



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES, portador do RG 2002021090014 inscrito no CPF 016.144.473-30, no dia **23/12/2017**, às 2h15, no município de Quixeramobim/CE, no bairro São Miguel, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto. E para constar eu, Ana Cristina Medeiros Silva Ana Cristina Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 21 de Março de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Sandra Ferreira Cordeiro
COREN-CE 308.314
Enfermeira

SAMU 192 CEARÁ





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao Sr. CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES, portador do RG 2002021090014 inscrito no CPF 016.144.473-30, no dia 23/12/2017, às 2h15, no município de Quixeramobim/CE, no bairro São Miguel, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto. E para constar eu, Ana Cristina Medeiros Silva Ana Cristina Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 21 de Março de 2018

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Sandra Ferreira Cordeiro
COREN-CE: 308.314
Enfermeira

SAMU 192 CEARÁ



Nº DO CLIENTE

27659-6

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 160
 CEP 60136-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 511895325

Rota 25 28038 05 048000 - 4 Data de Emissão 05/02/2018

Nome ANTONIO WELLINGTON DA SILVA SARAIVA LEAO

End. Postal FZ 01111111 00036 DISTRITO DE SAO MIGUEL - QUIXERAMOBIN - 63800000

Medidor 3078727 Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 788131153-34 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Provisão
Fev/2018	05/02/2018	Próxima Leitura

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda de indicação de conta.

Conjunto	Dez/2017	EUSD 28,67
Mês	DIC/2017	DIC/2017 = 0,00 %

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor de Imposto
ISENTO		

Padrão Individual	Apuração Individual
Mensal Trimestre Anual	Mensal Trimestre Anual

DIC	10,55 21,17 42,34	8,18 11,73 15,55
FIC	7,67 15,34 30,69	2,88 4,00 5,00
DMIC	5,68	1,99

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 2756.489.9069.8421.0114.0207.5658.04F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit_Antapl	Leit_Aterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 20401	107.722	-,00	127	127	127	0,23473	54,81

05/02/18	06/01/18	26 DIAS	159	54,81
----------	----------	---------	-----	-------

DESCRICAÇÃO	VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
MULTA MORATORIA REF 11/2017		1,17
INDENIZACAO MENSAL DMIC		-0,02

07/03/2018

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

55,96

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	25,13
Distribuição	17,78
Encargos Setoriais	6,15
Tributos (PIS/COFINS)	2,09
TOTAL	54,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

163	159	154	182	152	188	153	172	154	155	173	145	173
FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SETE	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 68 (70)

Compensa 0,000 (0,00)

Consciência Ecológica (%CO₂)

0	100
---	-----

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:
 Informamos existir débitos vencidos em seu extrato mensal referente a este mês, no valor de R\$ 342,79. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da data vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
07/2017	131,63
10/2017	22,67
11/2017	59,73
12/2017	73,36

Consta desta fatura R\$ 2,09 referente a PIS e Cofins. Alíquotas: PIS:0,65% e Cofins:0,14%. Iptu: 1,000000 - PIS:0,65% + Cofins:0,14,400% + Iptu:0,000000.

Para o mês de Janeiro/18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

DATA DE AUTURA SA
 07 JUN 2018
 RECEBIDO

7929856-7

Para agilizar seu atendimento, deixe a sua
conta sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada para atender 10.438

de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdemar, 180

CEP 60135-040 | Fortaleza/CE

CNPJ 070472510001-70 | CGP 06.108.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | 009

Rota

Nome 19 28030 06 001825 - 1

Data de Emissão 519016059

End. Postal HERUSA DOS SANTOS GARCIA

27/03/2018

AV PAULO FRANCO 00264 00264

JAIME LOPES - QUIXERAMOBIM -

Medidor 7761083

Posto

0000 H995

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 016934813-08 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Referência

Última

Lecture

Impresso

Mês

Período

Final

Anterior

Mês

Período

Nº DO CLIENTE
27659-6

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 511895325

Rota 25 28038 05 048000 - 4 Data de Emissão 05/02/2018
Nome ANTONIO WELLINGTON DA SILVA SARAIVA LEAO
End. Postal FZ OITICICA 00036
DISTRITO DE SAO MIGUEL - QUIXERAMOBIN - 63800000
Medidor 3078727 Posto 0000 0000
Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO Fator de Potência
RG / CPF / CNPJ 788131153-34 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão	Próxima Leitura
Fev/2018	05/02/2018	07/03/2018	

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda de indicadores de conta.

Conjunto	dez/2017	EISD 29,67
Mês	DIC21= 0,00 ;	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

Padrão Individual	Apuração Individual
Mensal Trimestre	Mensal Trimestre Anual
10,55 21,17	8,18 11,73 15,55
DIC	7,67 15,34
FIC	30,69 2,00 4,00 5,00
DMIC	5,68 1,99

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
21FB.5488.9069.8421.0114.B2E7.555B.04F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Conta Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Faz. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

FV 2018 2017 2016 2015 2014 2013 2012 2011 2010 2009 2008 2007 2006 2005 2004 2003 2002 2001 2000 2009 2008 2007 2006 2005 2004 2003 2002 2001 2000

05/02/18 06/01/18 28/01/18 159 54,81

VALOR (R\$) 54,81

DESCRITIVO VALOR CONSUMO DO MES 1,17

MULTA MORATÓRIA REF 11/2017 -0,02

INDENIZAÇÃO MENSAL DMIC

07/03/2018

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

55,96

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO
Câmbio 5,00
Transmissão 2,61
Distribuição 17,78
Encargos Setaoriais 6,15
Tributos (IOMS PIS-COFINS) 2,09
TOTAL 54,81

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Mês: Fev Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissões (79)

Compêndio (CO₂)

Conscientização (‰CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

AVISO DE DEBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos (multa) até esta data, no valor de R\$ 342,79. Seu fornecimento de energia pode ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
01/2017	131,63
10/2017	72,07
11/2017	55,73
12/2017	73,06

Consta desta fatura R\$ 2,09 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,66% e COFINS:3,14% (IOMS + IPI + ISS - PIS - COFINS) - INEEL e IPI 12% (10,407,02% + 10,992,98%)

Para o mês de Janeiro-18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

07 JUN 2018

RECEBIDO

ASL-0204105/18
karine.romualdo.0113
03/12/2018 13:35:09

7929856
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº somente
sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
é definida pela Lei N° 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza/CE
CNPJ 67.047.220/0001-70 | CGF 08.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rot. 19 ZS030 06 001825 - 1 Data de Emissão 547389410
Nome CERUSA DOS SANTOS GARCIA 27/10/2018
End. Postal AV PAULO FRANCO 00264 00284
JAINE LOPES - QUIXERAMOBIM -
Medidor 7761083 Posto 0000 M995
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 016934813-08 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Admissibilidade	Provisão Próxima Leitura	INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
			Veja a legenda no verso desta conta.					
Out/2018	27/10/2018	27/11/2018	Conjunto	Qual. 1	Qual. 2	Qual. 3	Qual. 4	Qual. 5
			Mes	2018	2018	2018	2018	2018
			ICMS					
			Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão individual	Ajustado individual	
			85,79	27,00%	23,11	Mensal	Term.	Anual
			ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	0,31	12,62
						FIC	0,00	6,68
						DMIC	0,00	13,20
								0,00
								0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Conta Consumo (kWh) Cons. Inc. Cons. Falt. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

27/10/18	27/10/18	27/11/18	100	0,00	100	0,0000	85,79
DESCRÍÇÃO							

VALOR CONSUMO DO MES 85,79
MULTA MORATÓRIA REF 09/2018 1,55
JUROS DO MES 0,49
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 18,43
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,91)

VENCIMENTO

05/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

106,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

24,93 23,52
127,12 127,12
1,55 1,55
18,43 18,43
7,91 7,91
106,26 106,26

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

125	107	101	173	149	120	156	114	121	118	119	149	165
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compõe suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Conduta Ecológica (6000)

40,21 0,00

Este documento é de propriedade da Companhia Energética do Ceará - CEMIG. É de uso exclusivo da CEMIG e não pode ser divulgado, reproduzido ou armazenado sem a autorização da CEMIG.

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Genusa ides Santos Garcia inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.034.813 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cesar Ilyavan barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473/ 30, do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Cesar Ilyavan barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473/ 30, 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>Raulo Franco</u>	Número <u>264</u>	Complemento
Bairro <u>Jairme Lopes</u>	Cidade <u>Quixarambim</u>	Estado <u>Ceará</u>
Email <u>genusasantos2019@gmail.com</u>	Telefone comercial DDD <u>(88) 9761-8985</u>	Telefone celular (DDD) <u>63-800-0000</u>

Quixarambim, 10 de abril de 2018
Local e Data

Genusa ides Santos Garcia
Assinatura do Declarante

01 JUN 2018

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

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

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

² Conselho 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 Gerusa dos Santos Garcia inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.934.813 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cesar Dijavan Barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Cesar Dijavan Barbosa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.144.473 / 30, 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	Paulo Branco	Número	264		
Bairro	Jaime Lopes	Cidade	Quixamobim	Complemento	CEP 63.800-000
Email	gerusasantos2019@gmail.com	Telefone comercial (DDD)	8809-9761-8985	Estado	Telefone celular (DDD)

Quixamobim, 12 de novembro de 2018
Local e Data

Gerusa dos Santos Garcia
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonia vania Isaias de Albuquerque
RG nº 2006021056480 data de expedição 19/09/2016
Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 510.454.943-72, com
domicílio na cidade de Quixeramobim, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Fazenda Sítio das, nº 58,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cesar Ilavan barbosa gomes cujo o condutor era
Cesar Ilavan barbosa gomes

Veículo: HONDA/POP 110I

Modelo: 2017

Ano: 2016

Placa: POB 2960

Chassi: 9C2J B0100HR226086

Data do Acidente: 23/11/21/2017

Local e Data: Quixeramobim 09/10/2018

Antonia vania Isaias de Albuquerque

Assinatura do Declarante

Cesar Ilavan Barbosa Gomes

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



CARTÓRIO 1º OFÍCIO
QUIXERAMOBIM - CE
Rua: Condego Autêntico, N° 156
Bairro: Centro - CEP 62.560-000
CNPJ: 15.914.090/0001-56



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonia vania Isaias de Albuquerque
RG nº 2006021056480 data de expedição 19/09/2006
Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 510.454.943-72, com
domicílio na cidade de Quixeramobim, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Fazenda Estácio, nº 58,
complemento . declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Cesar Igarvan barbosa gomes o condutor era
Cesar Igarvan barbosa gomes

Veículo: HONDA/POP 110I

Modelo: 2017

Ano: 2016

Placa: P062960

Chassi: 9C2J B0100HR226086

Data do Acidente: 23/12/2017

Local e Data: Quixeramobim 09/04/2018

Antonia vania Isaias de Albuquerque

Assinatura do Declarante

Cesar Igarvan Barbosa Gomes

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



Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade:
Antonia vania Isaias de Albuquerque
Deu Fá. Quixeramobim-CE 19/ABR/2018
Em testemunho Jeú Dantas Coutinho da verdade.
Jeú Dantas Coutinho
ESCREVENTE

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
QUIXERAMOBIM - CE
Rua: Condego Andrade, N.º 154
Bairro: Centro, CEP 62.590-000
CNPJ: 16.914.093/0001-56



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 21/06/2018

HORÁRIO: 08:00

ATENDIMENTO N°: 53

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NAME: Gláucio DATA NASCIMENTO: 10/01/1980 IDADE: 38 ESTADO CIVIL: Solteiro
 SEXO: M SUS: 123456789012345678
 MÃE: NATALIDADE: Brasil PROFISSÃO: Funcionário
 SUSENORRECO: 085-0000-0000 BAIRRO: Centro CEP: 63900-000
 CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: (85) 9999-9999

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Gláucio ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

P.A. 120 X 80 mmHg SPO₂: 98 % FC: 75 bpm FR: 18 lpm T: 36.5 °C PESO: 75 Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p><input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE;</p> <p><input type="checkbox"/> Queimaduras grandes;</p> <p><input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência;</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Gravé;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no peito + clorose + falta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência ou dor fária por mais de 30 min;</p> <p><input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise convulsiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas (falta de ar);</p> <p><input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada;</p> <p><input type="checkbox"/> Parestesias; ferimentos (contusões);</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios;</p> <p><input type="checkbox"/> História de convulsão;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p><input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos;</p> <p><input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorragia;</p> <p><input type="checkbox"/> Epistaxe;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarréia persistente + sinais de desidratação grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°);</p> <p><input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor;</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes escoitados;</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;</p> <p><input type="checkbox"/> Asma fora da crise;</p> <p><input type="checkbox"/> Enxaqueca;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito e diarréia sem sinais de desidratação;</p> <p><input type="checkbox"/> Abscessos;</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</p> <p><input type="checkbox"/> Lombalgia intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterite.</p>	<p><input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas;</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p><input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;</p>

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

07 JUN 2018
SAÚDE MUNICIPAL
RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



DATA: _____

HORARIO: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Homem de 20 anos. Vítima de acidente de moto. (anamnese e exame físico)

PRESUNÇÃO:

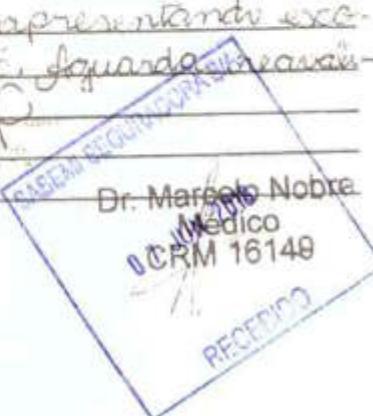
~~(300) (500)~~

03/45

EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Paciente alcoolizado, vítima de acidente de moto, apresentando exangueções pelo corpo. Medicado conforme prescrição, aguarda evolução. Deve ser atendido de emergência.





IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES	ID Paciente: 5545430	
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY		Data do Exame: 11/01/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404





IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES	ID Paciente: 5545430	
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY	Data do Exame: 11/01/2018	
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 23 / 12 / 17

HORÁRIO: 08:00

ATENDIMENTO Nº: 53

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: Caio Oliveira
 SEXO: M DATA NASCIMENTO: 10/01/00 IDADE: 08 ESTADO CIVIL: Solteiro
 MÃE: SUS:
 NATURALIDADE: Brasil PROFISSÃO: Aluno
 ENDEREÇO: Rua 05, 000-000 BAIRRO: CEP: 63.800-000
 CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Saigon Vitor Inácio Beltrão
 ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 120 mmHg SPO₂: 98 % FC: 80 bpm FR: 16 ipm T: 36.5 °C PESO: 60 Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p><input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE;</p> <p><input type="checkbox"/> Queimaduras grandes;</p> <p><input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência;</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência ou dor torácica por mais de 30 min;</p> <p><input type="checkbox"/> Perforação no peito, abdômen ou cabeça;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise convulsiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas/falta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada;</p> <p><input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (contusões);</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios;</p> <p><input type="checkbox"/> História de convulsões;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p><input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos;</p> <p><input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorragia;</p> <p><input type="checkbox"/> Epistaxe;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarréia persistente + sinais de desidratação grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°);</p> <p><input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa;</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes escoletados;</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;</p> <p><input type="checkbox"/> Asma fora da crise;</p> <p><input type="checkbox"/> Enxaqueca;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito e diarréia sem sinais de desidratação;</p> <p><input type="checkbox"/> Abscessos;</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</p> <p><input type="checkbox"/> Lombalgia intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterite.</p>	<p><input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas;</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p><input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p>Uso de benzilpenicilina;</p> <p>SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.</p>

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO

DATA: _____

HORÁRIO: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Paciente alcoolizado, vítima de acidente de moto (SIC) apresentando escoriações graves, náuseas e vômitos

PRESCRIÇÃO:

1) Anelox 1000ml 5% (500) (500)

2) Dex 200ml 5%

3) Salsap. 10ml 5% c/ no sono

4) Piritina 100ml 5%

5) Multivitamínico 10ml 5%

03/45

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Paciente alcoolizado, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações pelo corpo. Medicado conforme prescrição. Aguarda reavaliação. Deve ser o cuidador de enfermagem

DR. MARCELO NOBRA

Dr. Marcelo Nobra
Médico
CRM 16149

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO



MS | SIS/MS

2018-07-10

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

Afestado Mídia

Afestado, para o devidor fim,
que é Cesar Picavim Barbosa
Gomes, 33 anos, sujeitado de TCE,
apresentando deficiência de difícil
controle, mesmo em uso regular
de medicamenta (Taperamento 250/dia)
Resalta que o sujeito é homem
e casado de exercer sua
atividade laboral (Agricultor)

CID 10 G44.3

/

DATA: 02/10/18

MÉDICO

CRM/SP

MÉDICO/CREMEC

SABEMI SEGURADORA S/A

03 DEZ 2018

RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



Dr. Pontes Neto

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA:

HORARIO:

ATENDIMENTO N°:

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NAME: _____
 SEXO: _____ DATA NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
 NAI: _____ SUS: _____
 NATURALIDADE: _____ PROFISSAO: _____
 ENDERECO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
 CIDADE: _____ ESTADO: _____ TELEFONE: _____
 ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: _____ mmHg SPO: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIADAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p><input type="checkbox"/> Poliuria/urina noturna;</p> <p><input type="checkbox"/> Cintilografia grande;</p> <p><input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência;</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave:</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no peito + clorose + febre ac. alt;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito + perda consciente ou des. forte por mais de 30 min;</p> <p><input type="checkbox"/> Prolongado na peito, abdomen ou cabeça;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise convulsiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerância exógena ou endógena de sulfato;</p> <p><input type="checkbox"/> Anestesia ou reações alergo-irritativas agudas;</p> <p><input type="checkbox"/> Hipot. ou Hipoglicemias (hipoglicemia aguda);</p> <p><input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações ECG + sintomas imprevisíveis;</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia não controlada;</p> <p><input type="checkbox"/> Traumas; ferimentos graves;</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios;</p> <p><input type="checkbox"/> História de convulsões;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p><input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração de estado mental, visão turva, fome, vômito, taquicardia, tonturas;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de sinal vital em pacientes sintomáticos;</p> <p><input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematemese ou enterorragia;</p> <p><input type="checkbox"/> Epistaxe;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinal de desidratação - greve;</p> <p><input type="checkbox"/> Freqüente alta (39-40°);</p> <p><input type="checkbox"/> Laxações, enurese + dor</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes esgotados;</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;</p> <p><input type="checkbox"/> Asma fora da crise;</p> <p><input type="checkbox"/> Enxaqueca;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor ouvido moderado a leve;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações vitais;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinal de desidratação;</p> <p><input type="checkbox"/> Abcesso;</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</p> <p><input type="checkbox"/> Lombalgia intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;</p> <p><input type="checkbox"/> Gestante;</p>	<p><input type="checkbox"/> Qualquer sinal alterado agudas;</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p><input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;</p>

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

07 JUN 2018

REF: 020410518

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



DATA

HORÁRIO

ANAMSESE E EXAME FÍSICO

PRIMATIVA

EVOLUÇÃO/PROGESSO

EVOLUÇÃO DA ENFERMIDADE

Homem de 12 anos, vítima de acidente de moto, apresentando exsanguinação pelo corpo. Medicado conforme prescrito, fique de observação. Deve-se ter cuidado de engasgo.

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16148

REC



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES	ID Paciente: 5545430	
Data de Nascimento: 21/11/1984	Idade: 33 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR VALDY	Data do Exame: 11/01/2018	

LAUDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

Hematoma extradural, em absorção, temporal esquerdo.

Sistema ventricular anatômico.

Linha média centrada.

Traço de fratura temporo-parietal esquerdo.

CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404



CONTINUOUS PLASTIC

874601530

07 JUN 2018

RECIBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO
O EREPTÓRIO NACIONAL

874601530

NAME: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

DOC IDENTIDAD / ONG EMISSOR: 2002021090014 SSPDC CE

CPF: 016.144.473-30 DATA NASCIMENTO: 21/11/1984

RESACAO: PAULO ACESIO DA SILVA
GOMES
MARIA GORETE BARBOSA
GOMES

PERMISAO: ACC: CAL/98
AH

NP REGISTRO: 03907074527 VALADE: 17/06/2018 1ª HABILITACAO: 05/08/2006

EXERCE ATIV REMUNERADA:

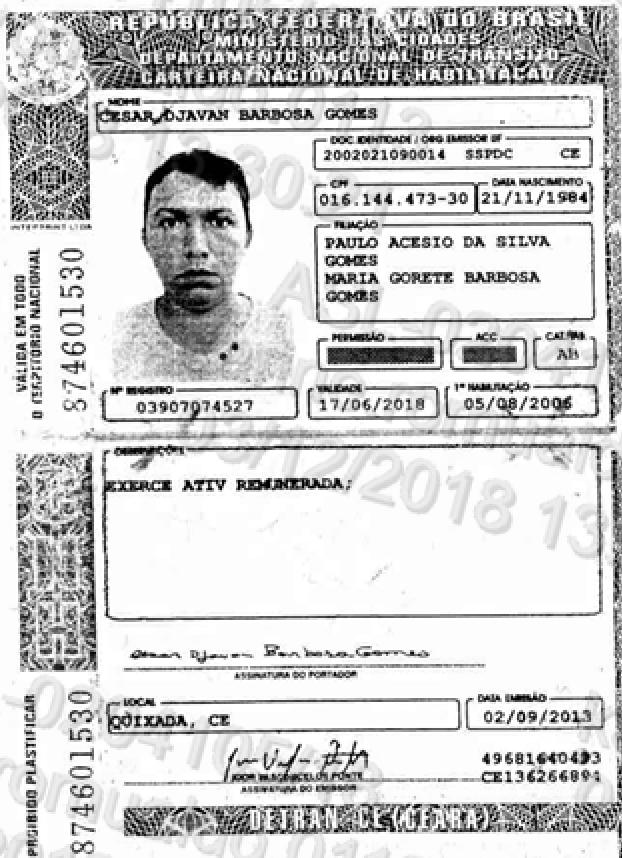
Cesar Djavan Barbosa Gomes
ASSINATURA DO PORTADOR

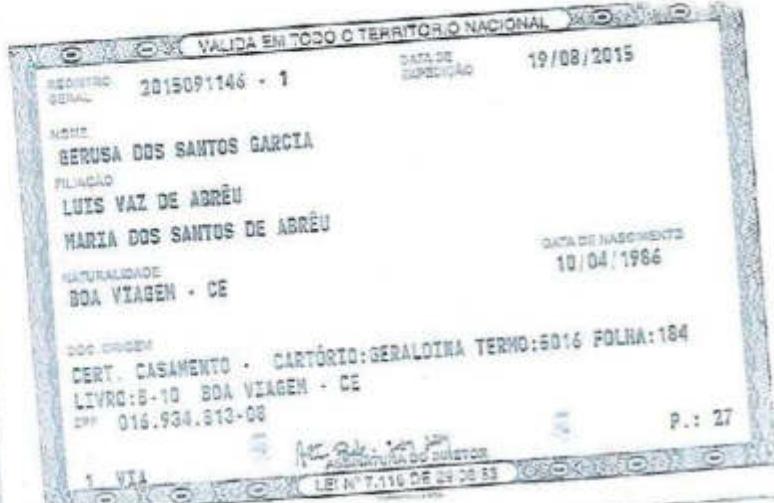
LOCAL: QUIXADA, CE DATA EMISSAO: 02/09/2013
JOAO MACACELLO DE PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR: 49681640493
CE136266894

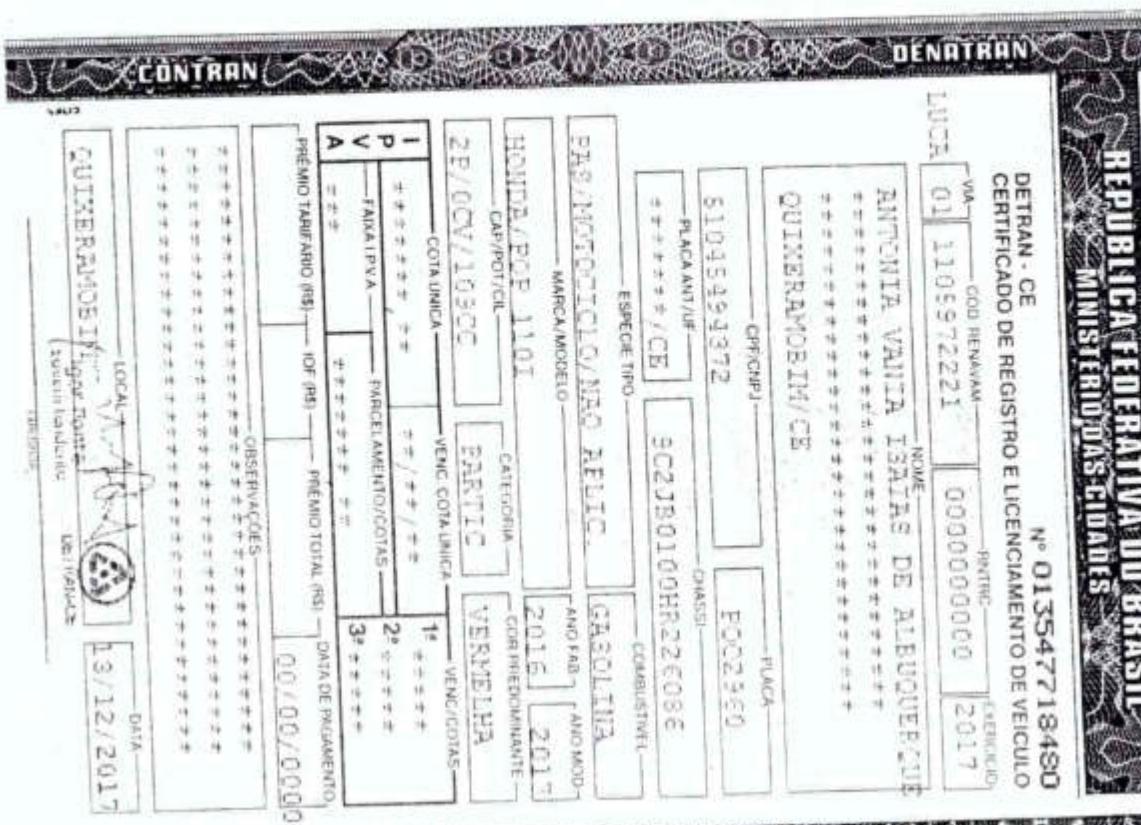
DETRAN-CE (UF/MA)

PRODUTO PLASTIFICAR









SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR NEGLIGÊNCIA, DILIGÊNCIA DEFICIENTE, NADARIA, APRESA

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

www.seguradoraider.com.br
SAC DFVAT 0600 022 1204

CE N° 013547718480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LOTE/D. SEGUROADORA LIDER, DPVAT
PROPTETRATO
MOTOR: JE01EUCH283585608.0001-04

TUM-2017

THE JOURNAL OF

224

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA TEMPOROPARIETAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total		0 %	R\$ 0,00	

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAÇO DE FRATURA TEMPOROPARIETAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **(4)RELATÓRIO MÉDICO 02/10/18 - "CEFALÉIA".

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (hematoma extradural em absorção em região temporal esquerda, sem desvio de linha média)

Descrição do exame Paciente apresenta marcha normal sem deficit de força Refere apenas quadro de cefaleia cronica, com piora com **médico pericial:** luminosidade em uso de topiramato

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador sendo liberado pelo hospital no dia 11 de janeiro de 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador. Há descrição de sintomas subjetivos sem comprovação de sequelas que os justifiquem

Médico examinador: CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS

CRM do médico: 15512

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

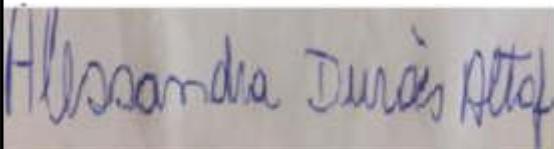
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567946 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 23/12/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (hematoma extradural em absorção em região temporal esquerda, sem desvio de linha média)

Descrição do exame Paciente apresenta marcha normal sem deficit de força Refere apenas quadro de cefaleia cronica, com piora com **médico pericial:** luminosidade em uso de topiramato

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador sendo liberado pelo hospital no dia 11 de janeiro de 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador. Há descrição de sintomas subjetivos sem comprovação de sequelas que os justifiquem

Médico examinador: CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS

CRM do médico: 15512

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

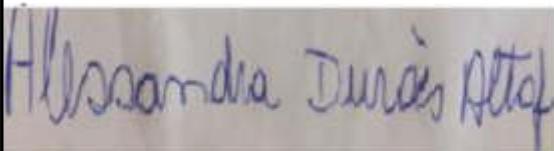
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Cisan Djavan Barbosa Gomes

Nacionalidade: brasileiro

Estado civil: Solteiro

Identidade: CNH 039107074527

CPF: 016.144.473-30

Profissão: Agricultor

Endereço: Edgencia Oliveira distrito paus brancos

CEP: 63.800-000

Telefone

OUTORGADO:

Nome: Guilherme Santos Garcia

Nacionalidade: brasileiro

Estado civil: Casado

Identidade: 2015091146-1

CPF/CNPJ: 016.934.813-08

Profissão: funcionário

Endereço: Paulo Freire 261 Jaime Lopes

CEP: 63.800-000

Telefone (65) 9.0761-8985 (88) 9.9218-0612

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a Vítima:

Cisan Djavan Barbosa Gomes

Guarapuava - 19 OUT 2018

Local e data

Cisan Djavan Barbosa Gomes

Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)



Reconhecido(a) (s) assinado(s) por autenticidade:
Cisan Djavan Barbosa Gomes
Quixeramobim-CE 19 OUT 2018
Alma
 KARLA PATRÍCIA FARIA DE ALMEIDA
 LUANA DIAS LEMOS LIMA
 DANIELLY MORAIS MACIEL
ESCREVENTES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436540/18

Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

CPF: 016.144.473-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2017

Titular do CPF: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GERUSA DOS SANTOS GARCIA : 016.934.813-08

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

CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES : 016.144.473-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/12/2018
Nome: GERUSA DOS SANTOS GARCIA
CPF: 016.934.813-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

GERUSA DOS SANTOS GARCIA

KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES
Nº Sinistro: 3180567946
Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES
Data do Acidente: 23/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180567946**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização 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 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

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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180567946

Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 23/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180567946

Vítima: CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 23/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 A51:

CPF da vítima

016.144.473-30

Nome completo da vítima

Cesar Djavan barbosa gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Cesar Djavan barbosa gomes

CPF titular da conta
016.144.473-30

Profissão
Agricultor

Endereço
Fazenda vitória

Número
36

Bairro
Distrito São Miguel

Cidade
Quixaramirim

Estado
Ceará

Email
Cesarasantos2011@gmail.com

CTP
63.800-000

Telefone (DDD)

(83) 9761-8985

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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

001

001

CONTA

Nº

01327504

3

(informar digito se existir)

(informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº

001

001

AGÊNCIA

Nº

001

001

CONTA

Nº

001

001

(informar digito se existir)

(informar digito se existir)

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

Quixaramirim, 10 de abril de 2018

Local & Data

Cesar Djavan Barbosa Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

07 JUN 2018
RECEBIDO
LASEMI SECURITÁRIA S/A

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

016.144.473-30 Cesar Djavan Barbosa Gomes

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CPF:

016.144.473-30

Número:

Complemento:

CEP:

65.800-000

Tel. (DDD):

(88) 9.9918-0612

E-mail:

curuca.dos.santos.2012@gmail.com

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 08413

CONTA: 013 27504 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nasdutro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Quixadá/CE 32/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ SABEMI SEGURADORA S/A
 CPF: _____

Assinatura: _____

03 DEZ 2018

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

RECEBIDO

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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2018 09:16:42**
Data / Hora da Ocorrência: **23/12/2017 02:15:00**
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO**
Complemento:
Bairro: **QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A LOCALIDADE DE PARADA MIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**
Nascimento: **21/11/1984** CPF: **016.144.473-30**
RG : **Orgão Emissor:**
Filiação: **MARIA GORETE BARBOSA GOMES**
PAULO ACESIO DA SILVA GOMES
Endereço: **VILA OITISICA, 15**
Bairro: **DISTRITO DE SÃO MIGUEL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE** CEP: **CEP:** Telefone: **(88) 99201-1071**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POO2960** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9C2JB0100HR226086** Renavam: **1105972221** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

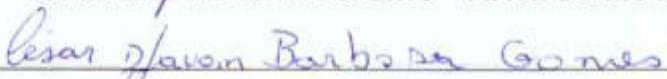
Informa à vítima que é habilitado-CNH: 03907074527 e CPF: 016.144.473-30; Que na data hora supracitada, vinha conduzindo o veículo, uma motocicleta de MARCA/MOD. HONDA POP 110I, PLACA: POO2960/CE, CHASSI: 9C2JB0100HR226086, COR: VERMELHA, ANO: 2016 de propriedade de ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE, cunhada da vítima; Que vinha sozinho e estava se deslocando da localidade de São Miguel em destino para Fazenda de Oiticica; Que a vítima lembra que vinha do São Miguel e que no outro dia já acordou no hospital; Que de acordo com a Certidão narrativa do SAMU 192 CEARÁ, assinado pela assessora executiva, MARIA DAS GRAÇAS TORRES, foi prestado atendimento a uma pessoa vítima de acidente de moto e que foi encaminhada para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto; Que a vítima deu entrada no referido hospital às 03h e 20min, do dia 23.12.2017 e foi atendido pelo Dr. MARCELO NOBRE & CREMEC: 16149, de acordo com a Ficha de Atendimento Urgência/Emergência nº53; Que a vítima chegou inconsciente e só dia seguinte recobrou a memória; Que a vítima ficou em observação pelo período de 24 horas e depois recebeu alta; Que com 4 dias depois a vítima retornou ao referido hospital, queixando-se de fortes dores de cabeça e que nesse momento foi transferido para o Hospital Regional do Sertão Central e lá foi realizada uma tomografia computadorizada, que detectou uma fratura no crânio; Que retornou ao Pontes Neto e já ficou internado esperando para ser transferido

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018**

para o Hospital Dr. José Frota na cidade de Fortaleza; Que ao chegar no referido hospital ficou internado pelo período de 15 dias para que fossem ministrados medicamentos para desmanchar coágulos que foram formados devido a lesão; Que após isso recebeu alta para se recuperar em casa; Que o médico forneceu o atestado médico pelo período de 15 dias para recuperação; Que a vítima continua sentindo fortes dores de cabeça e aguarda para que seja realizado um outro exame de tomografia computadorizada; Que veio a esta Delegacia de Policia para confecção do Boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT sozinho, sem ser acompanhado por um assessor de seguro; Que as informações prestadas neste procedimento são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**
KAROLINE DE LIMA RIBEIRO - MAT.: 30110412**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :**
CLÁUDIO DE ALMEIDA MARTINS - MAT.: 301051-1-7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2018 09:16:42**
Data / Hora da Ocorrência: **23/12/2017 02:15:00**
Endereço da Ocorrência: **NÃO INFORMADO**
Complemento:
Bairro: **Município: QUIXERAMOBIM/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A LOCALIDADE DE PARADA MIL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES**
Nascimento: **21/11/1984** CPF: **016.144.473-30**
RG : **Orgão Emissor:**
Filiação: **MARIA GORETE BARBOSA GOMES**
PAULO ACESIO DA SILVA GOMES
Endereço: **VILA OITISICA, 15**
Bairro: **DISTRITO DE SÃO MIGUEL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE** CEP: **CE** Telefone: **(88) 99201-1071**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POO2960** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9C2JB0100HR226086** Renavam: **1105972221** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa à vítima que é habilitado-CNH: 03907074527 e CPF: 016.144.473-30; Que na data hora supracitada, vinha conduzindo o veículo, uma motocicleta de MARCA/MOD. HONDA POP 110I, PLACA: POO2960/CE, CHASSI: 9C2JB0100HR226086, COR: VERMELHA, ANO: 2016 de propriedade de ANTONIA VANIA ISAIAS DE ALBUQUERQUE, cunhada da vítima; Que vinha sozinho e estava se deslocando da localidade de São Miguel em destino para Fazenda de Oiticica; Que a vítima lembra que vinha do São Miguel e que no outro dia já acordou no hospital; Que de acordo com a Certidão narrativa do SAMU 192 CEARÁ, assinado pela assessora executiva, MARIA DAS GRAÇAS TORRES, foi prestado atendimento a uma pessoa vítima de acidente de moto e que foi encaminhada para o Hospital Regional Dr. Pontes Neto; Que a vítima deu entrada no referido hospital às 03h e 20min, do dia 23.12.2017 e foi atendido pelo Dr. MARCELO NOBRE & CREMEC: 16149, de acordo com a Ficha de Atendimento Urgência/Emergência nº53; Que a vítima chegou inconsciente e só dia seguinte recobrou a memória; Que a vítima ficou em observação pelo período de 24 horas e depois recebeu alta; Que com 4 dias depois a vítima retornou ao referido hospital, queixando-se de fortes dores de cabeça e que nesse momento foi transferido para o Hospital Regional do Sertão Central e lá foi realizada uma tomografia computadorizada, que detectou uma fratura no crânio; Que retornou ao Pontes Neto e já ficou internado esperando para ser transferido



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 827 / 2018

para o Hospital Dr. José Frota na cidade de Fortaleza; Que ao chegar no referido hospital ficou internado pelo período de 15 dias para que fossem ministrados medicamentos para desmanchar coágulos que foram formados devido a lesão; Que após isso recebeu alta para se recuperar em casa; Que o médico forneceu o atestado médico pelo período de 15 dias para recuperação; Que a vítima continua sentindo fortes dores de cabeça e aguarda para que seja realizado um outro exame de tomografia computadorizada; Que veio a esta Delegacia de Policia para confecção do Boletim de ocorrência para dar entrada no seguro DPVAT sozinho, sem ser acompanhado por um assessor de seguro; Que as informações prestadas neste procedimento são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de que no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Karoline de Lima Ribeiro - MAT.: 30110412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Cesar Alves Barbosa Gomes

VISTO DO DELEGADO(A) :

Cláudio de Almeida Martins - MAT.: 301051-1-7



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 da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Cesar Juvan Barbosa Gomes

CPF da Vítima

016.144.473-30

Data do Acidente

23/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

gurusantos2019@gmail.com

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(83)9761-8785

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Quixaramirim, 10 de abril de 2018

Local e Data



Cesar Juvan Barbosa Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

016.144.473-30 Cesar Djavan Barbosa Gomes

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

CEP:

Quixaramirim

65.800-000

curuca.dos.santos.silva@gmail.com

Tel. (DDD):

(88) 9 9918-0612

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 08413

CONTA: 013 27504 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Quixaramirim 32/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ SABEMI SEGURADORA S/A
 CPF: _____

Assinatura: _____

03 DEZ 2018

2º | Nome: _____ Assinatura: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____ RECEBIDO

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

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180567946

Nome do(a) Examinado(a): CESAR DJAVAN BARBOSA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): Z OITICICA, 36 - QUIXERAMOBIM/CE - CEP 63800-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2002021090014 - SSP

Data e Local do Acidente : 23/12/2017 - Proximo a localidade de parada mil

Data e Local do Exame : 12/12/2018 RUA JOSÉ DE QUEIROZ PESSOA,
2511 - QUIXADÁ/CE - CEP 63902-098

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

Paciente vítima de acidente de moto, ocorrido no dia 23 de dezembro de 2017, sendo encaminhado para hospital de referencia sendo constatado presença de hematoma extradural em absorção em região temporal esquerda, sem desvio de linha média, sendo indicado tratamento conservador.

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

Realizado tratamento conservador sendo liberado pelo hospital no dia 11 de janeiro de 2018

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

Paciente apresenta marcha normal sem deficit de força

Refere apenas quadro de cefaleia crônica, com piora com luminosidade em uso de topiramato

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [] Sim [X] Não**

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

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**

caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(X) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

_____ % do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

_____ % do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

_____ % do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

_____ % do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Paciente com quadro de cefaleia crônica pós traumática, em uso de topiramato (25mg/dia), nega uso de outras medicações para controle.