

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200027581**

**Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

**Data do Acidente: 08/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200027581**

**Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

**Data do Acidente: 08/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200027581**

**Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

**Data do Acidente: 08/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200027581**

**Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

**Data do Acidente: 08/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005441-0

Conta: 000009631-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# 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 ASI: 3200027581 3 - CPF da vítima: 046.500.393-12 4 - Nome completo da vítima: MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE

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

5 - Nome completo: MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE 6 - CPF: 046.500.393-12  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA: HONORINA MOREIRA LIMA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: GUITERIANÓPOLIS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.650-000  
15 - E-mail: ADRIANO SEGUROS 2011@LIVE.COM 16 - Tel.(DDD): 85193803-7143

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

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

AGÊNCIA: 05441 CONTA: 9631 8  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (vivo(s))? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 538 - 553 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **11/12/2019 14:33:59**  
Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2019 09:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV LAURINDO GOMES, CENTRO - QUITERIANÓPOLIS/CE**  
Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **MANOEL JORDAO GONÇALVES CAVALCANTE**  
Nascimento: **25/05/1983** CPF: **046.500.393-12**  
REGISTRO CIVIL: **2230** Orgão Emissor: **CARTORIO** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA CAVALCANTE GRACIA**  
**FRANCISCO GONÇALVES GRACIA**  
Endereço: **RUA ONORINA MOREIRA LIMA**  
Bairro: **CENTRO** CEP:  
Município: **QUITERIANÓPOLIS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **ORR6171** Uf: **CE** Município: **QUITERIANÓPOLIS** Chassi: **9C2KD0550DR206593** Renavam: **506303969** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERDE** Proprietário: **ABIMAEI CAVALCANTE NUNES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia e narra que: sofreu acidente quando estava pilotando a MOTO HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO DE FABRICAÇÃO 2012 E MODELO 2013, DE COR VERDE, COM PLACA ORR6171/CE, MOTO ESTA DE PROPRIEDADE DE ABIMAEI CAVALCANTE NUNES, por volta das 09:00h do dia 08/01/2019, quando na avenida Laurindo Gomes, centro de Quiterianópolis, em decorrência de dois cães atravessarem a avenida e este colidiu sua motocicleta contra os animais; QUE bateu no meio fio da avenida e caiu; QUE chocou-se contra o asfalto e bateu sua cabeça; QUE ficou desacordado por quatro dias; QUE soube que socorrido por EVA SOARES, sendo encaminhada para a Maternidade de Quiterianópolis, local onde recebeu os primeiros atendimentos; QUE DEVIDO AOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA DE SOBRAL; que TEVE FRATURA NO FÊMUR DA PERNA ESQUERDA E BATEU FORTE A CABEÇA; que FICOU QUATRO DIAS DESACORDADO; QUE FEZ CIRURGIA NO FÊMUR APÓS UM MÊS INTERNADO NA SANTA CASA DE SOBRAL; QUE APÓS RECEBER ALTA FICOU CERCA DE QUATRO MESES DE CADEIRA DE RODAS; QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS: ANTONIO GLEIVANILSON LOIOLA, RESIDENTE NA AVENIDA LAURINDO GOMES, 669, BAIRRO CENTRO DE QUITERIANÓPOLIS-CE E EVA SOARES MOTA CAVALCANTE, RESIDENTE NA





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS  
Impresso nº 2019907317



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 538 - 553 / 2019**

**RUA HONORINA MOREIRA LIMA Nº204, BAIRRO CENTRO DE QUITERIANÓPOLIS-CE; E NADA MAIS DISSE;**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANOPOLIS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

  
**FRANCISCO JURACI ALVES DA SILVA - MAT.: 30119843**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

  
  
**KARINA ALBUQUERQUE BATISTA - MAT.: 30125991**

# 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: 046.500.393-12 4 - Nome completo da vítima: MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE

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

5 - Nome completo: MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE 6 - CPF: 046.500.393-12  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA: HONORINA MOREIRA LIMA 9 - Número: 511 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: QUITERIAPOLES 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.650-000  
15 - E-mail: ADRIANO SEGUROS 2011 @ LIDER . COM 16 - Tel.(DDD): 8819 9803-7343

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 05441 CONTA: 9631 8

(Informar o dígito se existir)

(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.

## 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (ainda não nasceu)? ☐ 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 LIDER 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.

SANDRA GONÇALVES CAVALCANTE

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): LIMA

895.308.103-34

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

Sandra G. Cavalcante

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário/Declarante:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05441-0

CONTA: 000000009631-8

Nr. Autenticação

BRABCO1802202005000000000023705441000000009631472500 PAGO

Nº do Cliente: **780818**

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002

**enel**

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 045005832**

Rota: QP019008 - 1780 Referência: 12/2019

Nome: MARIA CAVALCANTE GARCIA

Endereço: RU HONORINA MOREIRA LIMA, 00152, CENTRO, 61650-000, QUITERIANÓPOLIS

Classificação: Residencial Pleno

Modalidade Tarifa: B1 RESIDENCIAL

Ligação: Monofásico

Emissão: 28/12/2019

Medidor: 950851-SCH-001

**ÁREA RESERVADA AO FISCO**

AB19970730735075H4D57F2224H2LBA1

**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**

**DATAS DE LEITURA** P.F.: 31 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
27/11/2019	28/12/2019	28/01/2020

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	30.195	30.042	1.00	154	00	154	0,75338	116,02

**DADOS DO FATURAMENTO**

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	10,20
CONSUMO	0,75338	116,02
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01708	2,63
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00558	0,86
COB SEGURO SUPER 3 + 1 - PRAT 0800 6000560	-	4,15

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	119,51	27,00	32,27
PIS	119,51	0,49	0,57
COFINS	119,51	2,24	2,68

**VENCIMENTO** **06/01/2020**

**TOTAL A PAGAR (R\$)** **133,86**

**CONSUMO CONSCIENTE**

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consolidação Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

60,12 | 0,00 | 0,00%

**PERÍODOS DE CONSUMO**

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/11 - 30/11 Amarela : 01/12 - 28/12

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

8462448

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

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Valdivia, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 06.947.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

040473104

Rota QP019U15 - 13500

Referência 11/2019

Nome SANDRA GONCALVES CAVALCANTE LIMA

Endereço RU SONIA MODESTO, 00067 - 00067, CENTRO,

Classificação 63650-000, QUITERIANOPOLIS

Modalidade de Tarifa B1 RESIDENCIAL

Emissão 27/11/2019

Medidor 3822432-CPN-303

Ligação Monofásico

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

ÁREA RESERVADA AO FISCO

DATAS DE LEITURA

Anterior 26.10.2019 Atual 27.11.2019 Próxima prevista 27.12.2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	11.045	10.927	1.00	119	00	119	0,71224	8,48

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC  
JUROS MORATÓRIOS  
ADICIONAL BAND. AMARELA  
ADICIONAL BAND. VERMELHA  
CONSUMO

0,00193  
0,05143  
0,72824

5,09  
0,02  
0,23  
6,12  
36,66

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	93,01	27,00	25,11
PIS	93,01	0,04	0,02
COFINS	93,01	0,30	0,26

04/12/2019

98,12

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

895.308.103-34

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões  
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

46,45 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 29/10 - 31/10 Vermelha :  
01/11 - 27/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO  
PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM  
A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE  
A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO  
TRANSTORNO.



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

**Capitais e regiões metropolitanas:** 4020-1595 / **Outras regiões:** 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 898.473.183 / 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.393 / 12,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima MANOEL JORDÃO GONÇALVES,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.393 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

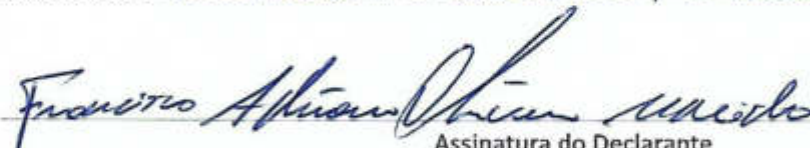
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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:	Número:	Complemento:
<u>RUA: DIOLINO AWEES VELOSO</u>	<u>93</u>	<u>CASA</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>ALTO BRILHANTE</u>	<u>QUITERIANO POLIS</u>	<u>CE</u>
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
<u>ADRIANOSEGUROS2011@LIVE.COM</u>	<u>63.650-000</u>	<u>(88) 99803-7143</u>

Local e Data: QUITERIANO POLIS / CE, 14/01/2020

  
Assinatura do Declarante

PA: 130 x 90 mmHg FC=67bpm SatO2=98% em ar ambiente



Prefeitura de  
**QUITERIANÓPOLIS**  
FAZENDO MUITO MAIS  
Secretaria de Saúde do Município

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Nº \_\_\_\_\_

Data: 08 / 01 / 18

**1ª IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome: Mancel Jordão Gonçalves Cavalcante

Pai: Francisco Gonçalves Graça

Mãe: Maura Cavalcante Graça

CNS: \_\_\_\_\_

Est. Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M Data de Nasc. 25/05/83 Idade: 35a

Profissão: \_\_\_\_\_ RG: 2017198650-9 CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: Quiterianópolis

2. Sinais e Sintomas: Paciente intubo de quada de metas nos alveos de alveos. Chegar  
Inconsciente, com sinais de TCE frontalmente, pupila esquerda midio-fixa.  
Ressumando: apresentando, ausculta pulmonar sem alterações, fim como

3. Diagnóstico: ausculta cordão. Abdomen hígido, rins mmil com pulsos amplos  
e palpáveis. apresentando fratura a esquerda.

4. Conduta: 1 SEDS/1000 ml IV qd

2 Lâmpadas de glicose em bolus

3 Imobilização do membro

4 Ensaio para avaliação neurológica

Ass. do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Hospital e Maternidade  
Luzia de Lima  
CNPJ: 11.656.523/0001-07  
Quiterianópolis - CE  
*Waldemar*

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### Informações da vítima

Nome Completo: MANOEL SORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE  
CPF e/ou RG: 046.500.393-12

### Informações do Acidente

Data do acidente: 08/03/2019

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DE FÊMUR ESQ. E T.C.E. COM FRATURA  
DE OSSO TEMPORAL DIR. COM CONTUSÃO TEMPORAL  
DIR.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE T.C.E. E TRATA-  
MENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE DO FÊMUR  
ESQ. E FISIOTERAPIA.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: RIGIDEZ ARTICULAR  
DE DOGLUD ESQ. IMPORTANTE, PEQUENO ENCURTAMEN-  
TO DO M.I.E. COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA. E MO-  
DERADA ROTAÇÃO EXTERNA DO PÉ ESQ.; CEFALIA  
E VERTIGEM ESPORÁDICA COM AMNÉSIA POS-TRAUMÁTICA

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: MEMBRO INFERIOR ESQ.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve (x) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

2ª Lesão: TRAUMATISMO CRANIANO (LESÃO NEUROLÓGICA).

Marque o percentual: ( ) 10% Residual (x) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

3ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

4ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

13.03.2020, NOVO ORIENTE - CE

Local e data da realização da avaliação médica

Y

assinatura da vítima

Dr. Clayton Freire Maia Filho  
**MEDICO**  
**CREMEC 19150**





Prefeitura de  
**QUITERIANÓPOLIS**  
FAZENDO MUITO MAIS  
Secretaria de Saúde do Município

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: MANCEL MORAÑO GONÇALVES CAVALCANTE

### DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O  
PACIENTE ACIMA CITADO REALIZOU TRATA-  
MENTO NESTA UNIDADE PARA TRATAR  
DE UMA FRATURA DE FÊMUR ESTABILIZADA,  
COM TRATAMENTO CONSERVADOR, APRESEN-  
TAVA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA, DOR,  
CLAUDICAÇÃO. O MESMO TINHA DIFICUL-  
DADE PARA SE LOCOMOVER PARA A UNIDA-  
DE PARA REALIZAR O TRATAMENTO.  
AINDA APRESENTA SEQUELAS IMPOSIBI-  
LITANDO DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES  
DE VIDA DIÁRIA.

14/01/2020  
DATA

  
Nelson Gonçalves Vieira  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 123456

Assinatura CRM - CRO

**COMBATE A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS!**

PRESCRIÇÃO.: 2011034 DATA: 12/01/2019 09:23  
USUÁRIO.: JOSE MAURO  
ATENDIMENTO: 5416358 DT NASC: 25/05/1983 (35A 7M 20D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 956319 - MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 09/01/2019 03:22 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

54  
Rubrica do Médico

MÉDICO.: SEIJI MATSUI SERVIÇO: OUTROS SERVICOS  
UNID. INT.: UI EMERGENCIA ADULTA LEITO.: LEITO 2-5 EXTRA EMERG. ADULTA COBERTURA: OBSERVACAO  
ADULTO  
CID.: T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

# MANOEL JORDAO GONÇALVES CAVALCANTE, 35 ANOS, ADMITIDO EM 09/01/19 POR:

- POLITRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)

# HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APÓS INGESTÃO ABUSIVA DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO SENSÓRIO (GLASGOW 9), PUPILAS MIÓTICAS E SEM FOTORREAÇÃO. APRESENTA MIE RODADO COM COXA EDEMACIADA E LESÃO CORTO-CONTUSA SANGRANTE.

# EM USO DE: - CEFALOTINA  
- FENITOÍNA  
- SINTOMÁTICOS

# EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE SONOLENTO E DESORIENTADO QUEIXA-SE DE DOR IMPORTANTE EM MIE. DIURESE ESPONTÂNEA.

# EXAME FÍSICO:  
- PACIENTE APRESENTA INÚMERAS ESCORIAÇÕES, PRINCIPALMENTE EM FACE, COM EQUIMOSE PERIORBITAL À ESQUERDA, MSE E MIE.  
- A/C: RCR, 2T, BNF, SS  
- A/P: MVU, SEM RA  
- ABDOME: FLÁCIDO E DOLOROSO À PALPAÇÃO PROFUNDA DIFUSAMENTE.  
- NEURO: GLASGOW 13 (A: 3, V: 4, M: 6) - DESORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO.  
- R/M: DIURESE POR SVD - URINA MENOS CONCENTRADA

# - TC DE CRÂNIO 09/01/19: FRATURA TEMPORAL DIREITA + ROCHEDO À DIREITA + CONTUSÃO TEMPORAL À DIREITA. PARECER DA NEUROLOGIA: AUTORIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE OUTRAS ESPECIALIDADES (EXCETO ANESTESIA RAQUIDIANA).  
- RAIO-X DE FÊMUR ESQUERDO: FRATURA DIAFISÁRIA.  
- TC DE CRÂNIO 11/01/19: ESTÁVEL EM RELAÇÃO AO EXAME ANTERIOR.  
PARECER DA NEUROLOGIA: TRANSFERIR PARA NEUROLOGIA APÓS CONDUÇÃO DO ORTOPEDISTA.

# EXAMES LAB: 10/01/19 - HB 10/ HT 30,2/ LEUCO 9.140/ BASTOES 2/ PLAQ 175.000 / INR 1,12

# CONDUÇÃO: CONVERSO COM RESIDENTE DA TO SOBRE RESULTADO DE RAIO-X.  
AVALIO EXAMES LABORATORIAIS.  
AVALIO RX DE Pelve.  
AGUARDO CONDUÇÃO DA TO.

Dr. Diego César Tavares  
MÉDICO  
CRM-76901

\*5416358\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

1 DIETA ZERO

Qtd	Unidade	SN	Apel	Frequência	Data	Morários
1					[12/01]	09:23

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



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

## Sistema de Radiologia

Requisição	1889301	Data Solicitação	10/01/2019
Matrícula	956319	Idade	35 Anos 11 Meses 25 Dias
Atendimento	5416358		
Paciente	MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE		
Convenio	SUS - SIH		
Médico Solicitante	ALEXANDRE CAVALCANTE DIOGENES DE CAI		

### LAUDO

#### Exames

#### TOMOGRAFIA CRANIO-CEREBRAL


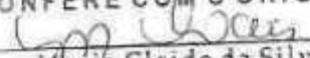
CLÍNICA: Controle

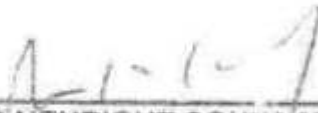
#### TÉCNICA:

O exame foi realizado através de cortes axiais sequenciais paralelos ao plano órbito-meatal, sem e com injeção de contraste iodado, com cortes de 5mm de espessura para a base do crânio e em seguida com 10mm de espessura até o vértex.

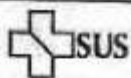
#### LAUDO:

- Estável em relação ao exame anterior (Fratura temporal direita + rochedo à direita + contusão temporal direita).

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

  
Dr. CLAUDIO HENRIQUE SOUZA MOREIRA  
CRM - 5643

Dr. CLAUDIO HENRIQUE SOUZA MOREIRA  
CRM 5643



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**

2 - CNES  
**3 0 2 1 1 1 4**

4 - CNES  
**3 0 2 1 1 1 4**

## Identificação do Paciente

ATEND.: 5416358 DT. ATEND.: 09/01/2019 - 03:22  
MATER.: 956319 NASCIMENTO.: 25/05/1983  
NOME.: MANDEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE  
MÃE.: MARIA CAVALCANTE GRACIA  
CPF.: 04650039312 CNS: 164176408770004 SUSFACIL:  
ENDER.: RUA ANDRIMA  
BAIRRO: DOM FRAGOSO - GUITERIANDOPOLIS -CE- CEP: 6365

18 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IRGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente 35a, vítima de acidente de moto, apresenta fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Necessita de procedimento cirúrgico.

## 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Amunense + Exame físico

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL

Maria Cleide da Silva  
COORDENADORA

## 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 10 TERCIÁRIO

## 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

## 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

OK1151031004B

29 - CLÍNICA

03

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

(X) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

João Paulo Leitores

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/01/19

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

Dr. João Paulo Leitores

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOE

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

14457130397

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Cádmo Sílton Andrade Porteira  
CRM: 4771 - Médico Autorizador

Eveline dos Anjos Costa Faria  
Médica Autorizadora - Sobral - CE

29 MAIO 2019

CRM: 18504

CPF: 045.954.965/37

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 351767	Sala : 0004	SALA 04	
Paciente : 956319	MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE	Atendimento : 5416358	
Convênio Atend. : 1	SUS - SIH	Carteira :	
Leito : 1147	LEITO 17-3 - C.S.SAO JOAQUIM	Idade : 35 Anos 5 Dias 11 Horas	
Dt. Início :	Dt. Fim :		
Cid Pré-Operatório : T07	TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		
Cid Pós-Operatório : T07	TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

### Procedimentos

Procedimento: 0408050519	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
Convênio: 001	SUS - SIH
Anestesia: 05	BLOQUEIO RAQUI

### Equipe Médica

ANESTESISTA	4524 RICARDO REGIS AGUIAR MONTALVERNE
CIRURGIAO	9892 JOAO PAULO TAVARES LINHARES
1. AUXILIAR	2411 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBIDO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, COXA ESQUERDA, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO NA FACE LATERAL DA COXA CENTRADA NO FOCO DA FRATURA
- DIÉRESE, POR PLANOS, ATÉ VISUALIZAÇÃO DO FOCO DA FRATURA
- REDUÇÃO ANATÔMICA
- OSTEOSÍNTESE DO FÊMUR COM PLACA RETA DE A/C + PARAFUSOS CORTICAIS
- HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
- SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO.

#### OBSERVAÇÕES:

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

DR(A) : JOAO PAULO TAVARES LINHARES  
CRM : 9892

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

## PLANO DE CUIDADOS

Nome: Manoel Jordao Goncalves Cavalcante  
Idade: 35 Anos 7 Meses 21 Dias  
Internação: 09/01/19 03:22 Às 15/01/19 10:20  
Tempo de Permanência: 6 Dias  
Setor: Uf Neurologia - Mons Eufrasio

Matricula: 956319

### RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Vítima de queda de moto no dia 08/01/19 após abuso de álcool, inconsciente, com sinais de traumatismo craniano, pupila esquerda menos reagente em relação a direita, sem imobilização cervical. Deu entrada no setor emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral no dia 09/01/19. Apresentando membro inferior esquerdo rodado e coxa edemaciada e lesão sangrante. Ainda no mesmo dia realizou uma tomografia de crânio onde evidenciou-se fratura temporal direita, fratura de rochedo a direita e contusão temporal direita [avaliado pelo médico Keven Ponte]. No dia 10/01/19 realizou um raio X de pelve. No dia 11/01/19 realizou mais uma tomografia de crânio onde o resultado foi estável em relação ao exame anterior [avaliado pelo médico Cláudio Henrique]. Evoluiu calmo, sonolento, sem queixas. Durante o período de internação ficou sob os cuidados de enfermagem como controle de medicamentos, controle da dieta prescrita, sinais vitais, orientação, transferência, monitorização neurológica e curativos. Após reavaliação, foi indiciado alta hospitalar.

### CONDIÇÃO CLÍNICA NA ALTA HOSPITALAR

Encontra-se calmo, sonolento, em ar ambiente, aceitando dieta prescrita. Murmúrios vesiculares presentes e sem alterações. Ruídos hidroaéreos presentes. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Ausência de febre ou sensibilidade na região afetada. Curativo oclusivo feito em perna esquerda, sem sinais de infecção. Com prescrição médica de fenitoina e tylex. Capaz de repetir dosagem e horários adequados. Sinais e sintomas de infecção repetidos e necessidade de relatá-los a um profissional de saúde. Orientado a realizar higiene oral e corporal como de costume e a evitar esforços e levantar peso com mais de 5 kg enquanto estiver de atestado. Informado quanto a consulta de retorno com o médico responsável. Paciente recebeu cópia deste relatório. Acompanhado da esposa. Assistido ao deixar o setor, sem acontecimentos incomuns.

SSVV: PA: 120X80 MMHG; P: 80 BPM; R: 20 RPM; TAX: 36.4°C.

### RECOMENDAÇÕES

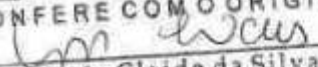
Realizar higiene oral e corporal;

Prevenir quedas;

Em caso de urgência, procurar o serviço de saúde mais próximo;

Retorno com o médico Keven Ponte no dia 15/03/19 as 14hrs no ambulatório da Santa Casa;

Tomar medicações conforme prescrição médica

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

### DIAGNÓSTICO FINAL

Traumatismo Crânio-Encefálico Conservador

Sobral, 15 de Janeiro de 2019

Ana Carolina De Sousa Albuquerque  
COREN:354740



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

**Polgar Direito**

**Proibido Plastificar**

**Não Alfabetizado(a)**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CERAL 2017198450 - 9 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/2017

NOME **MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE**


FILIAÇÃO **FRANCISCO GONÇALVES GRACIA**  
**MARIA CAVALCANTE GRACIA**

NATURALIDADE **INDEPENDÊNCIA - CE** DATA DE NASCIMENTO **25/05/1983**

DIG. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: COUTINHO TERMO: 2230 FOLHA: 69  
LIVRO: A-03 INDEPENDÊNCIA - CE  
CPF 046.500.393-12 RG: ANT: 3495925 P.:  
1 VIA

*Remula O Lima*  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**  
**CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO**

552315 Sexo: M Horas: 09:12  
Nome: MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE  
End.: RUA ANDRINA  
DOM FRAGOSO: GUTERRIANÓPOLIS-CE; CEP: 63650000  
Dt Nasc: 25/05/1983 NA:

**Contribuição Voluntária:** Uma opção de atendimento de consultas, exames e internações sem burocracia, rápida, que a Santa Casa de Sobral lhe oferece.

Informações:

Santa Casa: (88) 3112.0548 - 3112.0595

 MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**

**CPF**

Contribuinte de Impostos Federais  
Número de inscrição

**046.500.393-12**

Nome  
**MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE**  
Nascimento  
**25/05/1983**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

**Polígono Direto**

*Sandra Gonçalves Cavalcante Lima*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007299701 - 4 DATA DE EMISSÃO 01/06/2009

NOME SANDRA GONÇALVES CAVALCANTE LIMA

FILIAÇÃO FRANCISCO GONÇALVES GRACIA  
MARIA CAVALCANTE GRACIA

NATURALIDADE INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO 08/07/1979

DOC. ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 1474 FOLHA: 45 LIVRO: 8 07  
QUITERIANÓPOLIS - CE  
CPF 895.308.103-34 RG: ANT: 330104098 P.: 36

1 VTA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/85

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição  
**895.308.103-34**

Nome  
SANDRA GONÇALVES CAVALCANTE LIMA

Nascimento  
08/07/1979

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

Emissão  
FEV/2009

**CORREIOS**  
www.correios.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014328532371  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO  
CEPA 01 506300969 0000000000 2019

NOME  
ABIMEL CAVALCANTE NUNES

QUITERIANOPOLIS/CE

CPF/CNPJ  
04801953310

PLACA  
ORR6171

PLACA ANT/UF  
\*\*\*\*\*/CE

CHASSI  
9C2KD0550DR206593

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/VAO APPLIC.

GASOL/ALCO

MARCA/MODELO

ANO FAB ANO MOD

HONDA/MXR150 BROS ES

2012 2012

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2E/55V/1490C

PARTIC

VERDE

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS

IPVA  
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS  
1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
80.11 0.32 80.43 01/04/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL

DATA

QUITERIANOPOLIS

03/04/2019

TARIFICA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

CE Nº 014328532371 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

04801953310

ORR6171

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

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

014328532371

57073346666

EXERCÍCIO  
2019

DATA EMISSÃO  
03/04/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 04801953310 ORR6171

RENAVAM

MARCA / MODELO

506300969

HONDA/MXR150 BROS ES

ANO FAB

CAT TRAF

Nº CHASSI

2012

09

9C2KD0550DR206593

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

34.05

4.01

40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURODO (R\$)

4.15

0.32

84.58

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA

01/04/2019

SEGURADORA LIDER DPVAT

LOTE/PLACA 014328532371  
MOTOR: KDO550DR206593  
CNPJ 09.238.608/0001-04

JUN-2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200027581 **Cidade:** Quiterianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL JORDAO GONCALVES **Data do acidente:** 08/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
CAVALCANTE

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo cranioencefálico, fratura temporal direita, traumatismo craniofacial e fratura da diáfise do fêmur à esquerda.

**Descrição do exame físico:** Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, traumatismo cranioencefálico, fratura temporal direita, traumatismo craniofacial e fratura da diáfise do fêmur à esquerda. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica para fratura da diáfise do fêmur à esquerda e conservador. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou melhora em relação ao seu quadro inicial. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho normal, flexão aos 60°, extensão aos 80°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior esquerdo, em grau médio, em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de prejuízo de sustentação, marcha, manobra de agachamento e redução de força.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3200027581

Nome do(a) Examinado(a): MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

Endereço do(a) Examinado(a): RU HONORINA MOREIRA LIMA, 152, , 63.650-000, CENTRO, Quiterianópolis/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 20171986509

Data e local do acidente: 08/01/2019 - Quiterianópolis/CE

Data e local do exame: 12/02/2020 - Tauá/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -5.89229 , longitude: -40.22712

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Traumatismo cranioencefálico, fratura temporal direita, traumatismo craniofacial e fratura da diáfise do fêmur à esquerda.

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

Conforme será verificado no exame físico, as lesões apresentaram melhora de seu quadro em razão da evolução terapêutica, sendo realizado tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica para fratura da diáfise do fêmur à esquerda e conservador. Resta apurada a existência de sequela permanente no membro inferior esquerdo, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória inexistente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Ao exame físico do quadril esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 5°, abdução aos 20°, adução aos 5°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior esquerdo em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de prejuízo de sustentação, marcha, manobra de agachamento e redução de força.

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 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 (\*)

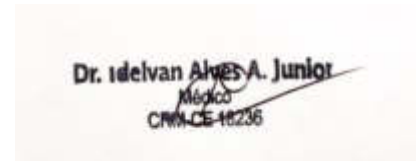
( ) "Vítima em tratamento"

( ) "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 às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

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



Dr. Idelvan Alves A. Junior  
Médico  
CRM-CE 48235



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO NELTON BARROSA DE SOUSA

**Polegar Direito**

*Sandra Gonçalves Cavalcante Lima*

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007299701 - 4 DATA DE EMISSÃO 01/06/2009

NOME SANDRA GONÇALVES CAVALCANTE LIMA

PRIMAÇÃO

FRANCISCO GONÇALVES GRACIA

MARIA CAVALCANTE GRACIA

NATURALIDADE INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO 08/07/1979

DOC. ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 1474 FOLHA: 45 LIVRO: 6 07

QUIXERIAMÓPOLIS - CE

CPF 895.308.103-34 RG: ANT: 330104098 P.: 36

VIA

LEI Nº 7.110 DE 22/06/03

Receita Federal

**CPF**

Carteira de Pessoas Físicas

Número de inscrição

**895.308.103-34**

Nome

SANDRA GONÇALVES CAVALCANTE LIMA

Nascimento

08/07/1979

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado, junto com um documento de identidade.

Financiado

FEV/2008

**CORREIOS**

www.correios.gov.br

**8462448**

Para pagar em cheques, utilize o nº acima sempre que enviar em caixa postal.

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº**

Rota: 00019015 - 13500  
 Nome: SANDRA GONCALVES CAVALCANTE LIMA  
 Endereço: RU SONIA MODESTO, 00067 - 00067, CENTRO, 13650-000, QUITERIANÓPOLIS  
 Classificação: Residencial Pleno  
 Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL  
 Ligação: Monofásico

**ÁREA RESERVADA AO FISCO**

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, 150  
 CEP 60135-040 / Fortaleza CE  
 CNPJ: 06.942.761/0001-20 | CEF 06.905.848-3

**Referência:** 11/2019  
**Emissão Medidor:** 27/11/2019  
**Medidor:** 8822482-CPM-303

**Nº 040473104**

**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**

**DATAS DE LEITURA**

Anterior	Atual	P.E. 1º dia	Próxima prevista
28-10-2019	25-11-2019		27-12-2019

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
F1	11,64	10,97	1,00	113	88	113	0,2324	26,06

**DADOS DO FATURAMENTO**

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	5,09
JUROS MORATORIOS	-	0,02
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00193	0,23
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05143	6,12
CONSUMO	0,72824	36,66

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	93,01	27,00	25,11
PIS	93,01	0,04	0,02
COFINS	93,01	0,30	0,26

**04/12/2019** **98,12**

**CONSUMO CONSCIENTE** **CPH/CNPJ**

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica. 835.508.103-34

Emissão kg CO<sub>2</sub> | Compensação kg CO<sub>2</sub> | Consciência Ecológica (R\$CO<sub>2</sub>)

46,45 | 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 29/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 27/11

SE VOCE RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPCÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029040 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023475/20

**Vítima:** MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCAN

**CPF:** 046.500.393-12

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/01/2019

**Titular do CPF:** MANOEL JORDAO  
GONCALVES CAVALCANTE

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO : 898.473.183-87

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

### MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE : 046.500.393-12

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020  
Nome: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO  
CPF: 898.473.183-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023475/20

Número do Sinistro: 3200027581

Vítima: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCAN

CPF: 046.500.393-12

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/01/2019

Titular do CPF: MANOEL JORDAO  
GONCALVES CAVALCANTE

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO : 898.473.183-87

Procuração

MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE : 046.500.393-12

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020  
Nome: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO  
CPF: 898.473.183-87

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA





# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME:	MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
ESTADO CIVIL:	Solteiro	PROFISSÃO:	Agricultor
RG Nº	2017198650-9	CPF Nº:	046.500.393-12
ENDEREÇO:	Rua: Honorina Moreira Lima	BAIRRO:	Centro
CIDADE:	Quiterianópolis	ESTADQ:	Ceará
CEP.	63.650.000	CELULAR:	(88)

## OUTORGADO:

NOME:	Francisco Adriano Oliveira Macedo		
NACIONALIDADE:	Brasileiro		
ESTADO CIVIL:	Solteiro	PROFISSÃO:	Autonomo
RG Nº:	326884798-SSP-Ce	CPF Nº:	898.473.183-87
ENDEREÇO:	Rua: Diolino Alves Veloso, nº93	BAIRRO:	Alto Brilhante
CIDADE:	Quiterianópolis	ESTADO:	Ceará
CEP.	63.650.000	CELULAR:	(88) 99803-7143

## PODERES:

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza INVALIDEZ PERMANENTE que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE, ocorrido em 08 / 01 / 2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Quiterianópolis/CE, 14 de Janeiro de 2020

Homênia G. Cavalcante Lima  
Outorgante

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023475/20

**Número do Sinistro:** 3200027581

**Vítima:** MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCAN

**CPF:** 046.500.393-12

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/01/2019

**Titular do CPF:** MANOEL JORDAO  
GONCALVES CAVALCANTE

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO : 898.473.183-87**

Procuração

**MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE : 046.500.393-12**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020  
Nome: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO  
CPF: 898.473.183-87

FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA