

---

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

**Nº Sinistro:** 3180381110

**Vitima:** FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

**Data do Acidente:** 08/05/2018

**Cobertura:** DAMS

**Procurador:** CELIO GEOVANI MARQUES LINO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180381110**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de Indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

021.849.543-90

Nome completo da vítima

Francisco Bruno Alves Vasconcelos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Francisco Bruno Alves Vasconcelos	CPF titular da conta	021.849.543-90	Profissão	ED. Físico
Endereço	PROFESSOR JERRY SOUZA	Número	1093	Complemento	Qd 43
Bairro	Brasília das Nações	Cidade	Sobral	Estado	Ceará
Email		CEP	62.053-675	Telefone (DDD)	(85) 99605-0011

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
0554		0259	9

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

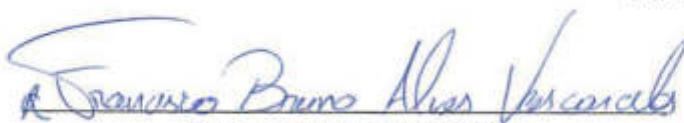
BANCO Nome		Nº	
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V

(Informar dígito se existir)

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

50801.02 de Agosto de 2015  
Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD

17 AGO. 2018

ASS.



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 495 - 767 / 2018

**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **19/06/2018 09:00:54**Data / Hora da Ocorrência: **08/05/2018 07:00:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 362**Complemento: **MUMBABA DE CIMA**

Bairro:

Município: **MASSAPE/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS**Nascimento: **12/08/1988** CPF: **021.849.543-90**RG: **2005031044869** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA VALDA FURTUNA ALVES****FRANCISCO MARDONIO VASCONCELOS**Endereço: **RUA JOSE DE ALENCAR ANDRADE, 72**Bairro: **PEDRINHAS**Município: **SOBRAL/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99614-0842****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **HXY1728** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:9C2KC08107R062425 Renavam: **902408607** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano:Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:**AZUL** Proprietário: **FRANCISCO MARDONIO VASCONCELOS** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

Informa a vítima que no dia, hora e lugar acima mencionados sofreu um acidente de moto; Que a vítima estava sozinha indo de Sobral a Massapê quando vários cachorros atravessaram a pista; Que a vítima colidiu nos referidos animais, perdendo o controle da moto, vindo a cair ao chão; Que a vítima foi levada de carro para Santa Casa; Que a vítima não passou pelo hospital de Massapê; Que a vítima fraturou o braço esquerdo, deslocou o ombro direito e teve escoriações pelo corpo; Este BO é para fim de recebimento de seguro DPVAT.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MASSAPE**

17 AGO. 2018

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :***Sâmia Cavalcante Vasconcelos*  
**SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS - MAT.: 3011261x****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Francisco Bruno Alves Vasconcelos***VISTO DO DELEGADO(A) :****MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-7**



**TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA MANOEL RONNEY  
MENESCAL CARNEIRO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 767 / 2018**

Aos 19 dia(s) do mês de Junho de 2018, nesta cidade de Massape, Estado do Ceará, onde pela(s) 09:23 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA**, Delegado(a), comigo **SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS**, Escrivā(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **MANOEL RONNEY MENESCAL CARNEIRO**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), superior completo, professor, filho(a) de **MANOEL VILMAR CARNEIRO** e **TEREZA CECILIA MENESCAL CARNEIRO**, nascido(a) em 09/01/1975, natural de Sobral/CE, RG: 2001031051730 SSPDC, residente à Rua Nonato Costa, 183, Centro - Massape/CE, telefone 9611-0374. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade **DISSE: QUE**, confirma que Francisco Bruno sofreu um acidente de moto, na localidade Mumbaba de Cima; Que Francisco Bruno fraturou o braço esquerdo, deslocou o ombro direito e teve escoriações pelo corpo.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS**, Escrivā(o) que o digitei.

DELEGADO(A) :

DEPOENTE :

ESCRIVĀ(O) :

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
17 AGO. 2018



## TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA CRISTIANE FRANCO SILVA

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 495 - 767 / 2018

Aos 19 dia(s) do mês de Junho de 2018, nesta cidade de Massape, Estado do Ceará, onde pela(s) 09:21 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA**, Delegado(a), comigo **SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS**, Escrivā(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **CRISTIANE FRANCO SILVA**, nacionalidade Brasil, divorciado(a), superior completo, professora, filho(a) de **JOAO FRANCO SILVA e MARIA DAS DORES ALVES BALBINO SILVA**, nascido(a) em 17/06/1981, natural de Sobral/CE, CPF: 945.859.893-15, RG: 970031067746 SSP/CE, residente à Rua Major Jose Paulino, Centro - Massape/CE, telefone (88) 9825-0504. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, **DISSE: QUE**, confirma que Francisco Bruno sofreu um acidente de moto na localidade Mumbaba de Cima; Que Francisco Bruno fraturou o braço esquerdo, deslocou o ombro direito e teve escoriações pelo corpo.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **SAMIA CAVALCANTE VASCONCELOS**, Escrivā(o) que o digitei.

DELEGADO(A) :

DEPOENTE : X Cristiane Franco Silva

ESCRIVĀ(O) : Samia Cavalcante

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

17 AGO. 2018

ASS:

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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 22947 | 08/05/2018 10:16:44

Etiqueta Atendimento

ATEND.: 5185515 DT. ATEND.: 8/5/2018 - 10:22  
MATR.: 936134 NASCIMENTO.: 12/8/1988  
NOME...: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS  
MAE...: MARIA VALDA FURTUNA ALVES  
CPF....: 02184954390 CNS: 700001815836703 SUSFACIL:  
ENDER.: RUA ARY ROCHA 1093  
BAIRRO: PARQUE DAS MAC - SOBRAL

-DE- DEP: 62030270

## Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, VÍTIMA DE COLISÃO DE MOTO COM CAPACETE, REFERE ALGIA INTENSA EM OMBRO DIREITO E PUNHO ESQUERDO, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

## Sinais Vitais do Paciente:

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

Eu, Francisco Bruno A. Vasconcelos, (X) Paciente ( ) Responsável  
(Grau de Parentesco) \_\_\_\_\_, RG Nº 2005031044369 declaro que:

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

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

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

Sobral/CE, 08 de Maio de 2018 às \_\_\_\_\_

Francisco Bruno A. Vasconcelos

Assinatura do Paciente ou Responsável

MIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018  
Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
COOPERATIVA ORIGINAL  
M. Danie  
Maria Cleide da Silva  
CORUENAGUIA

# 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: 27/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 115,13

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00554

CONTA: 00000000259-8

---

Nr. da Autenticação 767BED2C310A2EBE

17 A60, 2018  
JURIA CORRETORA DE SEG. 17

within the assembly



## getnet

三

1983年1月2日于北京

附錄二十一：行政方法之二：指揮之藝術

卷之三

16 電子商務

13 100 100

1400

卷之三

MS. B. 1.

• 370 •

新唐人 TV

HISTORICAL

130

Fone: (62) 320

Díspay Painéis

.br

www.hr

Fone: (62) 320



Recebemos de Mo Bruno Alves Nascimento R\$ 120,00  
a importância de cento e vinte reais  
Referente a Rx antibrigue + punho

Sobral, 17 de julho de 20 18

JIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018

Thelécia Dima

Carimbo e Rúbrica do Responsável

Hospital Unimed Sobral

19.324.819/0002-13

ANS - nº 303178

Hospital Unimed Sobral  
[www.unimed-sobral.com.br](http://www.unimed-sobral.com.br)  
Rua Anahid Andrade, 370  
Centro, Sobral - CE  
T. (88) 3112.3300

Hospital da Criança e  
da Mulher da Unimed  
Av. Dom José Tupinambá da  
Frota, 472, Centro.  
T. (88) 3677.5250



10/05/2018 - BANCO DO BRASIL - 14:21:53  
427211489 0264

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
PÓUPANCA PARA CONTA CORRENTE

CLIENTE: PRISCILA MARIA V ALVES  
AGÊNCIA: 0085-X CONTA: 45.306-4 VAR:51

DATA DA TRANSFERENCIA 10/05/2018  
NR. DOCUMENTO 14.272.000.027.989

( FAVORECIDO:  
CLIENTE: THALI. ARCANJO FONTELES  
AGÊNCIA: 4272-2 CONTA: 27.989-7 )

VALOR TOTAL: 3.000,00

NR.AUTENTICACAO E.D8D.34D.82A.A1E.1EE  
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,  
ENTRE OUTRAS INFORMACOES,

PARTE MÉDICA

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

17 AGO. 2018

ASS.

large Meijia



# HOSPITAL

## PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL

SECRETARIA DO ORÇAMENTO E FINANÇAS  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e

000002438

Data da Emissão	12/05/2018	Competência Nº do RPS	05/2018	Série Código de Verificação	ON-LINE ZRENDEEC
-----------------	------------	--------------------------	---------	--------------------------------	---------------------

### DADOS DO PRESTADOR

LOGOMARCA DO PRESTADOR	Nome / Razão Social Nome Fantasia Endereço Bairro C.E.P.	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL COMPLEXO HOSPITALAR RUA MAJOR FRANCO RABELO, 375 CENTRO 62.010-690	C.P.F. / C.N.P.J. Telefone Email	07.818.313/0008-77	Inscrição Municipal Complemento Município UF	12876 CEARA
------------------------------	--	---	---	--------------------	---	----------------

### DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social Endereço Bairro C.E.P.	( FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS RUA PROFESSOR ARY ROCHA, 1093 BAIRRO DAS NAÇÕES 62.030-270 )	C.P.F. / C.N.P.J. Email	021.849.543-90	Inscrição Municipal Complemento Município UF	UF
---	---	-------------------------------	----------------	---	----

### DESCRÍÇÃO DO SERVIÇO

Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
REFERENTE A DESPESA HOSPITALAR DO PACIENTE FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS	1,00	2.700,00	2.700,00

### CÓDIGO NACIONAL DE ATIVIDADE ECONÔMICA

8610-1/02	ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS	
<b>CÓDIGO DO SERVIÇO</b>		
4.03	HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATORIOS E CONGENERES	

### LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

Endereço	RUA MAJOR FRANCO	Município	SOBRAL	UF	CEARA
----------	------------------	-----------	--------	----	-------

### TRIBUTOS FEDERAIS

PIS (R\$)	0,00	COFINS (R\$)	0,00	IRRF (R\$)	0,00	INSS (R\$)	0,00	CSLL (R\$)	0,00
<b>Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço</b>				<b>Outras Retenções</b>			<b>Cálculo do ISSQN devido ao Município</b>		
Valor do Serviço R\$				Natureza da Operação			Valor do Serviço R\$		
(-) Desconto Incondicional				(1) Tributação no município			(-) Deduções permitidas em Lei		
(-) Desconto Condisional				Regime Especial de Tributação			(-) Desconto Incondicional		
(-) Retenções Federais				(3) Imune/Isento			BASE DE CÁLCULO		
(-) Outras Retenções				Opção do Simples Nacional			(X) Aliquota %		
(-) ISS Retido				(2) NÃO			0,00 %		
Valor Líquido R\$				Incentivador Cultura			ISS A RETER		
				(2) NÃO			(-) Valor do ISS: R\$		
							0,00		

### AVISOS

- (1) Uma via desta Nota Fiscal de Serviço Eletrônica será encaminhada por e-mail ao Tomador acima qualificado.
- (2) A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviço Eletrônica poderá ser verificada no site:  
<http://nfse.sobral.ce.gov.br/nota/> consulta com os dados contidos na NFS-e.
- (3) Os valores informados em TRIBUTOS FEDERAIS são da inteira responsabilidade do prestador do serviço acima qualificado.

### OBSERVAÇÕES

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
17 AGO. 2018

JATI@2011

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Elio Geovani Marques Lino inscrito (a) no CPF/CNPJ 294.193.913-871, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elio Bruno Alves Vasconcelos inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.849.543-10, do sinistro de DPVAT cobertura NDMS da Vítima Elio Bruno Alves Vasconcelos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.849.543-190, 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 Eui Alvaro</u>		Número	<u>665</u>	Complemento	<u>—</u>	
Bairro	<u>Vila do Castelo</u>	Cidade	<u>Sobral</u>	Estado	<u>Ceará</u>	CEP	<u>62020-320</u>
Email				Telefone comercial(DDD)	<u>(085) 99605-0011</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(085) 99477-4532</u>

Sobral, 13 de Agosto de 2018  
Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018

Assinatura do Declarante

A55

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Mardonio Vassconcelos,  
RG nº 38031682, data de expedição / /,  
Órgão SSP, portador do CPF nº 272 316 003 - 59, com  
domicílio na cidade de Sobral, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Cel. Antônio Freta, nº 281,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Francisco Bruno Alves Vassconcelos cujo o condutor era  
Francisco Bruno Alves Vassconcelos.

Veículo: PAS/MOTOCICLO  
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS  
Ano: 2006  
Placa: H X Y 1728 / CE  
Chassi: 9C2KC08107R062425  
Data do Acidente: 08/05/2018  
Local e Data: Sobral 07/08/2018.

Francisco Mardonio Vassconcelos  
Assinatura do Declarante

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018

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



Reconheço por AUTENTICIDADE  
a(s)firmas(s) de FRANCISCO BRUNO ALVES  
VASSCONCELOS, FRANCISCO MARDONIO  
VASSCONCELOS. Dou fe. Sobral, 7 de  
agosto de 2018.

Em testemunha A da verdade,

Adriana Mendes Carneiro

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
i87ckH354XH

Atendimento: 5189163

Dt Atendimento: 11/05/2018 - 09:51

Dt Alta: 12/05/2018 - 14:00

Paciente: 936134 FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA

Convênio: 37 PLANO ECONOMICO

Leito: 1400 LEITO 104-1

Plano: 1 BASICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: CILONHA

CID: S528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO

Procedimento de Alta 52070115 - FRATURA DE 1 DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRURGICO

Observação de Alta

 CILONHA DA SILVA OLIVEIRA UNIA CORRETORA DE SEG. LTDA

17 AGO. 2018

SSS

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

## DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 936134  
Paciente...: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS CPF...: 02184954390  
Sexo.....: MASCULINO  
Dt. Nasc...: 12/8/1988 Idade..: 29a 8m 29d  
Mae.....: MARIA VALDA FURTUNA ALVES Cor....: PARDA  
Pai.....: FRANCISCO MARDONIO VASCONCELOS CNS...:  
E. Civil....: CASADO  
Endereço.: RUA ARY ROCHA Nº....: 1093  
Bairro.....: PARQUE DAS NACOES CEP.: 62030-270  
Cidade....: SOBRAL UF....: CE  
Fone.....: 96140842

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

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

# INSENAGA PARTICULAR

## DADOS DA INTERNACAO

Atendimento.: 5189163 Atendente.: MILITAO  
Data.....: 11/05/2018 Hora.....: 09:51 Permanência.: Dias  
Procedimento.: 52070115 - FRATURA DE 1 DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRURGICO  
Medico.....: THALES ARCANJO FONTELES  
Unidade Int....: UI DOM WALFRIDO POSTO A  
Leito.....: LEITO 104-1  
Convenio.....: PLANO ECONOMICO  
Plano.....: 1  
Carteira.....:        13 : 05 : 2018  
N. Guia.....:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

17 AGO. 2018

### Outras Observações

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

## Flow Economics - Environment



 Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
P.P. Dami  
Maria Cleide da Silva  
CARTERIA DA SANTA CASA DE S. JOSÉ

1900-1901, 1900-1901

—

—

HOSPITAL  
SANTO ANTONIO FRIAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Priscila Maria Vasconcelos Oliveira (NOME),  
Casada (ESTADO CIVIL), Enfermeira (PROFISSÃO), CPF  
nº 955.565.163-91, residente e domiciliado:

Rua Ary Rocha, 1093, responsabilizo-me em pagar os  
valores referentes ao resarcimento de serviços hemoterápicos, em caso de utilização,  
conforme tabela anexa, do(a)

paciente: Francisco Bruno Oliveira Vasconcelos

Priscila Maria Vasconcelos Oliveira LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
Assinatura do Paciente ou Responsável

17 AGO. 2018

ASS:

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

\*Conforme preceitua a Lei Federal nº 10.265, de 21 de março de 2011, em seu artigo 2º, parágrafo único:  
Não se considera como cobrança judicial a cobrança de valores referentes a insumos, materiais, exames  
sorológicos, imunoemunológicos e demais exames laboratoriais definidos pela legislação competente,  
realizados para a seleção de sangue, componentes ou derivados, bem como honorários por serviços  
médicos prestados na assistência aos pacientes e aos doadores.

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 334291

Paciente : 936134

Convênio Atend. : 37

Leito : 1400

Dt. Início :

Cid Pré-Operatório : S528

Cid Pós-Operatório : S528

Sala : 0031 SALA 02

FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

PLANO ECONOMICO

LEITO 104-1

Dt. Fim :

FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO

FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO

Atendimento : 5189163

Carteira :

Idade : 29 Anos 29 Dias 13 Horas

**Procedimentos**

Procedimento: 52070107

FRATURAS DO OSSOS DO ANTEBRACO - TRATAMENTO CIRURGICO

Convênio: 037

PLANO ECONOMICO

Anestesia: 06

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

**Equipe Médica**

ANESTESISTA

12079 AURIDAN MARINHO PESSOA NETO

CIRURGIAO

11811 THALES ARCANJO FONTELES

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL;
- ISQUÊMIA DE MEMBRO SUPERIOR;
- REALIZADO ANTISSEPSIA E ASSEPSIA;
- INCISÃO AO NÍVEL DO RÁDIO, CENTRADO NO FOCO DA FRATURA;
- DIERÉSE POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DA FRATURA;
- REDUÇÃO ANATÔMICA DO RÁDIO;
- FIXAÇÃO COM 01 PLACA DE A/C E 07 PARAFUSOS;
- SUTURA POR PLANO;
- CURATIVO;

**OBSERVAÇÕES:**

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

UBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

17 AGO. 2018

DR(A) : THALES ARCANJO FONTELES  
CRM : 11811

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



**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**  
**FICHA DE ANESTESIA**

## **ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**

NO	FRANCISCO Bento Alves Vazquez				DATA	11/05/13	REGISTRO				
IDADE:	25	SEXO:	M	COR:	CLÍNICA:	02700000					
PRESSÃO ARTERIAL:	130/82	PULSO:		RESPIRAÇÃO:	36,6 C	PESO:					
ESTADO GERAL:	BOM <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MAU <input type="checkbox"/>	PÉSSIMO <input type="checkbox"/>	RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN)	Grau I <input checked="" type="checkbox"/>	Grau II <input type="checkbox"/>	Grau III <input type="checkbox"/>	Grau IV <input type="checkbox"/>		
EXAMES COMPLEMENTARES:											
AP. RESPIRATÓRIO:					AP. CIRCULATORIO:						
AP. DIGESTIVO:		ESTADO MENTAL:			DROGAS EM USO:						
PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA:					ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 E						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:											
CIRURGIA REALIZADA: Fratura de braço Fissura Piscos											
CIRURGIO: Dr. THALES ACCA					AUXILIARES:						
INÍCIO DA ANESTESIA:		TÉRMINO DA ANESTESIA:			DURAÇÃO DA ANESTESIA:						
AGENTE/HORA		Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAIS Maria Cleide da Silva COORDENADORA									
O <sub>2</sub>	N <sub>2</sub> O										
LÍQUIDOS											
VENOSOS											
PULSO ●											
CÓDIGOS CIRÚRGICOS X											
ANESTESIA X											
MONITORAÇÃO P. ARTERIAL											
E.C.G.											
ANOTACÕES											
CORRETORA DE SEG. JF 17 AGO. 2008											
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/>		RAQUIDIANA <input type="checkbox"/>		EPIDURAL <input type="checkbox"/>		BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/>		BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/>		OUTROS <input type="checkbox"/>	
TÉCNICA		Bloco no PLEXO AXILAR c/ USG c/ SUCESSO									
+ Serrap											
LÍQUIDOS		Volume em ml		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO							
GLICOSE		1 Lactato c/ Uva 1,5% 150		6 Cefazil 2g							
NaCl		2 Ringer 500ml 0,15% 100		7 Dexam 2g / Cetorizina 100							
SANGUE		3 Fibrin 150ml		8 Prostigil 500							
RINGER		4 Cloridr 150ml		9							
TOTAL		5 Nitrofural 150ml		10							
DESTINO DO PACIENTE		APTO <input type="checkbox"/>		ENFERM. <input type="checkbox"/>		SRPA <input type="checkbox"/>		UTI <input type="checkbox"/>		OUTROS <input type="checkbox"/>	
SRPA		PA: 120/80		PULSO: 88		RESPIRAÇÃO: 18		SpO <sub>2</sub> : 98			
ASSINATURA ANESTÉSICO											

~~Dr. Audrea Marinhe  
Anesthesiologist  
CRM: 12.979~~

NORTESINTESE - MATERIAL ORTOPÉDICO

Luís Eufrasio Farias Neto / EPP  
CNPJ: 07.827.664/0001 - 78  
End.: Av. Tupinambá, 661 - Bairro Alto do Cristo - Sobral - CE  
CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 99273.7914

PACIENTE:

#### **TIPO DE CIRURGIA:**

**MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_

CONVÊNIO:

**DATA:**

#### **PROCEDIMENTO:**

CIRURGIÃO: T. M. C.

## **DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS**

## **ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

PARAFUSO CORTICAL PEQ. FRAGMENTOS 3.5mm	Nº QTDE							
PARAFUSO CORTICAL GR. FRAGMENTOS 4.5mm	Nº QTDE							
PARAFUSO ESPONJOSO PEQ. FRAGMENTOS 4.0mm	Nº QTDE							
PARAFUSO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 6.5/16mm	Nº QTDE							
PARAFUSO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 6.5/32mm	Nº QTDE							
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº QTDE							

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA**

COND. P/PAGTO.: \_\_\_\_\_ MD: \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
*P. P. Barreto*  
Maria Cleide da Silva  
RECORRIDA DO BOM



HOSPITAL  
NOKWALFORD

ERAPEUTICO

Name: \_\_\_\_\_

110

Data: / /

卷之三

Peso:

10 | OBSERVACOES DE ENFERMAGEM

卷之三

**Altura:** \_\_\_\_\_  
**Peso:** \_\_\_\_\_  
**Reg.:** \_\_\_\_\_

OBSTÁCULOS AO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

סינון סינון

卷之三

- 36 -



# REGISTRO DE ENFERMAGEM



NOME:

SETOR:

DATA

11/05/18

10:15

Admitido paciente para realizar tratamento cirúrgico com Dr. Valter da Cunha. Local cirurgia: braço direito por fístulas, nega alterações de base, com tipica rash MSS e luxação na região do cotovelo. (2) envolvido por ferida de círculo, e luxação na região hombro-gástrica em detta 3a, quando de procedimento.

LEITO: 104-1

Santa Casa de M. de Sobral  
CONFERENCIA ORIGINAL



Julia Cleide da Silva  
Médica Ginecologista  
COREN: 1020671-CE



HOSPITAL  
DOM WALFRIDO

# REGISTRO DE ENFERMAGEM



HOSPITAL  
DOM WALFRIDO

**NOME**

DR. FABIO HENRIQUE RONTELLA  
DENTISTA CLINICO E DENTAL SPECIALIST  
ESTETICO E REPARATÓRIO  
ESPECIALIZADO EM DENTAL

**SETO**

**DATA**

11-05-18

**RONTUÁRIO**

**LEITO:**

13:10

Início do procedimento cirúrgico Dr. Thales, procedimento segue sem intercorrência até o momento, segue sobre cuidados em tempo passado faleceu de Smart as 13:00.

13:30

Terminado procedimento cirúrgico sem intercorrência feito evitado. O tempo na unidade SP03 100% e 98 bpm, PA: 120x60mmHg.

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. KAPPA

17 AGO. 2018

COREN-SP

13:55

Examinando paciente para SPO2 consciente, orientado, verbalizando com veias funcionante no m.30, com típico em m.5 (O), curativo limpo em região abdominal, e m.I (O), SPO2 100%, P: 98 bpm, PA: 120x60mmHg.

11-05-2018

14h- Vici da SD para este vici STEPA. Vipos procedimentos cirúrgicos, escoradade, coluna, orientado, expiratório, respiratório com AVP off, monitorização eletrofisiográfica e rítmica abdominal e E.I.D. Segue os cuidados de sujeira e T.E. Juliani 001.116.535.

15:00- Monitorizada paciente P. V / 1 lei ferme 96%. 64.71

15:30 paciente retorna para setor de origem após ter realizado procedimento cirúrgico em MSE em típica, curativo em região abdominal, veio conduzido em maca, escoradade, orientado, expiratório, com AVP em forma anti-cuticular (O). Verificada PA = 130 x 80 P = 36 R = 18 T = 35,1°C. Rec: Patrícia. 001.116.535.

16:30 Instalado SPO2, 91%. Tocant, respires. Rec: Patrícia. 001.116.535.

Em tempo diverso presente rec: Patrícia - 001.116.535.

Santa Casa de M. de Sobral SAMU CO	Clínica Silvana
EREFIC CO	Clínica Silvana
EREFIC CO	Clínica Silvana
EREFIC CO	Clínica Silvana



**HOSPITAL  
DOM WALFRIDO**

## **REGISTRO DE ENFERMAGEM**



# HOSPITAL DOM WALFRIDO

NOME: Flávio Bruno Alves Javencelos N° PRONTUÁRIO 936134

SETOR: KW Alfredo ENFERMARIA: 104-2 LEITO: \_\_\_\_\_

CÓD. 13934

Grönegårdleide • (66) 3551-3723



# REGISTRO DE ENFERMAGEM



NOME: Fep Bruno Alves Viana N° PRONTUÁRIO 936134  
 SETOR: Hospital Dom Walfrido ENFERMARIA: 104 LEITO: 1

DATA	08/08/18	Atividade Administrativa - dispensando EV (em stuf)
		marcador de antecipação, D. Rose, 7012
	06:00	Administrando medicina ao paciente com nome, 06 ampolas, 7 supositórios em forma antecipada.
		Ana Nairra Souto Loiola Técnica de Enfermagem
		COREN 893.051
	08:00	Administrando uteroponto 100 mg + 100 ml ST ev em forma antecipada (D)
	11:00	Realizando curativo na região do arrebatado (E) modo de preservar o gato e com fita crepon.
	12:00	Administrando dispensa 2:18 (G) EV em forma antecipada (D).
	13:10	Administrando reagente
	14:00	Procurar evadir consulta hospitalar (G) — 11 — 11 — 11 — (G)

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018

ASS:

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



HOSPITAL  
DOM WAL

# EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



HOSPITAL  
DOM WALFRIDO

NOM

SET

DAT

PRONTUÁRIO

LEITO:

10/05/18 PDI estoujahr pote e  
Geloz  
de infecção

GII - Alc Hospital

CRM-GO 1881 - TEC011554  
Ortopedia e Traumatologia  
Dr. Thiago Alves Araújo

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFIRMADO ORIGINAL  
P.P. Deixa  
Maria Cidêda da Silva  
GERENADORA

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018

SS

Nome: Valéria Oliveira de Souza  
Nº do RG: 14.500.000-000-0000  
Município: Rio das Ostras - RJ  
Endereço: Rua das Ostras, 1000  
CEP: 26.500-000  
Data de nascimento: 01/01/1990

QP:

HDA: Paciente com diarreia crônica  
necessária do tratamento eau-fixação

EXAME FÍSICO:

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Flatulações nocturnas

CONDUTA:

ÓIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018

DIAGNÓSTICO FINAL:

Flatulações nocturnas



Paciente: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS Sexo: M  
TR. LUIS FERNANDO  
Procedimento: PUNHO ESQUERDO Idade: 30  
Modalidade: DX Prontuario: 936134  
Data do estudo: 24/05/2018 15:43:15 Data: 02/06/2018  
Convênio:

### Raio X de punho esquerdo (AP e perfil)

#### Laudo:

- Variância ulnar negativa.
- Espaços articulares preservados.

**Obs.:** Placa e parafusos de fixação de fratura diafisária radial.

Dr. Kenard Silva Brito  
Médico Radiologista  
CRM: 13247

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTD.  
17 AGO. 2018

ASS:

*Vítimo*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

DOC. ENTIDADE: ORG. EMISSOR: 2005031044669 SSP CE  
CN: 021.849.543-90 DATA NASCIMENTO: 12/08/1988  
PAI: FRANCISCO MARONIO VASCONCELOS  
MÃE: MARIA VALDA FURTUNA ALVES  
PERMISSÃO: ACC CATARINA AB  
Nº REGISTRO: 03507613052 VALIDEZ: 18/11/2006  
DT. HABILITAÇÃO: 18/11/2006  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1284361926

VALIDAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO:

Francisco Bruno Alves Vasconcelos  
RESIGNATURA DO F. R. (SOBRA) 01/11/2016  
SOBRAL, CE  
RESIGNATURA DO ENVIADO: 80910454218  
FRANCISCO MARONIO VASCONCELOS FURTUNA  
CE156214164  
RESIGNATURA DO ENVIADO: LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
1284361926

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018

SS



procuro o  
processo

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

17 AGO. 2018

55

*PAO PNEU AND 03 m<sup>2</sup>*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FRANCISCO MARONIO VASCONCELOS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
972238163

DOCENTE/ORGANIZADOR IF  
38031682 SSP CE

CF: 272.916.003-59 DATA NASCIMENTO: 01/04/1964

TRANÇAO  
FRANCISCO DAS CHAGAS  
VASCONCELOS  
FRANCISCA ONEIDE  
ANDRADE VASCONCELOS

Nº REGISTRO: 00681612468 VALIGAR: 30/07/2019 1ª PRIMATICA: 13/08/1994

DESCRIÇÃO: A 7

Francisco Maronio Vasconcelos

ASSINATURA DO PORTADOR  
SOBRAL, CE  
26/08/2014

66687885354  
CR142911628

DETTRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR  
972238163

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

17 AGO. 2018

ASS: \_\_\_\_\_

Ann 19 Chatman



*ENDELED Dº  
PROGETO  
DO MUN*

<b>SAAE</b> Serviço Autônomo de Água e Esgoto do Sertão de Sobral		Autarquia Municipal criada pela Lei nº 088/61 Praça Doutor Monte, 563 - Centro - Sobral-CE CNPJ: 07.817.778/0001-37 / CGF: 06.366.437-9 Internet: www.saaesobral.com.br DISQUE SAAE: 0800 2838 195				
<b>Matrícula</b>	9448-1	<b>Localização</b>	0000030056			
		<b>Mês de Abastecimento</b>	06/2018			
<b>Identificação do Consumidor</b>						
FRANCISCO MARONIO VASCONCELOS RUA CEL. ANTONIO FROTA, 281 2916, CENTRO CEP: 62010120 SOBRAL-CE						
<b>Classe:</b> PAR <b>A/E:</b> 0 <b>RES</b> <b>Economias:</b> 1 <b>Tarifa:</b> 000 0030056 <b>Agente:</b>	<b>ÚLTIMOS CONSUMOS</b>					
<b>Número</b> 00199998E7	<b>Data Instalação</b> 01/03/1998	<b>Mês/Fat.</b>	<b>Consumo</b>			
		05/2018	2 50			
		04/2018	2 50			
		03/2018	0 0			
		02/2018	3 50			
		01/2018	3 5			
		12/2017	3 5			
<b>DADOS CONSUMO</b>						
<b>Data Leitura Anterior</b> 04/05/2018	<b>Antiga Anterior</b> 6488	<b>Média:</b>	2			
<b>Data</b> 05/05/2018	<b>Antiga Atual</b> 6488	<b>Consumo</b>	2			
<b>Dias de Consumo</b> 32						
<b>IMÓVEL FECHADO</b>						
O SAAE agradece pela sua pontual fatura.						
<b>SERVIÇOS E TARIFAS</b>						
<b>Cod.</b>	<b>Descrição</b>	<b>N.R.</b>	<b>Valor (R\$)</b>			
1	ÁGUA		19,20			
2	ESGOTO		10,64			
997	TSHCL (PMS LEI COMP.		3,04			
<b>VENCIMENTO</b> 01/07/2018 <b>TOTAL (R\$)</b> 28,88						
<b>Mês</b>	<b>Ant.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Justificativa Diárias</b>			
2,004	0,00	0,03				
<b>PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA</b>						
Reservatório: L.T.P.A. Data: 01/05/13						
<b>Parâmetros</b>	<b>Cor</b>	<b>pH</b>	<b>Cloro</b>	<b>Turbidez</b>	<b>Flúor</b>	<b>Col. Totais</b>
Padrão	até 15 UH	6,92	até 5,0	até 5,0 FTU	até 1,5 mg/l	Ausente

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018

Exercises

100%  
Wool

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180381110      **Data do acidente:** 08/05/2018  
**Vítima:** FRANCISCO BRUNO ALVES      **Atendimento:** HOSPITAL  
**VASCONCELOS**  
**Cidade:** Massapê      **UF:** CE      **Análise:** Primeira Análise  
**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.      **Data:** 23/08/2018 10:27:03

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT DO ANTEBRACO FRAT DE OUTR PARTES DO ANTEBRACO -      **Internação:** Não

**Tratamento:** CIRURGICO      **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Exames	4.08.03.10-4	RX - ANTEBRAÇO	60,00	57,19
Exames	4.08.03.11-2	RX - PUNHO	60,00	57,94
Materiais			3000,00	0,00
Medicamentos			2700,00	0,00
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>5820,00</b>	<b>115,13</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:** SÓ FORAM AVALIADOS DESPESAS COM VALOR FISCAL. É NECESSÁRIO ENVIO DE NOTA OU RECIBO COM VALOR FISCAL E DISCRIMINATIVO COM VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA MEDICO E HOSPITALARES REALIZADAS.NOTA FISCAL Nº 2438,NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	5820,00	115,13	115,13
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>5820,00</b>	<b>115,13</b>	<b>115,13</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 5820,00      **TOTAL AVALIADO:** 115,13      **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 115,13

## PARECER DE DAMS



INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Francisco Bruno Alves Vasconcelos, brasileiro(a),  
estado civil casado, profissão Educador Físico, CI RG nº  
2005031044869, CPF/MF nº 02184954390, residente e domiciliado(a)  
à Rua Professor Amny Rocha, 1053, Q 43, Cidade de  
Sobral, Estado Ceará, CEP: 62053675, telefone 88-3.96190842.

**OUTORGADO:** CELIO GEONAVI MARQUES LINO  
CPF sob o n.º 284 193 913-87, e  
RG sob o número 883998-85 com endereço cito à  
RUA FREI ALVARO 665 - Alto do Cristo, na cidade de  
SOBRAL, Estado do CEARÁ.

### PODERES:

Concede poderes especiais ao outorgante para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ESTADO DO CEARÁ - SOBRAL CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO  
TITULAR: MARIA TEREZA LIMA MARTINS DE SUAZO - CNPJ: 02.640.968/0051-08  
Rua Dr. João do Monte, N° 912 - Centro - CEP: 62.010-220 - Sobral - CE  
Tel: (88) 3615.1760 / 3613.1131 - E-mail: cartoriooficio\_sobral@hotmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de:  
012479 - FRANCISCO BRUNO ALVES VASCONCELOS

Em testemunha 02 da verdade. Valor do Serviço: R\$ 4,16  
Sobral, 08 de agosto de 2018 - Código do Ato: 2001/2021  
Substituta: MARIA MARGARIDA LIMA VASCONCELOS

Cópia no endereço acima mencionado



Sobral, 08 de Agosto de 2018.

Francisco Bruno Alves Vasconcelos  
OUTORGANTE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
17 AGO. 2018  
LSS