

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190515350

Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 1

Agência: 000000374-3

Conta: 0000056823-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.633.523.60 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.633.523.60

7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA JOÃO BATISTA BARROSO 9 - Número: 2388 10 - Complemento:

11 - Bairro: FLORES 12 - Cidade: ITAPIPOCA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62500-000

15 - E-mail: macielr2016@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 88 9.96282326

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL COOP

AGÊNCIA: 0374 3 CONTA: 56823 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ITAPIPOCA-CE 07/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Fº EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/04/2018 - Autoatendimento - 11:28:26
037470713 0688

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	FRANCISCO E S DOS SANTOS
AGENCIA:	0374-3
CONTA:	56.823-6
VALOR *	
NR. ENVELOPE	2.455.972.766

* Acolhido em: 03/04/2018, na Agência 0374-3.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informacoes.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Aldeota - Fortaleza - CE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190515350
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Ednardo Sousa dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Batista Barroso, 2388
das Flores Itapipoca CE CEP: 62504-366
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006019177275
Data local do acidente: [01/01/2018]
Data local do exame: [20/09/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA NA FACE COM PENETRAÇÃO DE LASCA DE MADEIRA EM RAGIÃO DE MUCOSA LABIAL E FRATURA DE MANDÍBULA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: ABSCESSOS RECIDIVANTES DE FACE, COM VULTUOSIDADE NA REGIÃO MAXILAR DIREITA. LIMPEZA CIRÚRGICA, REDUÇÃO DE FRATURA SEM OSTEOSSÍNTESE. ANTIBIOTICOTERAPIA.
Complicações: INFECÇÕES RECORRENTES
Data da Alta: 02/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CREPITAÇÃO E BLOQUEIO DE ATM COM LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(☒) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(☒) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA RESIDUAL PELA PERDA PARCIAL DA AMPLITUDE BUCAL
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL SÃO CAMILO E LAUDO DE AII REFERE FRATURA DE MANDÍBULA

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luís, 300 - Lt. 147

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

BOLETIM DE Ocorrência N° 466 - 14967/2018 CE

435500

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **04/04/2018 14:24:48**Data / Hora da Ocorrência: **01/01/2018 15:00:00**

Endereço da Ocorrência:

Complemento:

Bairro:

Município: **ITAPIPOCA/CE**Ponto de Referência: **PRÓXIMO À PISTA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS**Nascimento: **14/01/1990** CPF: **042.633.523-60**RG: **2006019177275** Órgão Emissor: **SSPCE**Filiação: **MARIA SONIA DE SOUSA****MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS**Endereço: **RUA CHICO VIRIATO., 1021 CASA**Bairro: **ÁREA NOBRE**Município: **ITAPIPOCA/CE**País: **BRASIL**

UF:

0305893-19
3190515350
545646CEP: **62.500-000**Telefone: **(88) 9602-5988****Noticiante(s)**Nome: **MARCUS PAULO MENDES DE SOUSA**Nascimento: **29/06/1993** CPF: **061.232.623-35**CNH: **06046140309** Órgão Emissor: **DETRAN**Filiação: **FRANCISCA RIOMAR MENDES DE LIMA SOUSA****JOSE AIRTON RODRIGUES DE SOUSA**Endereço: **RUA INOCENCIO BRAGA, 818**Bairro: **CENTRO**Município: **ITAPIPOCA/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 300 - Lt. 147

Telefone: **(88) 9623-3337****Histórico**

Narra que na data, hora e local acima descritos, trafegava na condição de condutor da motocicleta, HONDA/CB 250F, COR:VERMELHA, FAB/MOD:2016, PLACA:PNH8379, CHASSI:9C2MC4400GR023131, registrada em nome de Emanuel Teixeira Pinheiro, conduzindo como passageiro FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS, quando ao passar por um buraco, perdeu o controle da referida motocicleta indo ambos, condutor e passageiro, ao solo; Que em decorrência da queda, sofreu apenas arranhões enquanto FRANCISCO EDNARDO sofreu lesões graves sendo levado por ele mesmo, o declarante, ao Hospital Maternidade São Vicente de Paulo conforme prontuário de atendimento de nº042381 e atendimento de nº0018, em anexo. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.

Obs.: O noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B.(Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direto, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

MARCUS PAULO MENDES DE SOUSA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 1496 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

HELIA MARIA DE LIMA FREITAS - MAT.: 300488-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Lucas Paulo Mendes da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALINE VASCONCELOS DE OLIVEIRA - MAT.: 30085612



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
042.633.52360 FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.633.523-60

7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA JOÃO BATISTA BARROSO 9 - Número: 2388 10 - Complemento:

11 - Bairro: FLORES 12 - Cidade: ITAPIPOCA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62500-000

15 - E-mail: MACIELER2016@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 88 9.96282326

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0374 3 CONTA: 56823 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ITAPIPOCA-CE 07/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0018	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275	Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS	Mãe MARIA SONIA DE SOUSA	Idade 27 Ano(s)		
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92067088	
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/01/2018	Hora 20:18	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DAVYSON CHAVES FARIAS	CRM/UF 16745/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário DAVI DE LIMA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)
				140 X 70

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 01/01/2018 20:31

Responsável pela Classificação: MORYEL MONTE DE SOU

Relatório:

cliente deu entrada nesta unidade vítima de acidente de moto(SIC). relata ter batido a cabeça relata epistaxe apos acidente.

CEL

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

01/01/2018 21:32:58h Responsável: DAVYSON CHAVES FARIAS CRM-CE 16745

PCT, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ + OU - 6 HORAS, APRESENTANDO SANGRAMENTO EM LÁBIO SUPERIOR.

AO EXAME: BEG, LOTE, GLASGOW 15

OBS : PCT NÃO DESEJA REALIZAR SUTURA

CD: VPM



A

Dr. Davyson Chaves Farias - CRM: 16745
Médico
CRMCE 16745

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00374-3

CONTA: 000000056823-6

Nr. da Autenticação 57916BF22B4ECBC9

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Maria Maciele Rodrigues Regerio inscrito (a) no CPF 013.999.363, 12 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.633.523/60, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.633.523/60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios: RECUSO

☒ 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 - CAP. MARCEL ALVES</u>		Número <u>77</u>	Complemento
Bairro <u>alto alpin</u>	Cidade <u>Itapipoca</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>62500-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>881996282326</u>	Telefone celular (DDD) <u>881994420704</u>

Itapipoca, 07 de abril de 2018
Local e Data

Maria Maciele Rodrigues Regerio
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EMANUEL TEIXEIRA PINHEIRO,

RG nº 2009010116804 data de expedição 24/02/2016

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 603.509.713-82, com domicílio na cidade de ITAPIPOCA, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA JOÃO BATISTA BARROSO, nº 2388

complemento FLORES, 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 EDUARDO SOUSA DOS SANTOS, cujo o condutor era MARCUS PAULO MENDES DE SOUSA.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA/CB 250 F TWISTER

Ano: 2016

Placa: PNH 8379

Chassi: 9C2NC4100GR023131

Data do Acidente: 01.01.2018

Local e Data: ITAPIPOCA - CE 29/03/2018

x Emanuel Teixeira Pinheiro
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

+ Marcus Paulo Mendes de Sousa

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



Dr. Dilermano Fernandes
CLÍNICA MÉDICA E MEDICINA DO TRABALHO
Médico MD - CREMEC- 9670

ATESTADO

*Fraancs Ednardo Sarr dos
Sarrs*

*Segur Bono 466-1496-2018
Sofrendo de Noto Odo ..
Seguinte em Lábios Superiores 6-15,
e patina de cárdulo de mandíbulas
no mesmo tempo de um diagnóstico
afalcoo crônico, pode de foca e na área*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Data: 02/08/019


Assinatura do Médico - CREMEC

Av. Senador Virgílio Távora, N° 001 - Alto São Francisco - Trairi-CE
☎ (85) 99815.4035 / (85) 99815.4037

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0018	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS		CNS 898003478448591	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 2006019177275			Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 14/01/1990		Local ITAPIPOCA/CE		Idade 27 Ano(s)		
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS			Mãe MARIA SONIA DE SOUSA			
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021		Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE	Telefone 88 92067088
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge				
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021		Município ITAPIPOCA	UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/01/2018	Hora 20:18	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DAVYSON CHAVES FARIAS		CRM/UF 16745/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário DAVI DE LIMA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm) 103	R (mpm) 140 X 70

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 01/01/2018 20:31

Responsável pela Classificação: MORYEL MONTE DE SOU

Relatório:

cliente deu entrada nesta unidade vítima de acidente de moto(SIC). relata ter batido a cabeça relata epistaxe apos acidente.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

01/01/2018 21:32:58h Responsável: DAVYSON CHAVES FARIAS CRM-CE 16745

PCT, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ + OU - 6 HORAS, APRESENTANDO SANGRAMENTO EM LÁBIO SUPERIOR.

AO EXAME: BEG, LOTE, GLASGOW 15

OBS : PCT NÃO DESEJA REALIZAR SUTURA

CD: VPM



Dr. Davyson Chaves Farias
DAVYSON CHAVES FARIAS - CRM: 16745
Médico
CRM/CE 16745

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0021	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE			Idade 27 Ano(s)
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS	Mãe MARIA SONIA DE SOUSA			
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 92067088
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/01/2018	Hora 00:02	Convênio SUS	Matrícula	Cid
Profissional do Atendimento ADRIANO DE ALMADA FERREIRA	CRM/UF 12320/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário ANTONIO EURANI CAETANO DE AZEVEDO			
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Prém

020307-22-7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0022	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS		CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE		Idade 28 Ano(s)		
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS		Mãe MARIA SONIA DE SOUSA			
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021		Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjugue		Telefone 88 92067088	
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021		Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 17/01/2018	Hora 11:05	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO		CRM/UF 14570/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente		Funcionário FRANCISCA ELISANGELA TEIXEIRA		
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36,3	P (bpm) 88	R (mpm)	PA (mmHg) 124 X 68
---------------	-----------	-------------	----------------	---------------	---------	-----------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 17/01/2018 12:14

Responsável pela Classificação: FRANCISCA ELISANGEL

Relatório:

PACIENTE REFERENCIADO DA UPA COM RELATOS DE ACIDENTE COM IMPACTO DE FACE NO CHAO, HA 16 DIAS, COMPARECI HOJE COM ABCESSO EM FACE, HOUE ATENDIMENTO, MEDICADO E SEM MELHORA, NEGA PROBLEMAS DE SAUDE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SPO2 98

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Pct com edema e face



ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO - CRM: 14570

Francisco Ednardo Sousa dos Santos
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias.
2. Ao terminar a consulta em tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Francisco Emanuel Sanches Filho RG: _____

Prontuário Nº _____ Nome da Mãe: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 14/10/1996 Ocupado: emprego

Endereço: Rua do Sol Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Problema respiratório

1º consulta em fase de diagnóstico

Resultado de Exames: 4 exames feitos

1º consulta

Conduta já Realizada: _____

Impressão Clínica: Processo em fase

Francisco T. de Azevedo
CPF: 152.100.844-91
Clínica Geral

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

17/10/2018

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Atendimento Profissional: Clínica

Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Alta: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

Proposta de Conduta para Segmento: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1ª SET-2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luís, 306 - Lj. 147

Fortaleza - CE

CID: _____

CID: _____

CID: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 306 - Lj. 147

Fortaleza - CE

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

(*) Utilizar também como resumo de Alta

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0025	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIOCA/CE		Idade 28 Ano(s)	
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS		Mãe MARIA SONIA DE SOUSA		
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjugue		
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 22/01/2018	Hora 22:06	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DE ALMADA FERREIRA		CRM/UF 12320/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente		Funcionário FRANCISCO GILDASIO CORPE DE SOUSA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		

Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
---------------	-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

plm
cu
qu
dc
in
sh
Co: m m m

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

f

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

- FCO EDNARDO SOUSA
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0029	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE	Idade 28 Ano(s)		
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS	Mãe MARIA SONIA DE SOUSA			
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge		
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/02/2018	Hora 18:51	Convênio SUS	Matrícula	CID A 25
Profissional do Atendimento PAULO ELOI LEITAO DE CASTRO MATOS	CRM/UF 13367/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente	Funcionário JOSELLE ALVES DE SOUSA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36,2	P (bpm) 98
				R (mpm)
				PA (mmHg) 120 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 01/02/2018 18:55

Responsável pela Classificação: JOSELLE ALVES DE SO

Relatório:

Cliente com queixa de edema em face após acidente de motocicleta há 01 mês, nega alergias, DM, HAS e outras queixas.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Alcance de Face
CD: queixa de edema

Paulo Eloi L. C. Matos
CRM 13367

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Fortaleza - Fortaleza / CE

f

FRANCISCO EDNARDO

PAULO ELOI LEITAO DE CASTRO MATOS - CRM: 13367

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2017004

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES

2552086

4 - CNES

2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

89.8003.478.4485-91

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/01/1990

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

42381

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA SONIA DE SOUSA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA CHICO VIRIATO, 1021, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ITAPIPOCA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9208-7088

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2305405

18 - UF

CE

19 - CEP

82500-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO EM QUE HOUVE PENETRAÇÃO DE UMA LASCA DE MADEIRA NA REGIÃO DA MUCOSA LABIAL. SOBREVEIO ENTÃO ABSCESSOS RECIDIVANTES DE FACE, COM VULTUOSIDADE NA REGIÃO MAXILAR À DIR., MESMO COM VÁRIOS TIPOS DE ATB (PENICILINA BENZATINA; AZITROMICINA, CIPROFLOXACINO). VEM APRESENTANDO FEBRES REFERIDAS E CEFALÉIAS DIÁRIAS. REALIZOU DIVERSAS RADIOGRAFIAS (INCLUSIVE ODONTOLÓGICAS) QUE NÃO EVIDENCIARAM CORPOS ESTRANHOS RADIOPAÇOS.

EX. FÍSICO: PACIENTE EM REG; AAA; NORMOCORADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE

HD: ABSCESSO DE FACE SOBRE FRATURA DE ÂNGULO DA MANDÍBULA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147

Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A.

Av. Dom Luis, 300 - Loja 147

Fortaleza - Fortaleza / CE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

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

ANAMNESE + EX. FÍSICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção do Boco

24 - CID 10 PRINCIPAL

K122

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

K122

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS

29 - CLÍNICA

Medico

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Elativo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

703606035378236

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030308078

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. RAYGO CESAR UCHOA PEREIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/01/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Raygo Cesar Uchoa Pereira

Médico

CREMEC: 16.901

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Raygo Cesar Uchoa Pereira

Médico Auditor SSM Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS				Prontuário/Atendimento: 042381/0026	
Data de Nascimento: 4/01/1990		Local: ITAPIPOCA		Idade: 28 Ano(s)	
País Nacionalidade: Brasil		Estado Civil: Solteiro(a)		Religião: CATÓLICA	
Raça/Cor: Preta		Etnia:		CNS: 89.8003.478.4485-91	
Documento(s): 2006019177275		Município: ITAPIPOCA-CE		CEP: 62500-000	
Endereço: RUA CHICO VIRIATO		Bairro: ZONA RURAL		CPF do Responsável:	
Profissão: AUTONOMO		Empresa:		Fone Empresa:	
Telefone: (88) 9206-7088		CPF do Responsável:		Fone Responsável:	
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS		Cônjuge:		Mãe: MARIA SONIA DE SOUSA	
Endereço Responsável: CHICO VIRIATO, 2021		Pai: MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora: 23/01/2018 00:00		Quarto/Leito: 062-0003		Clínica: MEDICA		Setor: EMERGENCIA ADULTO	
Convênio: SUS		Aposento: ENFERMARIA		Autorização:		Dias: 0	
Médico: TIA CESAR UCHOA PEREIRA		Matrícula:		CRM: 16901		Guia:	
CID Principal: K12.2 Celulite e abscesso da boca		CID Complementar:		Procedimento SUS: 0404020771 - RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA		Sisprenatal:	
Observação:		Usuário: TELMA MACHADO		Condição da Saída: Alta Melhorada		Usuário Saída:	
Data Saída: 25.01.2018		Hora:					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

ITAPIPOCA, 23 de janeiro de 2018.

FRANCISCO EDNARDO S. DOS SANTOS
Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: TELMA MACHADO

Assinatura do responsável

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Carteirão 042381	Atendimento 0023	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s)		Identidade: 2006019177275	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE	Idade 28 Ano(s)		
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS		Mãe MARIA SONIA DE SOUSA		
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92067088	
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 22/01/2018	Hora 19:07	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA	CRM/UF 16901/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente	Funcionário TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA			

Liberação	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
-----------	---------------------	--

Signais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 37,4	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg) 120 X 90
----------------	-----------	-------------	----------------	---------	---------	-----------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 22/01/2018 19:51

Responsável pela Classificação: MILENA FREIRES CAMP

Relatório:

Cliente referenciado da UPA, com história de acidente há de moto há 22 dias sem capacete, relata que no dia do acidente bateu com o rosto no chão e entrou um corpo estranho pelo lábio lado D (PONTA DE PAU), evoluindo com edema em região da face lado D, relata também que já fez uso de antibiótico, que saiu secreção com pú de odor fétido pelo orifício onde entrou o corpo estranho, mas que depois de + ou - 10 dias começou a ficar edemaciado novamente, nega alergia a medicação, HAS e DM.
OBS: CLIENTE RELATA FEBRE TODAS AS NOITES DE 7 DIAS ATÉ O DIA DE HOJE, RELATA TAMBÉM QUE FOI REALIZADO VÁRIAS RADIOGRAFIAS DA FACE, MAS QUE NÃO DEU PRA VER NADA.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

22/01/2018 20:29:20h Responsável: TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA CRM-CE 16901

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO EM QUE HOUVE PENETRAÇÃO DE UMA LASCA DE MADEIRA A TRÁVÉS DA MUCOSA LABIAL. SOBREVEIO ENTÃO ABSCESSOS RECIDIVANTES DE FACE, COM VULTUOSIDADE NA REGIÃO MAXILAR À DIR., MESMO COM VÁRIOS TIPOS DE ATB (PENICILINA BENZATINA; AZITROMICINA, IPRROFLOXACINO). VEM APRESENTANDO FEBRES REFERIDAS E CEFALÉIAS DIÁRIAS. REALIZOU DIVERSAS RADIOGRAFIAS (INCLUSIVE ODONTOLÓGICAS) QUE NÃO EVIDENCIARAM CORPOS ESTRANHOS RADIOPACOS.

EX. FÍSICO: PACIENTE EM REG; AAA; NORMOCORADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE

DIAGNÓSTICO: ABSCESSO DE FACE

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: SOLICITO LAB; USG DE FACE;



Dr. Tiago César Uchoa Pereira
Médico
CREMEC: 16.901

TIAGO CESAR UCHOA PEREIRA - CRM: 16901

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS



FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital HMSVP Clínica médica Enf. Amag. Sala 62 Leito 03
Paciente Francisca Ednaide Sousa dos Santos Matrícula 42381

Diagnóstico Fx exposta de Mandíbula + Alveolo Bucal

Moléstias Secundárias _____

Queixa e Duração Paciente refere queda de mola
em que uma placa de madeira feriu sua
boca; apresentou-se neste hospital e

História da Moléstia Atual impossível de alinhar na nu-
caja jugal e dificuldade em abrir a
boca

do Rx de face: Fx de ângulo
direito da mandíbula

Antecedentes Individuais _____

Antecedentes Hereditários _____

Hábitos _____

Interrogatório sobre Aparelho _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Fortaleza - CE

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐
Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐
Alta tratam. terminado ☐ Óbito ☐

Dr. Tiago Cesar Echôa Pereira
Médico
CREMEC: 16.901

Data

Assinatura

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042381	Atendimento 0019	Nome do Paciente FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS	CNS 898003478448591	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006019177275	Data de Nascimento 14/01/1990	Local ITAPIPOCA/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Pai MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS	Mãe MARIA SONIA DE SOUSA	Idade 27 Ano(s)		
Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Bairro ZONA RURAL	CEP 62500-000	Município ITAPIPOCA	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92067088	
Responsável FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS	CPF do Responsável	Endereço RUA CHICO VIRIATO, 1021	Município ITAPIPOCA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/01/2018	Hora 20:53	Convênio SUS	Metricula	CID
Profissional do Atendimento FLAVIO MENDES SALES JUNIOR	CRM/UF 18153/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador de Acidente	Funcionário DAVI DE LIMA			

Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 03/01/2018 22:40	Tipo de Saída Alta		

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg) 120 X 80
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 03/01/2018 21:08

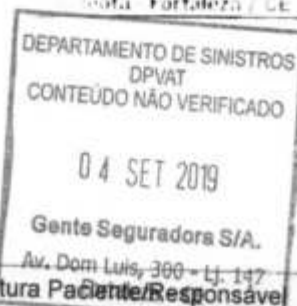
Responsável pela Classificação: ANTONIO EURANI CAET

Relatório:

cliente deu entrada nesta unidade vitima de acidente de moto ha 3 dias, apresenta edema em face e dificuldade em movimentar o braço E, 97% em ambiente, FC 108bpm.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

03/01/2018 22:40:36h Responsável: FLAVIO MENDES SALES JUNIOR CRM-CE 18153
PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 03 DIAS SEM HISTÓRIA DE PERDA DA CONSCIÊNCIA, NEGA VOMITOS. NEGA RINORRAGIA E NEGA OTORRAGIA. PACIENTE APRESENTA DOR À PALPAÇÃO E EDEMA IMPORTANTE EM HEMIFAXCE DIREITA. ESTAVEL, CONSCINETE E ORIENTADO.
CD: VER PRESCRIÇÃO MEDICA



Flávio Mendes

CREMEC: 18.153

FLAVIO MENDES SALES JUNIOR - CRM: 18153

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO EDNARDO SOUS



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

16150038968

Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha - Itapipoca - CE - CEP.: 62.500-000
PABX: (88) 3631-5100 - Site Oficial: www.saocamiloitapipoca.org.br

FICHA DE REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS. 2- AO ELIMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGUE 2ª VIA AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNO COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

Unidade de Origem

Distrito Sanitário: _____ Município: Itapipoca
Nome: Ferreira Eduardo S. dos Santos Prontuário Nº: 42381
Sexo: M (X) F () Data da Nascimento: 14/10/1990 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Motivo do Encaminhamento: Presença vítima de acidente automobilístico envolvendo carro com freio a vácuo com falha; Periclitando com retorno de 42 ml e antibiótico, porém sem febre. Te com fratura de zygomatic por descolamento.
Resultados de Exames: _____

Consulta já realizada: Antibiótico e drenagem por furar

Impressão Diagnóstica: _____

☐ CheckBox

Assinatura do(a) encaminhado(a) Nº registro

[Assinatura] Função: _____
Data: 15/12/18 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: () Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico
Procedimento: Análise de imagem Profissional: Dr. Márcio dos Santos
Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Nota: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultados de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12-ABR-2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Fortaleza - CE

CID: _____

CID: _____

CID: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Proposta de consulta para seguimento: _____

Problema justificou a referência? () Sim () Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? () Sim () Não

Assinatura do(a) consulte Nº Registro
Utilize também como resumo de alta.

Função

Data

LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

CÓDIGO: 16150038968

16/02/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: 705707432678130 - FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

NOME DA MÃE: MARIA SONIA DE SOUSA

Nº DO PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 14/01/1980 - 28 anos

SEXO: MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL: MARIA SONIA DE SOUSA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: CHICO VIRIATO, Nº 2021

BAIRRO: AREA NOBRE

ESTADO DE RESIDÊNCIA: CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230640 - ITAPIPOCA

PLANTONISTA

MÉDICO: 980016289846014 - PAULO ELOI LEITAO DE CASTRO MATOS

DDD/TELEFONE PARA CONTATO: 88 - 36315100

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

SOLICITAÇÃO

NÚMERO: 16150038968

SITUAÇÃO: INTERNAÇÃO REALIZADA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 15/02/2018 - 21:47

DATA-HORA RESERVA: 15/02/2018 23:31

PROFISSIONAL: 980016289846014 - PAULO ELOI LEITAO DE CASTRO MATOS

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2562066 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0404020607-REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSINTESE.

PROCEDIMENTO REALIZADO: 0404020607-REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSINTESE.

CLÍNICA: OBSERVAÇÃO

CLÍNICA COMPLEMENTAR: NÃO INFORMADO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO: URGÊNCIA

CENTRAL DE REGULAÇÃO: CENTRAL MACRO FORTALEZA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S324 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS:

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, EVOLUINDO COM HEMATOMA INFECTADO EM FACE, PUNCIONADO COM RETIRADA DE
E ANTIBIOTICOTERAPIA, PORÉM SEM SUCESSO, TC COM FRATURA DE ZIGOMÁTICO SEM DESENVOLVIMENTO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

GLASGOW 15 PA 120/80 FC 99 FR 22 SPO2 100% EM AR AMB

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CEDEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

me:0

exo:
] Masc. ☐ Fem.

Diagnóstico:

Enfermaria:

Leito:

DADOS CLÍNICOS

DATA	HORA
------	------

18.02.12

infecção

BMF: Paciente com histórico de trauma em
face em mês janeiro de 2018, relatou formação
de abscesso em região abordada por 02 vezes
durante o período a ter o presente momento.
Suspeita de presença de corpo estranho em
região. Evolui orientado, eupneico e afebril.
Ao exame físico apresenta edema enden-
cido em região infratemporal ^(D) se estenden-
do p/ região anterior de face ^(D), presença de
dreno em fundo de sulco vestibular superior
^(D) com relato de discreta saída de
secreção purulenta.

CD: Aguarda melhora p/ posterior alta
Remoção de dreno em 18/02/18.

Dra. Luiza Clertiani
 Cirurgia e Traumatologia
 Buco - Maxilo - Facial
 Residente IJE - CRO/CE 9674

Buco - M. alk. - Facial
 Residente IJE - CKO/CE 9674
 Alho + Ambrósio + Noroeste
 (+) 2.000.000 + 1.000.000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTENDO NÃO VERIFICADO

12 APR 2018

Companhia Seguradora S/A
Av. Dom João VI, 300 - Lapa 147
Rio de Janeiro - Fortaleza, CE

12 ABR 2018

to S gu adora S/A

Av. Juscelino Kubitschek, 147

Bairro: Fátima, CE

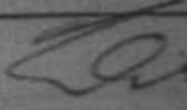
DADOS CLÍNICOS

BME: Paciente vítima de trauma em face por volta do mês de janeiro, no decorrer deste período até o momento houve 02 episódios de formação de abscesso em nenhuma região abordada. Presença de corpo estranho como etiologia? Paciente com aumento de volume endurecido em região infratemporal (D), presença de fistula intra-oral sem saída de secreção purulenta. Foi realizada punção aspirativa intra e extra-oral sem saída de coleção purulenta, incisão em região de fundo de vestibulo em região de mola (D) e drenagem dos tecidos nesta região de incisão e através do canal fistuloso em região bucal.

CD Internação

② Hematológico

Obs: instalação de dreno intra-oral em região de fundo de vestibulo em região de mola


Dra. Fabíola Clerfanti
Cirurgia e Traumatologia
Belo Horizonte - Minas Gerais
CRM: 107.000 - OAB: 107.000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2018

Gente Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 300 - Jd. 147

Bairro: Fátima, CE

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

NOME: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS
DATA: 23/01/2018
CONVÊNIO: PARTICULAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

TÉCNICA:

Realizados cortes axiais e coronais dos seios da face, sem administração E.V. do produto de contraste.

LAUDO:

- Volumoso aumento de partes moles com focos hiperdensos em permeio em hemiface direita, adjacente a mandíbula (espaço mastigatório) com borramento e perda dos contornos do músculo masseter (hematoma muscular e partes moles).
- Discreto traço de fratura sem desalinhamento ósseo em processo zigomático direita.
- Não há sinais de fraturas na mandíbula ou luxação das articulações temporomandibulares.
- Órbitas e globos oculares de forma, topografia, dimensões e densidades normais.
- Nervos ópticos de trajetos e calibres dentro da normalidade.
- Musculatura extrínseca de espessura e estrutura normais.
- Seios paranasais bem aerados, de configuração anatômica, paredes regulares, sem sinais de espessamento mucoso ou conteúdo líquido.
- Leve desvio do septo nasal a direita.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 02.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

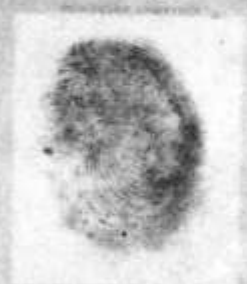
162.42570.04-2

1334236

003-0

CE

FRANCISCO EDUARDO SOUZA DOS SANTOS



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aeroporto - Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Aruete - Fortaleza / CE



FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

FILIAÇÃO.....: MANOEL ERIVALDO DOS SANTOS
MARIA SONIA DE SOUSA

NASCIMENTO.....: 14/01/1990 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ITAPIPOCA - CE

DOCUMENTO.....: C. I. 2006019177275 21/01/2009 SSPDS CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 042.633.523-60

CNH:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/CE - 23/04/2009

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

NORMA LITEN DEI 0004/09

8685

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

INSC.

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR IF
2003010021235 SSP CE

CPF
013.979.363-12 DATA NASCIMENTO
12/08/1985

FILIAÇÃO
**MANOEL RAIMUNDO
ROGERIO
MARIA DA PAZ PERREIRA
DE SOUSA ROGERIO**

PERMISSÃO ACC CATAB
RENTAL

Nº REGISTRO
05767497207

VALIDADE
31/07/2023

1ª HABILITAÇÃO
26/04/2013

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04-SET-2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

Maria Maciele Rodrigues Rogerio

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ITAPIPOCA, CE

DATA EMISSÃO
11/08/2017

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

**88886861566
CE160696500**

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1496696347



PROIBIDO PLASTIFICAR
1496696347



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Fortaleza - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 0129649680
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

POSSE VIA COT. DENOM. ANO FISC. ANO REG. 2016

EMANUEL TRINTEIRA PINHEIRO

FORTALEZA, CE

60350971352

PNH6379

PLACA ANT. 1103272591

9C2MC4400GK029131

EMPON. TPE

COM. REV. TPE

MARCA/MODELO
HONDA/ CB 250F TWISTER

ANO FISC. 2016

ANO REG. 2016

CAP/MOT/CIL 2P/OCV/249CC

CATEGORIA PARTIC

COR PRINCIPAL VERMELHA

COTA ÚNICA *****

VENIC. COTA ÚNICA **/ **/ **

VENIC. COTA ÚNICA 1 *****

PAGA ÚNICA ***

PARCELAMENTO/COTAS *****

2 *****

3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 286.75

ICF (R\$) 1.11

PRÊMIO TOTAL (R\$) 292.01

DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

AL. FID. BANCO HONDA S/A

FORTALEZA

28/11/2016



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012964968006 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 28/11/2016

1103272591 HONDA/ CB 250F TWISTER

2016

09

9C2MC4400GK029131

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR. (R\$) 129.04

DEN. DETRAN (R\$) 14.34

CUSTO DO SEGURO (R\$) 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.19

ICF (R\$) 1.11

TOTAL E SERVIÇO SEGURO (R\$) 292.01

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/ DDT 151435074
MOTOR: MC44E030113

www.seguradorafidat.com.br

11-2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 147
Aldeota - Fortaleza, CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
Pessoa Física do Estado do Ceará
Cadastrada no Sistema de Identificação Biométrica

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito





Assinatura do Titular
Emanuel Teixeira Pinheiro

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2009010116884

DATA DE EXPEDIÇÃO: 24/02/2016

NOME: EMANUEL TEIXEIRA PINHEIRO
FILIAÇÃO: MANOEL PINHEIRO RODRIGUES
ROSANA BRITO TEIXEIRA
NATURALIDADE: ITAPIPOCA - CE
DOC. ORDEM

DATA DE NASCIMENTO: 21/02/1994

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 58.137 FOLHA: 257
LIVRO: A-49 ITAPIPOCA - CE
CPF: 683.509.713-82

2 VIA

LE Nº 7.116 DE 29/08/03

P: 1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO

Pelo presente, eu, FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS,
brasileiro(a), portador do RG 200609177275 SSP/CE e CPF 042.633.523.60
residente e domiciliado RUA: Chico VÍRIATO
- cidade de Itapipoca /CE. DECLARO para os devidos fins que os
documentos entregues para a solicitação do Seguro DPVAT são verdadeiros e sou
legítimo portador deles.

Sem mais assino e dou fé da veracidade do mesmo.

Itapipoca, 03 de janeiro de 2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 ABR 2018
Gente Seguradora S/A Av. Dias Lins, 300 - Loja 147 Forteza - Fortaleza / CE

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS

Declarante



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 01/01/2018 CPF DA VÍTIMA 043.633.523-60
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CHICO VIRIATO
Nº 1021 COMPLEMENTO Casa BAIRRO ÁREA NORTE
CIDADE ITAPICUA UF CE CEP 62500-000
E-MAIL Francisco.Ednardo.Sousa@brasil.com.br TELEFONE (88) 996282326

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/04/2018
IDENTIDADE 200609177275
ASSINATURA FRANCISCO EDNARDO SOUSA
DOS SANTOS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305893/19

Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANT

CPF: 042.633.523-60

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDNARDO
SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

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

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS : 042.633.523-60

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: 04/09/2019
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
CPF: 013.979.363-12

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: Marilangela Lima Ferreira
CPF: 810.099.413-72

Marilangela Lima Ferreira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E CREFIS - SOCIAL

PERCELA FORNITIVA DO ESTADO DO CEARÁ

CODIFICAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO RÍMATA E PERCELA RÍMATA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2009010116804

24/02/2016

DATA DE EMISSÃO

NOME: EMANUEL TEIXEIRA PINHEIRO

PLACAO: MARCEL PINHEIRO RODRIGUES

RUSANA BRITO TEIXEIRA

NATURALIDADE: ITAPIPOCA - CE

DOC. ORIGINAL: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 58.137 FOLHA: 257

LIVRO: A-49 ITAPIPOCA - CE

CPF: 603.509.713-82

DATA DE NASCIMENTO: 21/02/1994

P.: 1

PROIBIDO PLASTIFICAR



Polegar Direito



Emanuel Teixeira Pinheiro

LE Nº 7.116 DE 20/08/83

2 VTA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 347
Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Lj. 347
Fortaleza - CE

DECLARAÇÃO

Pelo presente, eu, FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS,
brasileiro(a), portador do RG 2006019177275 SSP/CE e CPF 042.633.523.60
residente e domiciliado RUA: Chico VÍRIATO
- cidade de Itapipoca /CE. DECLARO para os devidos fins que os
documentos entregues para a solicitação do Seguro DPVAT são verdadeiros e sou
legítimo portador deles.

Sem mais assino e dou fé da veracidade do mesmo.

Itapipoca, 03 de janeiro de 2017



FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS

Declarante

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 01/01/2018 CPF DA VÍTIMA 042.633.523-60
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CHICO VÍRIATO
Nº 1022 COMPLEMENTO COXA BAIRRO AREA NORDE
CIDADE ITAPICICA UF CE CEP 62.500-000
E-MAIL marcelo_rachiguiz@genseg.com TELEFONE (88) 996282326

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE

12 ABR 2018

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/04/2018
IDENTIDADE 2006019177225
ASSINATURA FRANCISCO EDUARDO SOUSA
DOS SANTOS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515350 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NA FACE COM PENETRAÇÃO DE LASCA DE MADEIRA EM RAGIÃO DE MUCOSA LABIAL E FRATURA DE MANDÍBULA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CREPITAÇÃO E BLOQUEIO DE ATM COM LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/09/2019

Conduta mantida:

Observações: FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL SÃO CAMILO E LAUDO DE AIH REFERE FRATURA DE MANDÍBULA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515350 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM LÁBIO SUPERIOR.
FRATURA DA MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P15

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

17 APR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. 24 de Maio, 308 - Lapa 147
Alameda Portaleira - C.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 200601977275 CPF: 045.633.523-60
Endereço: Rua João Batista Barroso Bairro: Figueiras
Cidade: Itapipoca CEP: 62500-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AUTONOMA
 Identidade: 3003010021235 CPF: 013.979.363-12
 Endereço: RUA CAR. ANTONIO MANOEL ALVES Bairro: FAZENDA, NHA
 Cidade: ITAPIRACA CEP: 62500-000

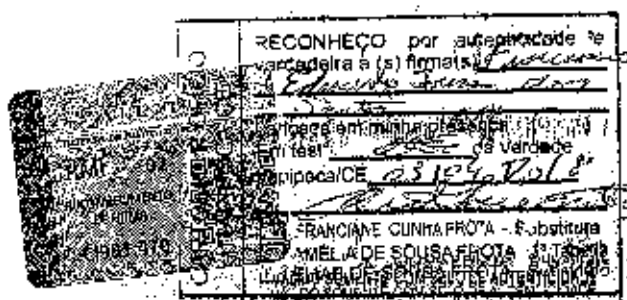
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa recba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

ITAPIPOCA - CE, 29 de março de 2018.

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



04 SET 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Fortaleza - CE
PROCURAÇÃO PARTICULARGente Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Aldeota - Fortaleza - CE**OUTORGANTE (Beneficiário)**

Nome: FRANCISCO EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AUTÔNOMO
 Identidade: 2006019177275 CPF: 042.633.523-60
 Endereço: RUA JOÃO BATISTA BARROSO Bairro: FIORES
 Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AUTÔNOMA
 Identidade: 2003010021235 CPF: 013.979.363-12
 Endereço: RUA CAP. ANTONIO MANOEL ALVES Bairro: FAZENDINHA
 Cidade: ITAPIPOCA CEP: 62500-000

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

ITAPIPOCA - CE, 29 de MARÇO de 2018

F^{co} EDUARDO SOUSA DOS SANTOS
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305893/19

Vítima: FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANT

CPF: 042.633.523-60

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 01/01/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDNARDO
SOUSA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO : 013.979.363-12

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

FRANCISCO EDNARDO SOUSA DOS SANTOS : 042.633.523-60

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: 04/09/2019
Nome: MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO
CPF: 013.979.363-12

MARIA MACIELE RODRIGUES ROGERIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: Marilangela Lima Ferreira
CPF: 810.099.413-72

Marilangela Lima Ferreira