



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150368203

DOCUMENTO 6 *T6%*



QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04 CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Data do Acidente: 09/05/2014
Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Documentação médico-hospitalar	Entregue		SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$ 150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$ 1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 13/04/2015 Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA CPF: 576.156.758-04	Data: 27/04/2015 11:44 Nome: Ingrid Fernanda Moreira CPF: 132.690.947-95
FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA	Ingrid Fernanda Moreira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder
Consórcios de Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150368203

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04 CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Data do Acidente: 09/05/2014
Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Documentação médico-hospitalar	Não Conforme	Faltando página	SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$ 150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$ 1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/10/2014
Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 27/04/2015 11:42
Nome: Ingrid Fernanda Moreira
CPF: 132.690.947-95

Ingrid Fernanda Moreira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder
Consórcios de Seguros DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150368203

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Data do Acidente: 09/05/2014
CPF de: Próprio
Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Comprovantes de despesas médicas	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Não Conforme	Faltando página	SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$ 150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$ 1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 19/08/2014
Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 27/04/2015 11:40
Nome: Ingrid Fernanda Moreira
CPF: 132.690.947-95

Ingrid Fernanda Moreira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Número do Sinistro: 2014744408

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04 CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Data do
Acidente: 09/05/2014

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovantes de despesas médicas	Entregue		
Documentação médico-hospitalar	Não Conforme	Faltando página	SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246
Documentos de identificação	Entregue		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 19/08/2014
Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 576.156.758-04

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 04/09/2014 16:01
Nome: Ingrid Fernanda Moreira
CPF: 132.690.947-95

Ingrid Fernanda Moreira



PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-701595/2014

Aviso: CORREIOS

Natureza: DAMS

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE
OLIVEIRA

Data de Nascimento: 11/51

Seguradora: COMPREV SEGUROS E
PREVIDÊNCIA S/A

Dependência: 801

Data do Sinistro: 9/5/14

CPF da Vítima: 576.156.758-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE
OLIVEIRA

DOCUMENTOS SINISTRO

Nenhum documento de sinistro entregue.

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome:

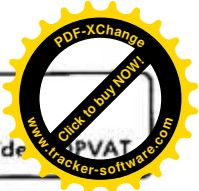
Telefone:

Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 27/08/2014





INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

Seguradora Líder
DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima **FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente **09/05/2014** CPF: **576.156.758-04**

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome **FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA**

☒ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____

Endereço **TRAVESSA JOAQUIM COSTA**

No. **79** Complemento **1ª ANDAR** Bairro **CENTRO**

Cidade **CAJAZEIRAS** UF **PARAIBA**

CEP **58900-000**

Telefone **(083) 9660 4411**

Email _____

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DESPESAS MÉDICAS

Atenção! Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☒ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data **18/08/2014**

Nome **FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA**

Identidade **5.909.562**

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data **19/08/2014** ☒ Recebi os documentos assinalados

Nome **IRENE LUIZ DOS SANTOS**

Matrícula Correios **8.472.991-8**

Assinatura do Atendente

SEGURO DPVAT - SEGURO DE TRANSPORTES - 25-08-2014 18:15



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Rio de Janeiro, 24 de outubro de 2014.

CTA Nº.: 996/2014

61

Ilmo. Sr.

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

TRAVESSA JOAQUIM COSTA, 79 - 1º ANDAR

CENTRO - CAJAZEIRAS - PB

CEP.:58900-000

Ref.: DPVAT – Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
DAMS – SINISTRO.: 2014744408

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que para darmos prosseguimento à regulação desse sinistro será necessário o envio da documentação abaixo:

- Discriminativo especificando valores e quantidades de cada procedimento realizado (DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246) ✓
- ✕ • Laudos referente as solicitações de exames realizados (LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$150,00)) ✓
- Requisição Médica (Receituário) (SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014),)

Ficamos à sua inteira disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

Daniela Fidelis
DPVAT

s.q.c



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2014

Carta nº: 5023195

A/C: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA --

Sinistro: 2014744408 ✓
Vitima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA ✓
Data Acidente: 09/05/2014 ✓
Natureza: DAMS
Procurador:

Handwritten signature

Handwritten mark

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 19/08/2014 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 09/05/2014. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

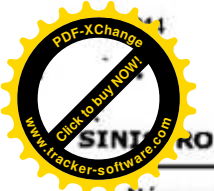
NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Número do Sinistro: 2014744408

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Data do
Acidente: 09/05/2014CPF: 576.156.758-04 CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Documentação médico-hospitalar	Não Conforme	Faltando página	SOLICITAÇÃO MEDICA REFERENTE AOS RECIBOS DA TC DO CRANIO (18/07/2014, 12/05/2014, 12/05/2014, 09/05/2014), TOMOGRAFIA DA FACE (15/05/2014), SOLICITAÇÃO, DISCRIMINATIVO E LAUDO DOS EXAMES LABORATORIAIS (R\$150,00), DISCRIMINATIVO REFERENTE AO RECIBO DE R\$1800,00, DISCRIMINATIVO REFERENTE A NF 1246

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

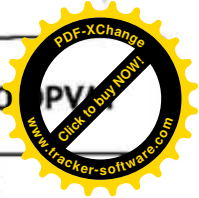
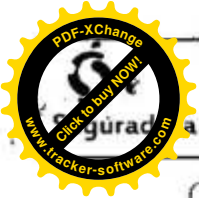
Data: 10/10/2014
Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
CPF:

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/10/2014 11:28
Nome: CIELLY FARIA DE ARAUJO
CPF: 089.063.687-71

CIELLY FARIA DE ARAUJO



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO

Seguradora Líder - DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOC 1

T1%



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 5.909.562 EXPEDIDO POR SSP EM 21/06/1971

CPF 576156758-04 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO 001 AGÊNCIA 99-X (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 22.228-3

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CAJAZEIRAS DATA 18/08/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Francisco Vieira de Oliveira

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

RECEBIDA LÍDER DPVAT - 25-08-2014 16:15 653991



01/07/2014 - BANCO DO BRASIL S.A.
0009971962 - AUTO-ATENDIMENTO - 07.48.29

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0099-X CONTA: 22.228-3
CLIENTE: FRANCISCO OLIVEIRA *

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----------	--------	-------

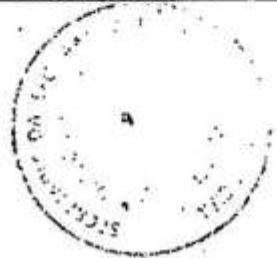


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 496 - 681 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: 01/07/2014 13:48:10
Data / Hora da Ocorrência : 09/05/2014 09:50:00
Endereço da Ocorrência:



COITÉ MAURITI/CE

Ponto de Referência: **LOCAL DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA**
Nascimento : 08/01/1951
RG: 5909562 Órgão Emissor: SSPDS UF: SP - CPF: 57615675804
Filiação: **ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA**
FRANCISCA VIEIRA DA SILVA
Endereço: **TV JOAQUIM COSTA 79 1º ANDAR**
CENTRO
CAJAZEIRAS PB BRASIL Telefone: 83-96604411

Histórico

Afirma a noticiante/vítima acima qualificada, advertida das penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB, que na data, local e hora supra, estava passando por traz do caminhão VW/17.180 EURO3 WORKER, PLACA CUF-4697/SP de sua propriedade, quando o caminhão, que estava parado, começou a descer e bateu na vítima, derrubando-o numa sísterna; que um pessoal que estava trabalhando na transposição, foi quem socorreu a vítima, levando-o ao Hospital Municipal e Maternidade São José, deste município de Mauriti-CE, de onde a vítima foi transferido para o Hospital de Barbalha-CE; que em virtude do acidente a vítima apresentou o diagnóstico de TCE e perda da consciência; E, nada mais tendo a constar, deu-se por encerrado o presente termo, que vai devidamente assinado.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MANOEL BELEM-NETO - MAT.: 198486-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco Vieira de Oliveira*

VISTO DO DELEGADO(A):

BRUNO TADEU BARBOSA VERAS - MAT.: 405209-1-0

SERVIÇO REGISTRAL NOBRE COELHO
Verônica Dantas Macambira Coelho - OFICIAL / Christiane Morais de Souza - ESCRIVENTE
R. Maria Carmelita de Alencar - 41 - Centro - CEP: 52954-000 - Cajazeiras - PB - E-mail: cmcoelho@nobrecoelho.com.br - Tel: (32) 3331-1334

AUTENTICAÇÃO
Autentico a(s) presente(s) cópia(s), reprodução fiel do(s) original(is).
Dou fé.
Cajazeiras - PB 16 AGO. 2014

Belem
OFICIAL / ESCRIVENTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 496 - 681 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 01/07/2014 13:48:10
Data / Hora da Ocorrência : 09/05/2014 09:50:00
Endereço da Ocorrência:

COITÉ MAURITI/CE
Ponto de Referência: LOCAL DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
Nascimento : 08/01/1951
RG: 5909562 Órgão Emissor: SSPDS UF: SP - CPF: 57615675804
Filiação: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA
FRANCISCA VIEIRA DA SILVA
Endereço: TV JOAQUIM COSTA 79 - 1º ANDAR
CENTRO
CAJAZEIRAS PB BRASIL
Telefone: 83-96604411

Histórico

Afirma a noticiante/vítima acima qualificada, advertida das penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB, que na data, local e hora supra, estava passando por traz do caminhão VW/17.180 EURO3 WORKER, PLACA CUE-4697/SP de sua propriedade, quando o caminhão, que estava parado, começou a descer e bateu na vítima, derrubando-o numa sísterna; quem um pessoal que estava trabalhando na transposição, foi quem socorreu a vítima, levando-o ao Hospital Municipal Maternidade São José, deste município de Mauriti-CE, de onde a vítima foi transferido para o Hospital de Barbalha-CE; q em virtude do acidente a vítima apresentou o diagnóstico de TCE e perda da consciência; E, nada mais tendo a constatar deu-se por encerrado o presente termo, que vai devidamente assinado.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MAURITI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: MANOEL BELEM-NETO - MAT.: 198486-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Vieira de Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A): BRUNO TADEU BARBOSA VERAS - MAT.: 405209-1-0



SERVIÇO REGISTRAL NOBRE COELHO
Verônica Dantas Macambira Coelho - OFICIAL A / Christiane Morais de Souza - ESCRIVENTE
R. Maria Conceição de Almeida - 41 - Centro - CEP: 58950-000 - Cajazeiras - PB - E-mail: snobrecoselho@gmail.com - Tel.: (83) 2531-1554

AUTENTICAÇÃO

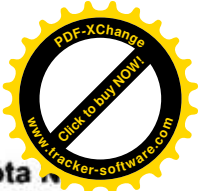
Autentico a(s) presente(s) cópia(s), reprodução fiel do(s) original(is).

Dou fé.

Cajazeiras - PB

16 AGO. 2014

Billu
OFICIAL A / ESCRIVENTE



ESTADO DO CEARA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBALHA
SECRETARIA DE FINANÇAS DO MUNICÍPIO

Nota 0000000362
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	20/03/2015	Competência	MAR/2015	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local da Prestação	BARBALHA-CE	Optante do Simples	NÃO

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social	LABORATÓRIO DE A. CLÍNICAS BIO VIDA S/C					
Nome Fantasia	BIO VIDA					
Endereço	AV PAULO MAURÍCIO, S/N - VILA SANTO ANTONIO 631				Cidade	BARBALHA
CPF/CNPJ	00.629.811/0001-56	Insc. Municipal	156	Insc. Estadual	0	



DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social	FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA	E-mail
Endereço	TRAVESSA JOAQUIM COSTA, 79 CENTRO 58900000 CAJAZEIRAS-PB	
CPF/CNPJ	576.156.758-04	Insc. Municipal 0 Insc. Estadual

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

EXAMES LABORATORIAIS

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

402 / 884020201 - Análises clínicas, patologia, eletividade médica, radioterapia

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA

ART DA OBRA

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	0,00	COFINS	0,00	INSS	0,00	CSLL	0,00	IRRF	0,00
-----	------	--------	------	------	------	------	------	------	------

VALORES DO PRESTADOR

Valor dos Serviços	150,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00
Outras Retenções	0,00
(-) ISS Retido	0,00
(=) Valor Líquido	150,00

INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO

Natureza da Operação	
Tributada no Município	
Regime Especial de Tributação	
0-Nenhum	
Código de Validação/Link	0013E3314
	www.barbalha.ce.gov.br

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	150,00
(-) Deduções Legais	0,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
Base de Cálculo	150,00
(X) Aliquota do ISS	2,0000 %
ISS a Reter	() Sim (X) Não
(=) Valor do ISS	3,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 20/03/15 12:08

SECRETARIA LIDER DAUT SETOR PROTOCOLO 13-168-2015 11:25 04/014 1/1



BIO VIDA
Laboratório de Análises Clínicas



LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS BIO VIDA

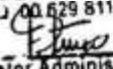
AV. PAULO MAURICIO, S/N - FONE: 88 – 3532 1192

BARBALHA-CE

RECIBO: R\$ 150,00

RECEBEMOS DO SR(A), FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA RESIDENTE A TRAVESSA JOAQUIM COSTA, 79 – CENTRO – CAJAZEIRAS - PB., PORTADOR(A) DE CPF: 576.156.758-04 A IMPORTANCIA DE R\$ 150,00 (CENTO E CINQUENTA REAIS) REFERENTE A EXAMES LABORATORIAIS CONFORME NOTA FISCAL Nº 0362

BARBALHA-CE., DE DE

Lab de Análises Clínicas Bio Vida
C.N.P.J. 00.629.811/0001-56

Diretor Administrativo

SEGUROSO LIDER IMPRINT SETOR PROTOCOLADO 13-14-2015 11:05 045015 1/1



1/1 91825403 02:11 2104-931-1 01/04/2015 10:42

FUNDAÇÃO OTÍLIA CORREIA SARAIVA
Av. Paulo Maurício S/n Barbalha/CE
CNPJ: 41.343.187/0001-03 Fone: (88) 3532-7700
Hospital: HNSA - HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTONIO
Emissão: 01/04/2015 10:42
Convênio: PARTICULAR
Matric.:
Guia.....: 0 Senha....: 0

PRONTUÁRIO Nº 94588

EXTRATO DE CONTA HOSPITALAR - FATURA: 1124 CONTA....: 159727
Atend.N.: 252471 Ent.: 10/05/2014 14:40h
Paciente: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA Idade: 64a 2m 24d S: MASCULINO Nasc.: 08/01/1951
Endereço: Leito: 511-1A Acomodação: APTO.INDIVIDUAL Fone.....: 8399711707
Clínica.: INTERNACAO CLINICA Salda: 30/05/2014 16:49 Perm.: 20 Dias Mot. Alta.: 12 ALTA MELHORADO
Médico.....: IURI ARAUJO HONCY CRM: 9305
Procedimento:
CID.....: S060 - CONCUSSAO CEREBRAL

DATA	HORA	CODIGO	DESCRICAO	FN	NOME	CRM	QUANT.	UNIT. R\$	TOTAL
30/05/2014	16:49	00020010	VISITA HOSPITALAR (PACIENTE IN	PRINC	IURI ARAUJ	9305	9,00	200,00	1800,00
SUB TOTAL HONORARIOS:									1800,00

Total Diárias	:	0,00
Total Taxas	:	0,00
Total Gases	:	0,00
Total S.A.D.T.	:	0,00
Total Medicamentos	:	1800,00
Total Materias	:	1800,00
Total Honorários Médicos:	:	
Total Geral	:	



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C

CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 5748923
Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630
Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará

Recibo R\$ 250,00

Recebi de Francisco Oliveira
a importância de R\$ Quarenta e Cinquenta Reais

referente a Tc. cranio

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 18 de 07 de 2014
Lirica dos Santos Silva
Assinatura

RECEBIDA LIDER OPUNT SETOR PROTOCOLO 25-06-2014 18:15 68398701



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C

CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 5748

Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630

Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará

Recibo R\$ 250,00

Recebi de Geo minor de Oliveira
a importância de R\$ quinhentos e cinquenta reais,
referente a Exame de Urina.

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 12 de 05 de 12
[Assinatura]
Assinatura

*SEGURO LIDER DPVAT SETOR PROTOCOLO 2014 18:15 653



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C

CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 5748
Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630
Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará

Recibo R\$ 25010,00

Recebi de Francisco Vinícius de Oliveira
a importância de R\$ doze mil e cinquenta reais.

referente a Despesa médica de fore.

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 15 de 05 de 14
h. Xavier
Assinatura

SEGURODA LIDER DEPUT SEITOR PROTOCOLO 25-060-2014 DE 15 6533004 1/1



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C

CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 5748
Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630
Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará

Recibo R\$

250100

Recebi de Franisco Vilma de Oliveira
a importância de R\$ quinhentos e cinquenta reais
referente a Amoquês de Córreo

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 12 de 05 de 14
Assinatura

*SEGURO LIDER OPMT SETOR PROTOCOLO 25-050-2014 18:15 653985



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM S/C

CNPJ: 41.342.817/0001-25 - Insc. Municipal: 5748

Av. Paulo Maurício, S/N - Telefax (88) 3532.1630

Vila Santo Antônio - Barbalha - Ceará



Recibo R\$

250,00

Récebi de 2ª Via Francisco Vieira de Oliveira 2ª Via

a importância de R\$

Duzentos e cinquenta Reais

referente a

Tomografia do crânio

pelo que firmamos o presente recibo para os devidos fins.

Barbalha(CE) 09 de 05

14

Priscila dos Santos Silva

Assinatura

*SEGURADORA LIDADA SP/AT SETOR PROTOCOLO 25-060-2014 DE 15 653988/11



Nº _____

RECIBO

Valor **R\$ 150,00**

Recebi (emos) de **SR. FCO VIEIRA DE OLIVEIRA**

Endereço _____

A importância de **CENTO E CINQUENTA REAIS**

Referente **A EX LABORATORIAIS**

Para maior clareza firmo _____ o presente.

BARBANTA 14 de **MAIO** de **2014**

Emitente _____ CPF/RG _____

Assinatura **[Assinatura]**

tilibra





RECIBO _____ R\$ 1.800,00

RECEBI DO SRº FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA. A IMPORTÂNCIA SUPRA DE R\$ 1.800,00 (HUM MIL E OITOCENTOS REAIS) REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICO PRESTADOS AO MESMO.

Dr. Iuri Araujo Honcy
Neurocirurgião / Cirurgião de Coluna
CRM - 9305 / UNIMED - 10700169927

DR ; IURI ARAUJO HONCY

CRM 9305

BARBALHA -CE 20 DE JUNHO 2014



Nota Nº 0000001246
SÉRIE
ELETRÔNICA

Data de Geração	20/06/2014	Competência	JUN/2014	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local da Prestação	BARBALHA-CE	Optante do Simples	NÃO

Razão Social	FUNDAÇÃO OTILIA CORREIA SARAIVA - HMSA		
Nome Fantasia	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO ANTONIO		
Endereço	RUA ZUCA SAMPAIO N° 685, - VILA SANTO ANTONIO 6Cidade BARBALHA		
CPF/CNPJ	41.343.187/0004-56	Insc.Municipal 8	Insc. Estadual 0



Razão Social	FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA			E-mail
Endereço	TRAVESSA JOAQUIM COSTA, 79 CENTRO 58900000 CAJAZEIRAS-PB			
CPF/CNPJ	576.156.758-04	Insc. Municipal	0	Insc. Estadual

SERVIÇOS PRESTADO.

403 / 861010200 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, c

CÓDIGO DA OBRA	ART DA OBRA
----------------	-------------

VALORES DO PRESTADOR		INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO		CÁLCULO DO ISS	
Valor dos Serviços	4.000,00	Natureza da Operação	Isenta	Valor dos Serviços	4.000,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Regime Especial de Tributação	0-Nenhum	(-) Deduções Legais	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00	Código de Validação/Link	0101W0056	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00			Base de Cálculo	0,00
Outras Retenções	0,00			(X) Aliquota do ISS	0,0000 %
(-) ISS Retido	0,00			ISS a Reter	() Sim (X) Não
(=) Valor Líquido	4.000,00			(=) Valor do ISS	0,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ISENTA DE ISS

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 20/06/14 13:52

ESTABLISHED UNDER DEPT. OF JUSTICE AUTHORITY 25-000-2014 18:15 653918 1/

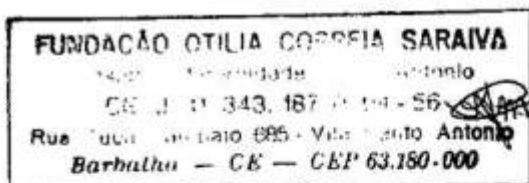


FUNDAÇÃO OTILIA CORREIA SARAIVA
HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
CNPJ: 41.343.187/0004-56
Rua Zuca Sampaio nº. 685 - B. Santo Antonio
Barbalha- Ceará - Brasil

RECIBO

RECEBI DA SR. FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA A
IMPORTÂNCIA DE R\$ 4.000,00(QUATRO MIL REAIS) REFERENTE
A SERVIÇOS PRESTADO AO MESMO CONFORME NF 1246.

BARBALHA-CE, / / 2013.





FUNDACÃO DE LAZAROS E DOENÇAS
HOSPITAL MATERVIDADE SANTO ANTONIO
CNPJ: 41.343.187/0004-56
Rua Nova Sampaio n.º 682 - R. Santo Antonio
Barbalha - Ceará - Brasil

RECIBO

A SERVICOS PRESTADO AO MESMO CONFORME NF 1246.
IMPORTANCIA DE R\$ 4.000,00(QUATRO MIL REAIS) REFERENTE
RECIBI DA SR. FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA A

BARBALHA-CE, 11 DE JULHO DE 2013.



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Av. Paulo Maurício S/N - Vila Santo Antonio
Fone: (88) 3532-1082 / 3532-1630 - Barbalha - CE

NOME: Francisco Vieira de Oliveira
CONVÊNIO: Particular
DATA: 09/05/2014

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Detalhes Técnicos : Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos em série única sem a infusão endovenosa de contraste iodado, com cortes de 3 x 5 mm na fossa posterior.

Relatório:

Hematoma subdural temporal a esquerda, medindo cerca de 4,7 x 3,7 cm.
Região dos núcleos da base sem alterações expressivas.
Ventrículos laterais, 3º e 4º ventrículos de forma, topografia e dimensões normais.
Sulcos da convexidade, cissuras e cisternas da base de aspecto anatômico.
Tronco cerebral e hemisférios cerebelares com aspecto normal.
Ausência de desvio da linha média.
Calota craniana de configuração habitual e estrutura óssea íntegra.

Hipótese diagnóstica: Não observa-se ao método alterações patológicas evidentes nos cortes tomográficos obtidos.

CARIZIA SAMPAIO SARAIVA
MÉDICA
CRM 56867187



**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
MAMOGRAFIA COM ESTEREOTAXIA
DOPPLERFLUXOMETRIA
ULTRA-SONOGRAFIA
HEMODINÂMICA
DENSITOMETRIA ÓSSEA**

**PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME: 12.05.2014
CONVÊNIO: PARTICULAR**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Técnica:

Exame realizado em aparelho helicoidal, com cortes no plano axial, sem injeção do meio de contraste.

Análise:

- Calota craniana íntegra.
- Hematoma subgaleal fronto-parietal a direita.
- Hemorragia intraparenquimatosa cortico-subcortical temporal a esquerda, com discreto halo de edema.
- Restante do parênquima cerebral com valores de atenuação normais.
- Redução volumétrica cerebral difusa discreta.
- Estruturas do plano mediano centradas.
- Sulcos corticais, cisternas da base e sistema ventricular levemente alargados.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

Conclusão:

- Hemorragia intraparenquimatosa cortico-subcortical temporal a esquerda, com discreto halo de edema (contusão cortical hemorrágica?). correlacionar com dados clínicos.
- Hematoma subgaleal fronto-parietal a direita.
- Redução volumétrica cerebral difusa discreta.

Daniel Gurgel Fernandes Távora
Médico – Radiologista – CRM 7206

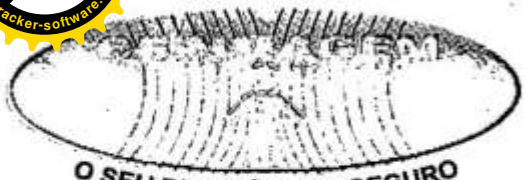
Dr. Expedito Araújo Santana
CREMEC: 6181

Drª Renata Sampaio Bringel
CREMEC: 7431

Dr. Tarcísio Soares de Brito
CRM: 5418

Dr. Ednaldo Landim da Costa
CRM: 8564

Dr. Davi Nogueira Matos
CRM: 114757
CARDIOLOGISTAS / HEMODINAMISTAS



O SEU DIAGNÓSTICO SEGURO

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
MAMOGRAFIA COM ESTEREOTAXIA
DOPPLERFLUXOMETRIA
ULTRA-SONOGRAFIA
HEMODINÂMICA
DENSITOMETRIA ÓSSEA**

NOME: *Francisco Vieira de Oliveira*
EXAME: *TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO*
CONVÊNIO: *Particular*
DATA: *12/05/2014*

LAUDO

COMENTÁRIOS:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos de 10x10mm no plano axial, sem a infusão EV do meio de contraste iodado hidrossolúvel, com cortes de 3x5mm na fossa posterior.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Contusão temporal, sem efeito de massa.
- Hemossinus maxilar direito.

Dr. Iuri Araújo Honcy
Neurocirurgia / Cirurgia de Cabeça
CRM 9305 (UNIMED - 10/07/1997)

Dr. Iuri Araújo Honcy
CRM 9305

Dr. Expedito Araújo Santana CREMEC: 6181	Drª Renata Sampaio Brangel CREMEC: 7431	Dr. Tarcísio Soares de Brito CRM: 5418	Dr. Ednaldo Landim da Cruz CRM: 8564
			Dr. Davi Nogueira Matos CRM: 114757
			CARDIOLOGISTAS / HEMODINAMISTAS

SEBASTIÃO LUIZ DA SILVA - 25-05-2014 10:15



**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
MAMOGRAFIA COM ESTEREOTAXIA
DOPPLERFLUXOMETRIA
ULTRA-SONOGRAFIA
HEMODINÂMICA
DENSITOMETRIA ÓSSEA**

PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME: 15.05.2014
CONVÊNIO: PARTICULAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

Técnica:

Exame realizado em aparelho helicoidal, com cortes no plano axial e coronal, sem injeção do meio de contraste.

Análise:

- Paredes ósseas dos seios paranasais, cavidade nasal e cavidades orbitárias sem alterações.
- Espessamento do revestimento mucoso nos seios maxilares e esfenoidal, com cistos de retenção / pólipos nos assoalhos dos seios maxilares.
- Demais seios paranasais normoaerados e de aspecto conservado.
- Complexo óstio-meatal esquerdo pèrvio.
- Obliteração do infundíbulo etmoidal a direita por espessamento mucoso.
- Cavidade nasal com os cornetos inferiores sem alterações.
- Corneto nasal médio direito com configuração paradoxal.
- Septo nasal desviado para a esquerda, com esporão ósseo que toca o corneto nasal esquerdo.
- Nasofaringe sem alterações tomograficamente detectáveis.

Daniel Gurgel Fernandes Távora
Médico – Radiologista – CRM 7206

Dr. Expedito Araújo Santana
CREMEC: 6181

Drª Renata Sampaio Bringel
CREMEC: 7431

Dr. Tarcísio Soares de Brito
CRM: 5418

Dr. Ednaldo Landim da Costa
CRM: 8564

Dr. Davi Nogueira Matos
CRM: 114757

CARDIOLOGISTAS / HEMODINAMISTAS



**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
MAMOGRAFIA COM ESTEREOTAXIA
DOPPLERFLUXOMETRIA
ULTRA-SONOGRAFIA
HEMODINÂMICA
DENSITOMETRIA ÓSSEA**

PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME: 18.07.2014
CONVÊNIO: PARTICULAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Exame realizado em aparelho helicoidal, com cortes no plano axial, sem injeção do meio de contraste.

Análise:

- Hipodensidades cortico-subcorticais no hemisfério cerebelar esquerdo, giro temporal inferior e polo temporal esquerdos.
- Sulcos corticais, cisternas da base e sistema ventricular dentro da normalidade.
- Restante do parênquima cerebral com coeficientes de atenuação usuais.
- Estruturas do plano mediano centradas.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.
- Ausência de massas ou coleções extra-axiais.

Conclusão:

- Hipodensidades cortico-subcorticais no hemisfério cerebelar esquerdo, giro temporal inferior e polo temporal esquerdos (contusões corticais?).

Daniel Gurgel Fernandes Távora
Médico – Radiologista – CRM 7206

CEM/200001 LINEA D'ART. SETOR PROTOCOLO 25-890-2014 18-16 653916

Dr. Expedito Araújo Santana
CREMEC: 6181

Drª Renata Sampaio Bringel
CREMEC: 7431

Dr. Tarcísio Soares de Brito
CRM: 5418

Dr. Ednaldo Landim da Cruz
CRM: 8564

Dr. Davi Nogueira Matos
CRM: 114757

CARDIOLOGISTAS / HEMODINAMISTAS



உயிரிதழ் (CE)

1 JUN 2014

ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAURITI

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO:

023

D. DA ENTRADA: 09/05/2014		HORA: 12/20		SUD. SAÍDA: 1		HORA: 12/20	
NOME DO PACIENTE: Francisco Viana de Oliveira							
DATA DE NASC: 08/10/51		SEXO: (X) M () F		PROFISSÃO: Motorista			
NOME DA MÃE: Srta. Vieira da Silva							
NOME DO PAI: Antonio Pereira de Oliveira							
RAÇA/COR: () BRANCA (X) PARDA		RELIGIÃO: Católica					
ENDEREÇO COMPLETO: Rua ...							
SÍTIO/DISTRITO: Centro							
CIDADE/ESTADO: ...		CEP: 52100-000		...			
RG Nº: 109562		SSP: SP		DATA DE EMISSÃO: 25/10/11			
CPF Nº: 576156158-04		ESTADO CIVIL: Casado					
NOME DO CONJUGUE: Mariana Katima de Sousa Oliveira							
SIS. PRE-NATAL: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		E-MAIL: ...					
CARTÃO DO SUS: 181810101014171C151016131		CELULAR/FIXO: (83) 9105-3755					
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: A							
MÉDICO: Dr. Arnaldo Noroeste		TELEFONE: (83) 3552-1290					

HISTÓRIA CLÍNICA: (Registre as palavras do docente e de todos achados do exame a que foi submetido)

1. It can last 5 of
the year in the TCE
the area of consequence

1. Organ 13 samples
2. 1st & 2nd parts of organ
3. 1st part of organ

PROCEDIMENTOS

- (X) Consulta Clínica
() Medicação
() Observação
() Internamento
() Peq. Cirurgias
() Consulta Especializada
() Parto Normal
() Parto Cesariano
() Cirurgias
() Transferência
() Óbito
() Outros

SINAIS VITAIS

Temp: _____
Pressão: _____
Glicose: _____
BIOTIPO: _____
Idade: _____
Altura: _____
Peso: Kg _____

DIAGNOSTIC & PROGNOSIS

DIAGNÓSTICO DE INJITIVO

VISTO E CARIMBO DO DIRETOR CLÍNICO

Av. Sinval Lacerda, 395 - Centro, Mauriti - Ceará CEP: 63210-000
TELEFONE: (88) 3552-1290 - CNES: 2560828

RESERVAÇÃO LÍQUIDA PARA SETOR PRODUTIVO 25-100-2014 02/16 653917



H.M.S.A.
HOSPITAL MATERNIDADE
SANTO ANTONIO
A SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
Av. Paulo Maurício S/N Fone: (88) 3532-7700

Atenção Médico

Atento para os dados lim
de parte que o Sr. Francisco
Vizir de Oliveira necessita
de afastamento do trabalho
por sereno (60) dias por
motivo de doença. Pto com
diagnóstico de TCE e TCE de
crânio mesencefalo contuso
temporal esquerda (sinais de
recbso) que
24/05/14 CIDIO: 506

Voltando à consulta trazer esta receita

Dr. Yuri Araujo Honq
Neurocirurgia / Cirurgia de Cabeça
CRM - 9305 / UNIMED - 10700169977



HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTONIO
Av. Paulo Maurício S/N Fone: (88) 3532-7700

R Aterfado Medow

Aterfo para os devidos
fem que o Sr. Francisco
Vizire do Oliveira no anexo
de encaminhamento do trabalho
por 60 (sessenta) dias

CIDIO: 506

18107/14.

Dr. [Signature]

Voltando á consulta trazer esta receita



**HOSPITAL MATERNIDADE
SANTO ANTONIO**
A SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTONIO
Av. Paulo Maurício S/N Fone: (88) 3532-7700

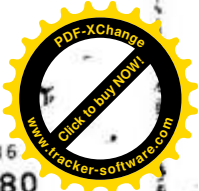
R^u Atestado do Médico

Atento para os devidos fins que
o Sr. Francisco Vieira / de
Oliveira esteve internado neste
hospital no período de 09/05/14
a 19/05/14 por quadro de
TCE do momento do quadro de
comorbidade; evoluindo atualmente
o quadro de tontura rotatória
persistente. CONTINUAÇÃO

Dr. Iuri Araújo Florcy
Neurocirurgião / Cirurgião de Coluna
CRM - 5305 / UNIMED - 207006267

Voltando á consulta trazer esta receita

RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS - 15-05-2014 07:16 000091 1/1



FUNDACAO OTILIA CORREIA SARAIVA - HMSA
 Telefone: 88-3532-7700 Fax: 88-3532-7719 Barbalha - CE
 IMPRESSO DE INTERNAÇÃO

Emissão: 09/05/14 12:46
 Atend.Nº: 252380

Paciente: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA Idade: 63a 3m 31d Sexo: M
 Data Nasc: 05/01/1951 CPF: 576.156.758-04 RG: 5909562 Est.Civil: CASADO
 Filiação - Mãe: FRANCISCO VIEIRA DA SILVA Pai: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA
 Endereço: TRAVESSA JOAQUIM COSTA 79 Bairro: CENTRO
 Município: CAJAZEIRAS UF: PB CEP: 58900000
 Telefone: 8399711707 Profissão: MOTORISTA Cor: PARDO
 Natural: SANTA CRUZ, PB Religião: NAO INFORMADO Atend: IELDE
 Conv.: SUS INTERNADOS Matrícula/CNS: 898000470305063 Titular:
 Responsável: FRANCISCO ALAN VIEIRA DE SOUSA CPF:
 Médico: IURI ARAUJO HONCY | Prontuário: 94588
 Clínica: INTERN. CLINICA | Data/Hora: 09/05/2014 12:44
 Setor: POSTO I -HMSA | Qto/Leito: 110-01
 Carater: 02 URGENCIA | Tipo Acom: ENFERMARIA

FOTOGRAFIA APAC

RESUMO DE TRATAMENTO
 MOTIVO DO ATENDIMENTO: *paciente de alta com*
resíduo momentâneo de urina
 HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS
 HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA = FP = FR = TA =

ACV: _____
 AR: _____
 ABDOME: _____
 NEUROLÓGICO: _____
 ECG: AO = RV = RM =

PUPILOS: _____
 CONDUTA: *790* *ansiedade* *de 120*
 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: *TCE*

ALTA: *10/05/14*
 TRANSF. P/ LEITO _____ ENF/APTO _____
 TRASNF. P/ MÉDICO: _____
 CONDIÇÕES DE ALTA: _____

ALTA EM: *10/05/14*

Dr. Iuri Araujo Honcy
 Neurocirurgião / Cirurgião de Cabeça
 CRM - 9305

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(a): 9305 IURI ARAUJO HONCY

FUNDACAO OTILIA CORREIA SARAIVA - HMSA



FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA



DATA/HORA: 09/05/2014 13:12 ATENDIMENTO.: 252379
PACIENTE: 94588 FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
UNIDADE.: PA HMSA LEITO.: CONVÊNIO : SUS AMBULATORIAL

EVOLUÇÃO:

ADMISSÃO

HD: TCE

PCTE VÍTIMA DE QUEDA DE ALTURA DE 10M DE ALTURA COM PERDA MOMENTÂNEA DE CONSCIÊNCIA.

AO EXAME:

EG ATIVO, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, HIDRATADO, NORMOCORADO.

ACV: RCR, 2T, BNF

AR: MV+, S/RA

ABDMOME: PLANO, FLÁCIDO, RHA+, TIMPÂNICO, S/ VMG, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
EXTREMIDADES: NORMOPERFUNDIDAS E SEM EDEMAS

EXAME NEUROLÓGIC

PUPÍLAS: ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

CD: INTERNAMENTO - VPM

AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

SOLICITO TC DE CRÂNIO

RODRIGO VIANA DOS SANTOS
CRM:13374-CE

Dr. Rodrigo Viana
Médico
CRM 13374



PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA Nº 44629 09/05/2014 13:12 h Prontoatório: 94588 Num. Atend: 252379 Leito: 19-011-2014 8713 898894 1/1

PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
Internação: 09/05/2014 12:27 Conv. BPA SUS
Médico: RODRIGO VIANA DOS SANTOS

It	Código	Descrição	Nome Comercial	Dose	Unid	Via	Freq	Horários	QtdTot	Sai
01		DIETA LIVRE								1
02	100010216	SORO FISIOLÓGICO; 0,9% AMPOLA 500ML INTRA VENOSO	SORO FISIOLÓGICO	1	AMP	EV	12/12	1	02	2
03	100010096	DIPIRONA; 500MG/ML AMPOLA 2ML IM/IV + 18ML DE AD.	NOVALGINA	1	AMP	EV	06/06	1		4
04	100010156	METOCLOPRAMIDA; 10MG/ML AMPOLA 2ML IM/IV + 18ML AD. SE NECESSÁRIO.	PLASIL	1	AMP	EV		1		1
05	100010239	TRAMADOL; 50MG COMPRIMIDO VIA ORAL	TRAMAL	1	CPR	VO	08/08	22	06	3
06	100010085	DICLOFENACO DE SÓDIO 50MG COMPRIMIDO VIA ORAL	DICLOFENACO DE	1	CPR	EV	08/08	22	06	3
07	100010183	OMEPRAZOL; 20MG COMPRIMIDO VIA ORAL	OMEPRAZIN	1	CPR	VO	24/24	1		1
08		TC DE CRÂNIO S/ CONTRASTE								1
09		IAVALIAÇÃO DO NEUROCIRURGIÃO								1
10		ISSV + CCG								1

15:40 Pt evolui cl estado geral regular. TC demonstrando
cúria supratentorial a região mesencefálica.

[Handwritten signature]

Médico

Dr. Rodrigo Viana
R. 19-011-2014
CNPJ 43374

[Handwritten signature]
19-011-2014
CNPJ 43374



PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA Nº 444766 10/05/2014 06:44 h Prontuário: 94588 N.º Atend: 252380 Leito: UA-006
Telefone: 88-3532-7707 / 3532-7717
FUNDACÃO OTÍLIA CORREIA SARAIVA
PACIENTE: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA Idade: 63a 4m 2d
Internação: 09/05/2014 12:44 Conv. SUS INTERNADOS
Médico: RODRIGO VIANA DOS SANTOS Setor: POSTO III - HMSA

It	Código	Descrição	Nome Comercial	Dose	Unid	Via	Freq	Horários	QtdTot	Sai
01		DIETA LIVRE							1	
02	00010096	DIPIRONA: 500MG/ML AMPOLA 2ML IM/IV SE NECESSÁRIO.	NOVALGINA	1	AMP	EV	06/06/08	14 20 02	4	
03	00010156	METOCLOPRAMIDA: 10MG/ML AMPOLA 2ML IM/IV SE NECESSÁRIO.	PLASIL	1	AMP	EV	08/08/08	15 24	3	
04	00010238	TRAMADOL: 50MG COMPRIMIDO VIA ORAL	TRAMAL	1	CPR	VO	08/08/08	16 24	3	
05	00010085	DICLOFENACO DE SODIO 50MG COMPRIMIDO VIA ORAL	DICLOFENACO DE	1	CPR	VO	08/08/08	16 24	3	
06	00010183	OMEPRAZOL: 20MG COMPRIMIDO VIA ORAL	OMEPRAZIN	1	CPR	VO	12/24/08	6	1	
07		SSV/CCGG							1	

01 Dezembro 2014 21h 16

Dr. Yuri Araújo Honing
Neurocirurgia / Cirurgia de Cabeça
CRM - 3305

TLE por queda de cateter, Glasgow 15, ASIAE
Cdx TC de Crânio de controle

Dr. Yuri Araújo Honing
Neurocirurgia / Cirurgia de Cabeça
CRM - 3305

Médico

21-12-2014



CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM
Av. Paulo Maurício S/N - Vila Santo Antonio
Fone: (88) 3532-1082 / 3532-1630 - Barbalha - CE

NOME: Francisco Vieira de Oliveira
CONVÊNIO: Particular
DATA: 09/05/2014

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Detalhes Técnicos : Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos em série única sem a infusão endovenosa de contraste iodado, com cortes de 3 x 5 mm na fossa posterior.

Relatório:

Hematoma subdural temporal a esquerda, medindo cerca de 4,7 x 3,7 cm.
Região dos núcleos da base sem alterações expressivas.
Ventrículos laterais, 3º e 4º ventrículos de forma, topografia e dimensões normais.
Sulcos da convexidade, cissuras e cisternas da base de aspecto anatômico.
Tronco cerebral e hemisférios cerebelares com aspecto normal.
Ausência de desvio da linha média.
Calota craniana de configuração habitual e estrutura óssea íntegra.

Hipótese diagnóstica: Não observa-se ao método alterações patológicas evidentes nos cortes tomográficos obtidos.


CARIZIA SAMPAIO SARAIVA
MÉDICA
CRM 56867187



(REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

REGISTRO GERAL 5.909.562 SÃO PAULO 21-JUN-1971



21.6.71

D. P. 46

SSP SP

Francisco Vieira de Oliveira

(DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E CRIMINAL)

(SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA)

(REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

CÉDULA DE IDENTIDADE

NACIONALIDADE BRASILEIRA

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Antônio Pereira de Oliveira, e

Francisca Vieira da Silva

Sta. Cruz - PB 08-JAN-1951

ASSINATURA DO TITULAR

(DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E CRIMINAL)

(SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

576.156.758-04

FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

08/01/1951

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

MAR/2001

1/1 668559 51481 7182-084-52 0700000000 80135 10040 150171 00000000054

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2014

Carta nº: 5023195

A/C: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014744408
Vitima: FRANCISCO VIEIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 09/05/2014
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/08/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/05/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

