

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000052277-1

Nr. da Autenticação A9ED71A3C57E9711

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210037782 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
LUCENA

PARECER

Diagnóstico: Fratura-luxação do semilunar esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 30°, desvio ulnar aos 35°, desvio radial aos 20°, pronação aos 60°, supinação aos 40°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura-luxação do semilunar esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento de 16/05/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico com posterior tratamento fisioterápico. Alta definitiva no mês de novembro do ano de 2019. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau médio, com redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2021

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210037782

Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou A.S. 3 - CPF da vítima 4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: JONHONSON LUIZ DE CASTRO LUGENA
6 - CPF: 070.063.853-93
7 - Profissão: RUA RUAELINO LEAL
8 - Endereço: 13 - Estado: CE 14 - Complemento: ALTO
9 - Bairro: MONTEBEM 10 - Cidade: FORTALEZA
11 - E-mail: LUGENA CASTRO@GMAIL.COM
12 - CEP: 60764-425
13 - Tel (DDD): (85) 35510363

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 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 anexado (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAS ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$1.500,00 ☐ 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. Aponte uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 00052277 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Entendo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha inteira vontade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e não em favor próprio, reconhecendo e confirmando a sua validade após a conclusão do processo de pagamento 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 8.254/74), 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, conforme, desde já, me submeto à análise médica pré-improvisada, após realização de exames necessários para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 8.254/74.

Declaro que esta declaração não significa minha concordância com a futura avaliação médica da renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE SÍMULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Estado do caso 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/vivos? ☐ Sim ☐ Não 34 - Vítima deixou pais/falecidos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, a qualquer beneficiário que se apresentar e apresentar esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

NÃO ASSINAR

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a vítima)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a vítima)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: FORTALEZA, 27 de Janeiro de 2024

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



débito

603689 0010 67429 3337

6036

VALID
THRU

10/24

JANDERSON LUIZ C LUCENA

1563 013 00052277-1



mastercard



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1848 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/06/2019 10:10:11**
Data / Hora da Ocorrência: **16/05/2019 18:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL**
Complemento:
Bairro: **JANGURUSSU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓX AO ECOPONTO DE RECICLAGEM**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA**
Nascimento: **05/12/1993** CPF: **070.063.853-93** UF: **CE**
RG: **20081291099** Órgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA MARTA ALVES DE CASTRO**
PEDRO MENDES LUCENA
Endereço: **RUA AURELIANO LEAL, 1318 ALTOS**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.764-425**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98719-3541**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NNK7936** Uf: **RN** Município: **NATAL** Chassi: **9BFZCE9V09BB18280** Renavam: **980951658** Tipo do Veículo: **CAMINHÃO** Marca / Modelo: **FORD/CARGO 2622 E** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2009** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISÃO**
- 2) Placa: **OSN4050** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR002293** Renavam: **1020803794** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS, QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OSN-4050-CE, QUE TRAFEGAVA PELA AV. PERIMETRAL NA FAIXA DA DIREITA; QUE UM OUTRO VEICULO CAMINHÃO DE PLACAS NNK-7936, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UM RETORNO NA VIA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECER NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE; QUE O CELULAR DA VITIMA APÓS A QUEDA NA VIA SACOU DO SEU BOLSO E O MESMO FOI LEVADO DO LOCAL DO ACIDENTE, E NADA MAIS DISSE.///



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019381097



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1848 / 2019

OBS. FALSA COMUNICAÇÃO E CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 30. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 146



DECLARAÇÃO



SAMU
192

atendimento 24h em 192

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr **Janderson Luiz de Castro Lucena** - C.P.F. - **070.063.853-93**, no dia **16/05/2019**, às **19h20min**, na **Avenida Perimetral**, no **Bairro Jangurussu**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P689058/2019**.

Fortaleza, 04 de Junho de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45651-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

ID: 0513 P-689058/19 Nº DA OCORRÊNCIA: 0976
 DATA: 16/05/2019 TURNO: SN EQUIPE: Paula / Wagner
 NOME: Anderson Luiz de Castro Sousa IDADE: 33a SEXO: MASC
 ENDEREÇO: Av. Perimetral BAIRRO: Janguatuba
 REFERÊNCIA: QUA: 14:20 QUA: 19:50 QUA: 20:30
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☒ PEREAS ☐ OBTURADAS POR:
A**B**

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☐ NORMAL
☐ ALTERADA

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☐ NORMAL
☐ ALTERADA

AUSCULTA

☐ NORMAL
☐ ALTERADA
C

PULSO

☐ NORMOCÁRDICO ☒ CÉDIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

PELE

☒ CORADA ☐ SUDORÉICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☐ SIM
☒ NÃO

LOCAL: Pastoral

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D

ABERTURA OCULAR

☒ ESPONTÂNEA 4
☐ Á VOZ 3
☐ A DOR 2
☐ NENHUMA 1

TOTAL: 15

RESPOSTA VERBAL

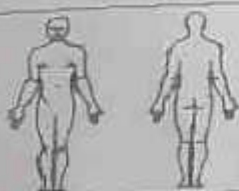
☒ ORIENTADO (A) / SONTE (P)
☐ CONFUSO (A) / CHOADO CONSOLÁVEL
☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
☐ NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

☒ OBEDECE A COMANDOS 6
☐ LOCALIZA A DOR 5
☐ MOVIMENTO DE RETIRADA 4
☐ FLEXÃO ANORMAL 3
☐ EXTENSÃO ANORMAL 2
☐ NENHUMA 1

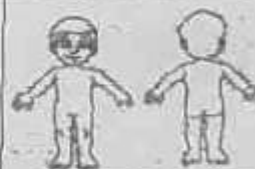
 PÚPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS
E

ADULTO



LESÕES

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 89 PA: 120/80 FR: 19 GUC: - OXIM: - TEMP: -

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente autônomo, de sistema motor/comunicação preservado pela USR 12, porém a mesma concentrava-se em falar palavras estrangeiras, realizando movimentos espontâneos e voluntários das extremidades superiores e inferiores.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE: Hospital
☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:
☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE
 PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO
 ASS. DO RESPONSÁVEL:

BOLETIM EMERG:

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:
 DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____
 DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
 SAMU EM: ____/____/____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.
 ASSINATURA: _____



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Nº de Inscrição:

012911976

TIPO DE CLIENTE

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

RUA BURELIANO LIAL, 1319, ALTO. MIMOTA
FORTALEZA - CEP: 60764-425

Codificação: 007.085.0564.0486.0001.00.00

Padrão do Serviço: BASICO

CONDIÇÃO

Residência: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | P. Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE BOMBADEIRO

Serviço	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total
0004	412104100	243	299	6	2

DATA

Letra atual: 08/11/2020 Estado: 05/11/2020 (Linha atual: 0529)

Letra anterior: 08/10/2020 Primeira leitura: 09/12/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DE CONSUMO: 05/2020

Nº de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	510	510	121	510	510
Realizadas	609	609	609	609	609
% Conformidade	609	609	609	609	609

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

PERÍODO DE VIGÊNCIA

Descrição	Valor (R\$)	Período de Vigência	Valor (R\$)
Água	28,92	08/11/20	0
Juros de 0,05% ao dia	0,04	08/11/20	0
Multa de 2%	0,56	08/11/20	0
		09/12/20	0
		10/01/21	0
		11/02/21	0
		12/03/21	0
		01/04/21	0
		02/05/21	0
		03/06/21	0
		04/07/21	0
		05/08/21	0
		06/09/21	0
		07/10/21	0
		08/11/21	0

TOTAL DO PREÇO A PAGAR

Descrição

Valor (R\$)

PIS

COP JUS

0,27

1,36

Subtotal

Descrição

Valor (R\$)

ÁGUA DO SERVIÇO

ÁGUA DO SERVIÇO

ÁGUA (TARIFAS E TAXAS)

41,72

12,80

28,92

MÊS/ANO

11/2020

VENCIMENTO

01/12/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

28,92

É obrigatório ao cliente efetuar seu pagamento utilizando junto à Cagece, o sistema de pagamento das Aplicações Regulatórias.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15) - 8 m3 | META: 10 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEM NO SITE CAGECE.

ANEXOS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Fatura Mensal

Via de entrega
sempre atualizada

CÓDIGO DO CLIENTE

2564306011982 - 8300 0001

Inscrição: 012911976

Mês/ano: 11/2020

Vencimento: 01/12/2020

Total a pagar (R\$): 28,92

825000000000 9 289200007900 9 01291197600 4 010051220115 9





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
59163207

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nas
11344694	JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA	M	25/12/1992
RG	CPF	Categoria Profissional	Estado Civil
20081281089-8 SP - CE	7008365393		2-SOLTEIRO
Endereço			
AV SANTOS DUMONT 2426 ALDEOTA FORTALEZA-CE CEP: 60150161			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe	
887279673		MARIA MARTA ALVES DE CASTRO	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
11300-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
17/05/2019	06:43		
Médico Atendente			Clinica
29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29246 CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO			3-INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVÊNIO

Convênio	Plano	REDESERVICE TECNOLOGIA DA INFORMACAO FIRELI E
22-NAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
88185000044000014		

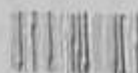
DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - NAPFOR	1133410 SALA CC 01	05	
Nº Guia	Procedimento	Série	Descrição
40231151	30996668	009057400	INTERNACAO
40231151	30721237	009057400	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
40231151	30721148	009054551	FRATURA DE OSSO DO CARPO - REDUCAO CIRURGICA
40231151	30732026	009057751	ENXERTO OSSEO

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

59163207



31/05/2019 11:42:00

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Paciente	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11344895	JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA	M	05/12/1993	25
RG	GPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
20043291059 SSP CE	7006283793		7-SOLTEIRO	
Endereço	AV SANTOS DUMONT 2625 ALDEOTA FORTALEZA-CE CEP-60150161			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987419073		MARIA MARTA ALVES DE CASTRO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Sala

10550-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
17/05/2019	06:43		
Medico Atendente			Clinica
25446 CLAUDIO JOSE F. EUPRASIO			4-CIRURGICA
Medico Acompanhante			Tipo Atendimento
25446 CLAUDIO JOSE F. EUPRASIO			0-INTERNACAO
Assistente medico			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano	REDESERVICE TECNOLOGIA DA INFORMACAO SIRELI E
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA	COLETIVO
Carteira	Validade	
5814500044000014		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posição	Acomodação	Leito
2- GUIA	Procedimento	Senha
0221151	97996666	D09057400
0221151	30721237	D09057400
0221151	30721148	D09054551
		Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE 3
0221151	30732026	D09057751
83928	32030118	D09267580
0237428	33930118	D09406078
		ENXERTO OSSEO
		RAIOX PUNHO: A.P. - LAT - OBLIQUAS
		RAIOX PUNHO: A.P. - LAT - OBLIQUAS

[illegible]

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página: 1 de 1

21/05/2019 11:35

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA DL Nasc.: 05/12/1993
Convênio: HAPVIDIA MATRIZ Posto: POSTO 1B

Atendimento: 59163207 Prejuízo: 11344898
Leito: 1016/2

Profissional(ES): WENDELL DE ACCANTARA MENDES, MÉDICO CRM 14733 (1) Nº: 38700002 18/05/2019 às 08:25

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT EM POS OP DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DOS
OSSO DO CARPO EVOLUINDO SEM SEM QUEIXAS FDS LIMPA E
SECA E SEM INTERCORRENCIAS ALT COM IMOBILIZAÇÃO.
ANALGESIA E RETORNO PROGRAMADO

(1)

CID 10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR NÍVEL
NÃO ESPECIFICADO

(1)

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

21/05/2019 14:37

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA DI. Nasc.: 05/12/1993 Atendimento: 59163207 Prontuário: 11344898
Correlto: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO 18 Leito: 1016/2

Profissional(is): WENDEL DE ALCANTARA MENDES, MEDICO, CRM 14753 (R) 38700062 18/05/2019 4a 08:25

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT EM POS OP DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DOSS
OSSO DO CARPO EVOLUINDO BEM, SEM QUEIXAS, FO LIMPA E
SECA E SEM INTERCORRENCIAS, ALT COM MOBILIZAÇÃO
ANALGESIA E RETORNO PROGRAMADO

(1)

CID 10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL
NÃO ESPECIFICADO

(1)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

31/05/2018 17:37

Paciente: JANDIRSON LUIZ DE CASTRO LUCENA DL NEM: 09/12/1993 Atendimento: 58153207 Prontuário: 11344288

Cidade: HAPFOR MATRIZ Posto: POSTO 18 Lote: 1016/2

Procedimento: CHAMADA DE LUTADORIA P/ CANTINA, ENFERMEIRO(A) COORDENADOR(ES) Nº: 58153207 18/05/2018 18:08:40

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução da enfermagem

MT

(1)

PACIENTE J.L.C.L. 29 ANOS, SEXO MASCULINO
NO. 11 P/ LUXAÇÃO DO CARPO ESQUERDO
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALEZANDO, EM REPOUSO
NO LEITO
SSVV ESTÁVEIS, EUPNICO EM AMBIENTE
DIETA VO, BEM ACEITA
AVP EM USO PÉRVIO E FUNCIONANTE PARA MV + TM
ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS PRESENTES
SEM QUEIXAS NO PERÍODO
SEGUIR AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

GERENCIAMENTO DE RISCO:
INFECÇÃO: OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS
FLEBITE: REALIZAR TROCA DE AVP A CADA 72 HS OU ANTES

AVALIAÇÃO DE RISCO

Febre

Sim

(1)

DEPOSITIVOS

Risco de Verruga Periférica

Sim

(1)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
31/05/2018 11:22

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA Dt. Nasc.: 05/12/1993 Atendimento: 39163207 Pronto-Socorro: 11344896
 Convênio: HARVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 21205840 18/05/2018 às 04:54
 Posto: POSTO 16 Leito: 1016/2 Enfermeiro(a): VANESSA VASCONCELOS MARTIN

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRURGICO

Profissionais:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRURGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Manhã Tarde Noite

MANTER POSIÇÃO CONFORTAVEL

Mantido:

3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRURGICO

OBSERVAR SINAIS FISIOLÓGICOS

Mantido:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: ANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA Dt. Nasc.: 05/12/1993 Alargamento: 02163207 31/05/2019 11:38 AM
 Convênio: HAPVICA MATRIZ N° Prescrição: 21905842 18/05/2019 às 04:58 Prontuário: 11341888
 Posto: POSTO 15 Leito: 10162

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA

Profissionais: WANEISSA VASCONCELOS MARTINS (COREN 325527)

1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Manhã	Tarde	Noite
Sinais Vitais- Frequência Respiratória	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais- Temperatura	00:00	06:00	12:00 18:00
Sinais Vitais- Frequência Cardíaca	00:00	06:00	12:00 18:00

PADRÃO RESPIRATORIO	Manhã	Tarde	Noite
---------------------	-------	-------	-------

ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
-------------	-------	-------	-------

2 - MANTER

ACESSO VENOSO PÉRVIO E IDENTIFICADO	Mantido
-------------------------------------	---------

5 - ESTIMULAR

AUTO-CUIDADO	Mantido
--------------	---------

7 - ORIENTAR

ORIENTAR PACIENTE QTO A ROTINA DO SET	Mantido
---------------------------------------	---------

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

31/05/2019 11:38

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Dt. Nasc.: 05/12/1993

Atendimento: 52153207

Prontuário: 11544898

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 18

Leito: 1016/2

Profissional(is): WENDEL DE ALCANTARA MENDES, MEDICO, CRM 14753 (1)

Nº: 38692959 18/05/2019 46 08:22

DIAGNÓSTICOS

CID10

T112 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO

(1)

CID10

S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

(1)

RESUMO CLÍNICO

Evolução e Intercorrências

POT OPERADO POR LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO ATUALMENTE SEM DOR OU INTERCORRÊNCIAS - EM IMOBILIZAÇÃO ALTA E RETORNO BREVE COM DR THIAGO

(1)

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

31/05/2019 11:38

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

DT. Nasc.: 05/12/1993

Atendimento: 59163207

Prontuário: 11344895

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(a): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA MÉDICO, CRM 11508-11

Nº 38654828 17/05/2019 às 10:47

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DO CARPO SEM INTERCORRÊNCIAS. CD: A/SR

(1)

CID 10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO

(1)

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

31/05/2019 11:38

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Dt. Nasc.: 05/12/1993

Atendimento: 59163207

Prontuário: 11344898

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/5

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MEDICO, CRM 1150611

Nº: 32655482 17/05/2019 às 10:56

DIAGNÓSTICOS:

CID10

T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MEMBRO INFERIOR, NÍVEL
NÃO ESPECIFICADO

[1]

Plano Terapêutico

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO DO CARPO

[1]

CID10

S62 FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

[1]

PREScrição DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
31/05/2019 11:39 AM
17/05/2019

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA Dt. Nasc.: 05/12/1993 Atendimento: 59163207 Prontuário: 11344898
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 21888029 17/05/2019 às 06:49
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/5

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA

Profissionais: JEFFERSON FERREIRA CARNEIRO (COREN 519537)

1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO

Sinais Vitais- Frequência Respiratória	00:00 06:00 12:00 18:00
Sinais Vitais- Temperatura	00:00 06:00 12:00 18:00
Sinais Vitais- Frequência Cardíaca	00:00 06:00 12:00 18:00
Pressão Arterial	00:00 06:00 12:00 18:00

8 - COMUNICAR

INTERCORRÊNCIAS

Mantido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Pessoa: JACQUES CHARLES LIMA - RUA DA - 14300 - CIDADE - 36060000 01/30/80 - 28.000.10001		CPF - 00000000000	
CPF: 01452019	Identificação: 02163287	Matrícula: 00000000000	1
Sexo: M	Nome: JACQUES CHARLES LIMA	Endereço: RUA DA - 14300 - CIDADE - 36060000	2
Profissão: 00000000000	Estado: 00000000000	País: 00000000000	3
Idade: 00000000000	Altura: 00000000000	Peso: 00000000000	4
Documentos	Identificação: 00000000000	Endereço: 00000000000	5
00000000000	00000000000	00000000000	6
00000000000	00000000000	00000000000	7
00000000000	00000000000	00000000000	8
00000000000	00000000000	00000000000	9
00000000000	00000000000	00000000000	10
00000000000	00000000000	00000000000	11
00000000000	00000000000	00000000000	12
00000000000	00000000000	00000000000	13
00000000000	00000000000	00000000000	14
00000000000	00000000000	00000000000	15
00000000000	00000000000	00000000000	16
00000000000	00000000000	00000000000	17
00000000000	00000000000	00000000000	18
00000000000	00000000000	00000000000	19
00000000000	00000000000	00000000000	20
00000000000	00000000000	00000000000	21
00000000000	00000000000	00000000000	22
00000000000	00000000000	00000000000	23
00000000000	00000000000	00000000000	24
00000000000	00000000000	00000000000	25
00000000000	00000000000	00000000000	26
00000000000	00000000000	00000000000	27
00000000000	00000000000	00000000000	28
00000000000	00000000000	00000000000	29
00000000000	00000000000	00000000000	30
00000000000	00000000000	00000000000	31
00000000000	00000000000	00000000000	32
00000000000	00000000000	00000000000	33
00000000000	00000000000	00000000000	34
00000000000	00000000000	00000000000	35
00000000000	00000000000	00000000000	36
00000000000	00000000000	00000000000	37
00000000000	00000000000	00000000000	38
00000000000	00000000000	00000000000	39
00000000000	00000000000	00000000000	40
00000000000	00000000000	00000000000	41
00000000000	00000000000	00000000000	42
00000000000	00000000000	00000000000	43
00000000000	00000000000	00000000000	44
00000000000	00000000000	00000000000	45
00000000000	00000000000	00000000000	46
00000000000	00000000000	00000000000	47
00000000000	00000000000	00000000000	48
00000000000	00000000000	00000000000	49
00000000000	00000000000	00000000000	50
00000000000	00000000000	00000000000	51
00000000000	00000000000	00000000000	52
00000000000	00000000000	00000000000	53
00000000000	00000000000	00000000000	54
00000000000	00000000000	00000000000	55
00000000000	00000000000	00000000000	56
00000000000	00000000000	00000000000	57
00000000000	00000000000	00000000000	58
00000000000	00000000000	00000000000	59
00000000000	00000000000	00000000000	60



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AQUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-8001

60555-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

CRM: 11506

UF: CE

AV AQUANAMBI 1827 - FÁTIMA 60555401 - TEL:
32694001

Cidade: FORTALEZA

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via orientação ao Paciente

Wendel de Azeite Mendes

Ortopedista e Traumatologista

CRM: 11757 / 5801 16025

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Endereço: SANTOS DUMONT, 2626 SL 412-ALDEOTA FORTALEZA CE 60150161 Tel: 981279073

Prescrição: USO ORAL

FLANCOX 500 01CX

TOMAR 01 CP DE 12/12HS

GESICO RETARD 100 01CX

TOMAR 01 CP DE 12/12HS SE DOR INTENSA

RETORNO DIA 31 AS 8HS NA EMERGÊNCIA

Data: 18/05/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____ Data: _____



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
TOMOGRAFIA - HAPFOR
Nº Pedido: 30897841

Data 16/05/2019
Pag 2 de 2

Paciente...: 11344858 JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
Nascimento: 05/12/1993 Sexo: M RG: 20081291099 SSP CE CPF: 07006385393
Endereço: AV SANTOS DUMONT 2626 ALDEOTA FORTALEZA CE 60150161 Tel:
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Matricula: 8818500044008014
Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARG

Queixa Principal:
DOR

Exame:
TC DO PUNHO ESQUERDO

!^3%/M

5916021242

TÉCNICA
Exame realizado em projeção axial sem administração de contraste.

COMENTÁRIOS:

- Exame realizado em caráter de urgência.
- Luxação volar do osso semilunar, com pequeno fragmento adjacente.
- Demais ossos do punho esquerdo têm morfologia e textura normais.
- Demais espaços articulares estão conservados.
- As estruturas das partes moles têm morfologia e coeficientes de atenuação normais.

* Exame documentado em CD.

Paulo

IANE MONTENEGRO PADILHA HOLANDA - CRM 12745-CE



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
TOMOGRAFIA - HAPFOR
Nº Pedido: 30897841

Data 16/05/2019
Pag 1 de 2

Paciente: 11344898 JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
Nascimento: 05/12/1993 Sexo: M RG: 20081291099 SSP CE CPF: 07006365393
Endereço: AV SANTOS DUMONT 2626 ALDEOTA FORTALEZA CE 60150101 Tel:
Convenio: HAPVIDA MATRIZ
Matricula: 88185000044008014
Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:
DOR

Exame:
TC DO JOELHO ESQUERDO

!^3%/L'

5916021241

TÉCNICA: Realizados cortes axiais sem administração do produto de contraste iodado.

COMENTÁRIOS:

- Exame realizado em caráter de urgência
- Imagem radiodensa ovalada na região epifisária da tibia e côndilo femoral lateral, podendo corresponder a ilhota óssea
- Demais estruturas ósseas trabeculadas de conformação e coeficientes de atenuação normais
- Cápsula articular íntegra, de contornos regulares
- Gordura sub-patelar de Hoffa com densidade homogênea
- Grupos musculares estudados sem anormalidades apreciáveis
- Foco gasoso nas partes moles na face antero-medial adjacente a diáfise da tibia

* Exame documentado em CD

Imagem

IANE MONTENEGRO PADILHA HOLANDA - CRM 12745-CE



ANTONIO PRUDENTE

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que
paciente Luiz de Castro Lucena
submeteu-se a Tratamento cirúrgico
de luxação periscapulo-humeral do
punho esquerdo e reabilitação.
Está de alta e apto para o retorno
às suas atividades.

7

19/07/19

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.
Ortopedia e Traumatologia RQE 5732
Cirurgia de Trauma e Quadril
CRM 11506 SBOT 13025 SBQ 0686



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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1673694633

NOME
JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
20081291099 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
070.063.853-93 05/12/1993

RELACÃO
PEDRO MENDES LUCENA
MARIA MARTA ALVES DE CASTRO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
06226132443 23/02/2024 08/11/2014



OBSERVAÇÕES
EAR;

Janderson Luiz de Castro Lucena

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 27/02/2019

1m V. - J. P. M.
NOME VASCOCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

06819515811
CE169638790

PROIBIDO PLASTIFICAR
1673694633

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014419751211
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPF 01 1020803774 0000000000 2018

NOME
JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 07006385393 PLACA DEN4050/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2K011506F002293

ESPÉCIE TIPO PAG/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1 ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1ª
2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.35 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 181.05 DATA DE PAGAMENTO 14/01/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 02/02/2019

Assinatura: Igor Ponte

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 014419751211 BILHETE DE SEGURO DPVAT

07006385393 GSN4050/CE

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

014419751211 80851676012

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/02/2019

CPF / CNPJ 07006385393 PLACA DEN4050

RENAVAM 1020803774 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1

ANO FAB 2014 CIL 150 NR CHASSI 9C2K011506F002293

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$) 81.29 DEUTRAM (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 ATUALIZAÇÃO PRM SEGURO (R\$) 185.50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 14/01/2019

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.848.806/0001-64

MOTOR: XC16EBF002293

014419751211

tirada no moto z play

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034243/21

Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

CPF: 070.063.853-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA : 070.063.853-93

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 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: 01/02/2021
Nome: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
CPF: 070.063.853-93

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034243/21

Vítima: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

CPF: 070.063.853-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA : 070.063.853-93

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 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: 01/02/2021
Nome: JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA
CPF: 070.063.853-93

JANDERSON LUIZ DE CASTRO LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS