Caucaia 04/03/2019

Assinatura do Declarante

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
24 ABR. 2019
HRS: _____

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, RAIMONDA DANTAS DOS SANTOS

RG nº 2003021065743, data de expedição 18 / 05 / 2017

Órgão SSP. CE, portador do CPF nº 022.995.823.04

com domicílio na cidade de CAUCAIA, no Estado de

CEARA

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

PV. ASSENT. BELO MONTE, nº 1221

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

JOSE ALEMIR CAVALCANTE SILVA, cujo o condutor era

JOSE ALEMIR CAVALCANTE SILVA

Veículo: Motociclo Modelo: HONDA / CG 150 Ano: 2015

Placa: PM P8847 Chassi: 9C2KC1686FR566952

Data do Acidente: 15/02/2019

Local e Data:

CAUCAIA, 15/02/19

Raimunda Dantas dos Santos

Assinatura do Declarante

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



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.897/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7591 - E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Válido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a assinatura
Indicada de RAIMONDA DANTAS DOS SANTOS. Dou Fé.
Caucaia-CE, 15 de fevereiro de 2019.

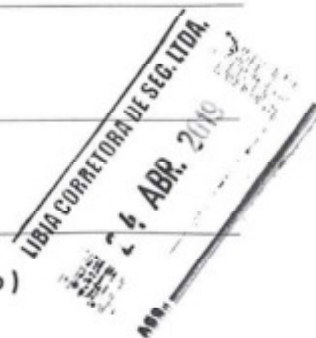
Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

Cartório Ximenes do Mello
3º Tabelionato



Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/portal





FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 15/10/11		HORÁRIO: 09:47		PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()	
PACIENTE: Jan Ademar Carvalho					
NOME DA MÃE:					
DATA DE NASCIMENTO: 1/1		CARTÃO DO SUS: -		ÍNDIO: () SIM () NÃO	
IDADE: 18	SEXO: M () F ()	RG: -		TELEFONE: //	
ENDEREÇO: Rua Santa Luzia					
BAIRRO: Bom Princípio	CIDADE: Curitiba	ESTADO: PR	FUNCIONÁRIO: [assinatura]		

ACOLHIMENTO

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

CLÍNICO() CIRURGIÃO() TRAUMATOLOGISTA() PEDIATRIA()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR		DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL		
HORA:		PA:		TEMP:		SpO2:		F.C:		GLICEMIA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO() LARANJA() AMARELO() VERDE() AZUL()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:
-------	-------------------

- CONT. PENAL @ HOJE
- DOM, EXENÇÃO E DEF
- PERÍODOS DE EXPOSIÇÃO
- O ACESSO

DIAGNÓSTICO INICIAL: FX EXP T13 © 0302/027

CONDUTA: INTERVISTA

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS: () _____ () _____ () _____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Francisco Jacinto Danbar von Santor

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR-A.I.H.**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
2 - C.NES: **00000000**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA**
4 - C.NES: **00000000**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **JOSE ADEMIR CARVALHO SILVA**
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **32567**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **000572**
8 - DATA DE NASCIMENTO: **03.03.70**
9 - SEXO: **M**
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **ANTONIA VANESSA CARVALHO SILVA**
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **CAUCAIA, BOM JARDIM, SANTA LUZIA**
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **CAUCAIA, BOM JARDIM, SANTA LUZIA**
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **CAUCAIA**
14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO: **61606006**
15 - UF: **CE**
16 - CEP: **61606006**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **DOENÇA CRÔNICA DE FIMOSMO EXPOSTO DE OSO DA PENNA ESQUERDA**
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **NECESSIDADE DE CIRURGIA**
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **DIAGNÓSTICO EXAME FÍSICO E RADIOLÓGICO**
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **IMUNO EXPOSTA PENNA**
21 - CID 10 PRINCIPAL: **56.10**
22 - CID 10 SECUNDÁRIO: **56.10**
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **56.10**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **DEBILITADO E CIRCUNSCITO**
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **00000000**
26 - CLÍNICA: **00000000**
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **00000000**
28 - DOCUMENTO: **00000000**
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **00000000**
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA**
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **15/01/2019**
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO: **DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
36 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO
37 - Nº DO BILHETE: **00000000**
38 - SÉRIE: **00000000**
39 - CNPJ EMPRESA: **00000000**
40 - CNPJ EMPRESA: **00000000**
41 - CBO: **00000000**
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **00000000**
43 - () EMPREGADOR
44 - () AUTÔNOMO
45 - () DESEMPREGADO
46 - () APOSENTADO
47 - () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA**
49 - Nº DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **00000000**
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **00000000**
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **15/01/2019**
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA**



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 32967

NOME: José ADEMIR CAVALCANTE SILVA					
DATA DE NASCIMENTO: 20.05.72	IDADE: 46	COR:	SEXO: M	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: Umarizal
Nº IDENTIDADE: 2018086970-6		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: José Edimar Silva, Antonio Vanzita Cavalcante Silva					
ENDERECO DO PACIENTE: Assentamento Belo Monte					
BAIRRO: Santa Luzia	MUNICIPIO: Caucaia			FONE: 96813270	
NOME DO RESPONSÁVEL: Raimunda Dantas dos Santos				FONE:	
ENDERECO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: 15.01.19		HORA DE EMISSÃO: 13:50 h		FUNCIONÁRIO: Rta	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: CAV. PENHA ©					
EXAME FÍSICO: DM, EXT. E DEF					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: FX EXP. PENHA ©					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
ASSINATURA					

LIBRA CORRETORA DE SEC. ITOA
24 ABR. 2019

Dr. Leandro Rêgo
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12124

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <i>José Atermi Cordeiro Alves</i>			Nº Reg.	
Data da Cirurgia <i>15/10/19</i>		Enf.		Leito
Cirurgião <i>Dr. Marcos Aureli</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Rafael Cordeiro</i>		
2º Auxiliar		3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesista <i>Dr. André</i>		Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta de fêmur do osso da perna</i>				
Tipo de Operação <i>Tratamento cirúrgico de fratura exposta de osso da perna</i>				
Diagnóstico Pós-Operatório <i>sem</i>				
Relatório Imediato do Patologista				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente durante a Operação				
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO				
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura				
Material Empregado - Aspecto - Visceras				
① Paciente em decúbito dorsal sobre a mesa ② Anestesia + antiespasmódico + aspiração de sangue ③ Desbridamento de todos os tecidos desestabilizados + lavagem extensiva com SF90% de fratura exposta de osso da perna ④ Fixação de fêmur com fixador externo porção ⑤ Sutura da pele ⑥ Curativo ⑦ em JRA				

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.570/RQE-1560/TEOT: 16.316

LÍDIA CORREIORA DE S.G. LTDA
24 ABR. 2019



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DA SAÚDE



2

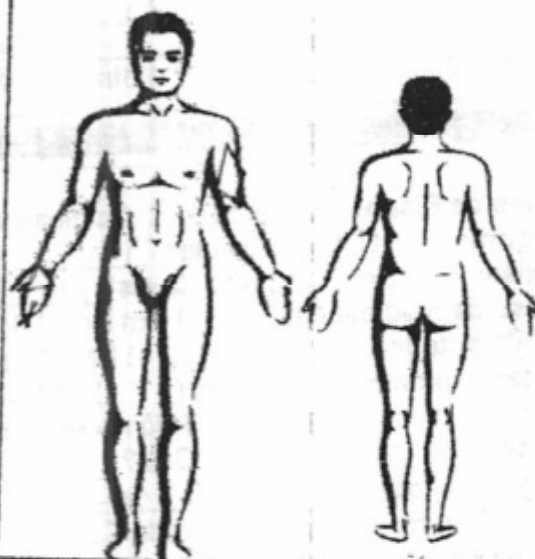
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA

SOLUÇÕES
ANTISSÉPTICAS

- () P.V.P.I- TÓPICOS
() P.V.P.I-
DEGERMANTE
() P.V.P.I- ALCOÓLICO
(X) CLOREXIDINE
DEGERMANTE
(X) CLOREXIDINE
ALCOÓLICA
() ÁLCOOL IODADO
() ÁLCOOL
() ÉTER
() OUTROS

LOCALIZAÇÃO:

- ELETRODOS
-- INCISÃO CIRÚRGICA
■ DRENOS
= PLACA DE BISTURI
▲ PUNÇÃO VENOSA
◆ TENSÍMETRO
* OXÍMETRO



1º CIRURGIÃO

Dr. Marcos Junior

2º CIRURGIÃO

Dr. Rafael

ANESTESISTA

Dr. Carlos

INSTRUMENTADORA

Janaina

CIRCULANTE

Paula

ENFERMEIRA

Manuela

COMPRESSAS

GAZES

OFERECIDAS

70
200

RECOLHIDAS

70
200

A CONTAGEM DE COMPRESSAS, INSTRUMENTOS E AGULHAS ESTÁ CORRETA? () Sim () Não.
PACIENTE ENCAMINHADO PARA: SRPA () SR () ENFERMARIA () UTI ()
COM:

- () Sonda nasogástrica () Tubo endotraqueal () Cateter venoso periférico
() Sonda vesical () Cateter venoso central () Curativo
() Traqueostomia () Dreno () Tala
() Outros, _____

ENTRADA NA SRPA: 15/01/19 HORA: 12:00 h

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () ACORDADO () SONOLENTO () INCONSCIENTE

SINAIS VITAIS: () NORMAIS () ALTERADOS

DRENOS: () AUSENTE () FUNCIONANTE () NÃO FUNCIONANTE

SONDAS: () AUSENTE () FUNCIONANTE () NÃO FUNCIONANTE

INCISÃO CIRÚRGICA: () SEM SANGRAMENTO () SANGRANTE

ACESSO VENOSO: () PÉRVIO () NÃO PÉRVIO

DIURESE: () ANÚRIA () OLIGÚRIA () NORMAL () POLIÚRIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

ALTA DA RECUPERAÇÃO 15/01/19 ESCALA DE ALDRETE: 10

HORA: 15:30 ENCAMINHADO: para o SRPA

Dr. André Pinho Sampaio
Médico Anestesiologista
CRM 11.173

Ass. do Anestesta.



ANAMNESE DE ENFERMAGEM E CIRURGIA SEGURA

Paciente: José Azeiteiro Azeiteiro S. Data: 15/01/19 Idade: 46
Sexo: M Prontuário: _____ Leito: _____ Grupo de sangue e Fator RH: _____
Autorização para Cirurgia: (☒) Sim (☐) Não Autorização para amputação: (☐) Sim (☐) Não

Fatores de Risco: Hipertensão (☐) Cardiopatias (☐) Diabetes (☐) Doenças Resp. (☐) Insuf. Renal (☐)
Tabagismo (☐) Outras (☐) Quais? De maquiagem
Alergias: (☐) Sim (☒) Não. Quais? acompanha
Faz uso de medicações? (☐) Sim (☒) Não. Quais? acompanha
Cirurgia anterior: (☐) Sim (☒) Não. Qual? acompanha
Anestesia anterior: (☐) Sim (☒) Não. Tipo? _____
Jejum: (☐) Sim (☒) Não (☐) Não necessário.
Próteses: (☐) Sim (☒) Não, Qual? _____ Higienizado: (☐) Sim (☒) Não
Cirurgia proposta: Ex. aberta - HIF Retirada (☐) Sim (☐) Não
Cirurgia Traumatológica: Verificado Caixa: (☐) Sim (☐) Não. Implante: (☐) Sim (☐) Não.
Local da cirurgia: (☐) MSD (☐) MSE (☐) MID (☐) MIE
Sinais vitais: T= 36,1 °C Pulso: 90 bpm Respiração: _____ rpm PA: 140 x 78 mmHg
Peso: _____ Kg Altura: _____ cm
Registro de admissão: _____

Natália Maria de Castro Brasil

Téc. Enfermagem

Ass: do profissional - Coren

Posição do paciente: (☒) Dorsal (☐) Ventral (☐) Lateral (☐) Ginecológica (☐) Fowler (☐)
Outra (☐) _____ Cirurgia Realizada: Ex. aberta - HIF PA: _____ mmHg
Oxímetro de pulso instalado e funcionando: (☒) Sim (☐) Não. Saturação: _____
Tipo de Anestésico: loque Tempo Cirúrgico: Início: _____ Término: _____
Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração: (☐) Sim (☒) Sim e há equipamento disponível (☐) Não
Há risco de perda sanguínea > 500 ml. (7 ml/kg em crianças)? (☐) Não (☒) Sim e há acesso venoso
e planejamento para reposição.
Revisão do cirurgião: Há risco na cirurgia? (☒) Sim (☐) Não.
Revisão do anestesiologista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? (☒) Sim (☐) Não.
Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? (☒) Sim (☐) Não.
Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? (☒) Sim (☐) Não.
O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? (☐) Sim (☐) Não.
Exames de imagem estão disponíveis? (☐) Sim (☐) Não.

Medicações utilizadas:

Kefzol 2g, Pipirone, propolis, Bicarbonato
epital, diclofenaco, Midazolam
Peça cirúrgica/ corpo estranho: _____ Destino: _____
Exames durante o trans-operatório: (☐) RX (☐) ECG (☐) Laboratório (☐)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

S. intermitente



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA
GASTO DE SALA CIRÚRGICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE
Caucaia
NOSSO COMPROMISSO É COM VOCÊ

PACIENTE: Dr. Helder Cavalcante Silva CONVÊNIO Sus APT°
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA Ost. Exposta HEG TIPO DE ANESTESIA
EQUIPE MÉDICA Dr. Marcos Aurelio PRONTUÁRIO
Dr. Rafael SETOR EMITENTE

QTD	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTD	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTD	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO
	ACIFLEX	00826		PROLENE CARDIOVASCUL.	00822		ADRENALINA	00720
	ÁGUA OXIGENADA	00883		PROPEL DESCARTÁVEL	00897		ÁGUA DESTILADA 10ML	00721
	AGULHA DE CAPULE	00767		SEDA ISENCAP	00829		ÁGUA DESTILADA 1000 ML	00722
	AGULHA DE INSULINA	00792		SEDA OFTÁLMICA	00828		ATROPINA	00723
	AGULHA DESC. 25x7	00784		SERINGA DE 01ML	00850		BICARB. DE SÓDIO	00724
	AGULHA DESC. 40x12	00784		SERINGA DE 03 ML	00848		DIMORF. 10MG	00725
	ALCOOL	00870		SERINGA DE 05 ML	00849		DIPRIVAN	00726
	ALCOOL IODADO	00890		SERINGA DE 10ML	00846		DOBUTREX	00727
	ALGODÃO HIDROFILO	00884		SERINGA DE 20 ML	00847		DOLANTINA	00728
	ALGODÃO ORTOPÉDICO	00886		SOAPEX (ML)	00886		DORMONID 15 MG	00729
	ARRIOFLA P/ MONITOR	00889		SONDA ENDOTRAQUEAL	00883		ERGOTRATE	00730
	ATAD CREPON 10 CM	00773		SONDA TRAQUEAL	00888		EFORTIL	00731
	ATAD CREPON 20 CM	00771		SONDA GÁSTRICA	00854		ETRANE	00732
	ATAD CREPON 30 CM	00769		SONDA FOLEY 2 VIAS	00881		FENTANIL	00733
	ATAD GESSO 10 CM	00775		SONDA DE FOLEY 3 VIAS	00882		FLUOTHANE	00734
	ATAD GESSO 15 CM	00776		SUTUPAK AGULHADO	00881		FORANE	00735
	ATAD GESSO 20 CM	00777		SUTUPAK S/ AGULHA	00883		HALOTHANO	01321
	BUTTERFLY (SCALP)	00844		TAMPÃO	00907		INOVAL	00490
	CAL SODADA	00871		TORNEIRA 3 VIAS	00905		IRUXOL	00470
	CATE TER SUBCLAVIA	00788		ULTRA-GEL	00893		KEFLIN 1 GR	00471
	CATETER INTRAVENOSO	00855		VICRIL	00819		KETALAR	00472
	CAT GUT SIMPLES	00810		VICRIL OFTÁLMICO	00820		LANEXAT	01697
	CAT GUT CROMADO	00811		FILTRO CARDIOPLÉGIA	01633		MARCAINA 0,5% C/AD	01698
	CAT GUT CROM LAÇADO	00812		FILTRO LINHA ARTERIAL	01585		MARCAINA 0,5% S/AD	01699
	CAT GUT CROM OFTALM	00813		RESERV. CARDIOPLÉGIA	01830		MARCAINA PESADA	01700
	CERRA DE OSSO	00833		RESERV. CARDIOTOMIA	00824		MARCAN	01701
	CIDEX (ML)	00314		HEMOCONCENTRADOR	01835		ORASTINA	01702
	CONJ. URINA 8 FECHADO	00760		OXIGENADOR MEMBRANA	00925		PAVULON	01703
	CONJ. URINA UROFIX	00794		OXIGENADOR DE BOLHAS	01667		PROSTIGMINE	01704
	CONJONCTIVAS	00874		CONJ. AUTO TRANSFUSÃO	00951		PROTAMINA	01705
	COMPRESSA CIRÚRGICA	00878		SIST. DREN. MEDIASTINAL	01114		QUELUCIM 100MG	01706
	CONJONCTIVAS	00873		KIT CÂNULAS	00923		ROCEFIM 1GR	01707
	CONJ. PENROSE	00802		CONJ. TUBOS PARA CEC	01684		RINGER LOCIATO	01708
	CONJ. DE SUÇÃO	00800		TUBOS P/ TCA	00794		SORO FISIOLÓGICO 0,9%	01709
	EQUIPO SIMPLES	00806		CACHIMBO	00937		SORO GLICOSADO 0,5%	01710
	ESPARADRAPO	00860		MERCÚRIO PARA TCA	01401		SORO GLUCOFISOL 9%	01711
	ETERN (ML)	00824		XILOCAÍNA 2% C/ AC	00749		SOL. SALINA 888	01712
	ETERN (ML)	00881		XILOCAÍNA 2% S/ AC	00751			
	FIO DE MARCAPASSO	00825		XILOCAÍNA GELEIA	00748			
	FITA CARDÍACA	00823		XILOCAÍNA PESADA	00750			
	FORMOL (ML)	00882						
	GASE SECA	00888						
	GASE ALCOCHOADA	00888						
	GASE FLUACINADA	00885						
	GELFOAN	00433						
	GORRO DESCARTÁVEL	01530						
	LÂMINA DE BISTURI	00842						
	LIGA UMBILICAL	00884						
	LIG CLIP (CART)	01822						
	LUVA DESCARTÁVEL ESTER	00843		OUTROS				
	MALHA TUBULAR (CM)	00774		ASPIRADOR ULTRASSÔNICO				
	MASC. DESCARTÁVEL	00916		MONITOR PRESSÃO INTRAGRANENNA				
	MICROPORE (CM)	00893		BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR				
	MONONYLON 3-0	00815		TREPANO				
	MONONYLON OFTALM	00816		MARCA PASSO EXTERNO				
	MONONYLON VICROCIR	00817		MONITOR DE DÉBITO CARDÍACO				
	POLDIVINE	00898		CAPINOGRAFO				
	PROLENE 0	00821		ASPIRADOR				
	THINEMBTAL 500MG	00707		SERRA ELÉTRICA				
	TRACIUM	00702		DEFIBRADOR / CARDIOVISOR				
	TUBETE	00908		BOMBA DE INFUSÃO				
	VALIUM 10 MG	00723		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO				
	VAGI SULFA	00722		COLCHÃO TÉRMICO				
	VASELINA	00726		DIÓXIDO DE CARBONO				
				BISTURI ELÉTRICO				
				MONITORIZAÇÃO				
				INTENSIFICADOR DE IMAGEM				
				PROTOXIDO DE AZETO				
				TAXA DE SALA				
				OXIGÊNIO				
				AR COMPRIMIDO				
				OXÍMETRO DE PULSO				
				BALÃO AORTICO				

UNIA CONSULTORIA E SERVIDOR LTDA
24 ABR 2010

CIRURGIÃO:

ANESTESISTA:



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: JOSE ATEMIR CAVALCANTE SILVA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **15/01/2019**. **SOFREU FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA**. PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO). NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM **DOR RESIDUAL E EDEMA (PRINCIPALMENTE QUANDO MEMBRO PERMANECE EM POSIÇÃO BAIXA)** DA PERNA ESQUERDA. APRESENTA, AINDA, IMPORTANTE REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO, DÉFICIT E FORÇA E DIFICULDADE DE MARCHA COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 70% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

DATA: 18/05/19

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

 Polegar Direito



Não Assina

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2018086970 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/04/2018

NOME
JOSÉ ATENIR CAVALCANTE SILVA

FILIAÇÃO
JOSÉ EDIMAR SILVA
ANTÔNIA VANZITA CAVALCANTE SILVA

NATURALIDADE
UMARI - CE

DATA DE NASCIMENTO
20/05/1972

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: AMANARI TERMO: 5402 FOLHA: 71 LIVRO: A-01 MARANGUAPE - CE
CPF: 658.169.863-68

RG: ANT: 332558998

P.: 4

1 VTA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

24 ABR. 2019

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 13194686

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.951/94)





ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÃO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

34130

NOME
JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

FILIAÇÃO
FRANCISCO OTAVIANO DE AZEVEDO
MARIA LUZANIRA LUZ DE AZEVEDO

NACIONALIDADE
PENTECOSTE-CE

DATA DE NASCIMENTO
23/12/1975

CPF
420.119.223-72

00002287191 - SSP
USADOR DE ORÇÃO E TÍTULOS

NÃO

02 07/07/2018

MARCELO MOTA GUINDEL DO AMARAL
PRESIDENTE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 ABR. 2019

LIBIA CORRECTORA DE SEC. LTDA.
24 ABR. 2019

DETTRAN - CE /
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014413867820

VIA		CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT	01	1041211209	0000000000	2018

NOME	CE
RAIMUNDA DANTAS DOS SANTOS	CAUCAIA

CPF / CNPJ	PLACA
02299582304	PMP8847/CE
PLACA ANT / UF	CHASSI
/CE	9C2KC1680FR566952

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.		ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
2F/OCV/149CC		CAP / POT / CIL		GASOL/ALCO	
2F/OCV/149CC		MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
2F/OCV/149CC		HONDA/CG150 FAN		2015 2015	
2F/OCV/149CC		ESDI		COR PREDOMINANTE	
2F/OCV/149CC		CATEGORIA		VERMELHA	
2F/OCV/149CC		PARTIC		VERMELHA	

I	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA		VENC. / COTAS	
P	*****	*****	****	****	1° *	
V	PARCELAMENTO		PARCELAMENTO / COTAS		2° *	
A	*****	*****	*****	*****	3° *	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	185.50	03/09/2018

OBSERVAÇÕES*****

CAUCAIA	LOCAL	DATA
14/09/2011		

Pablo Roca Ximenes Ponte
Smo. Of. de la Presidencia del Poder Judicial
DET-RAN-CE

DETTRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014413B67B20

02299582304
PMF8847/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014413867820 48412428470

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 14/09/2018

VIA	OFF / ONRJ	PLACA
01	02299582304	FMP8847

1041211209	RENAVAM	MARCA / MODELO	HONDA/CG150 FAN ESDI
------------	---------	----------------	----------------------

AND FAB	CAT. TYPE	N° CHASSI
2015	PART	9C2KCL680FR566952

PRÊMIO TARIFÁRIO		
RIS (R\$)	DEJATIAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81.29	9.03	90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELA LOTERIA (R\$)
4.15	0.70	185.50

☒ COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE CUIAÇÃO 03/09/2018
☐ PARCELADO		

SEGURO LÍDER - DPVAT

207794

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR# KC16EBF566952 0334

[illegible]