

BANCO BRADESCO S.A.

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: 19/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILO COELHO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00692-0

CONTA: 000000007261-3

Nr. Autenticação

BRADESCO190220180500000000002370069200000000726184375 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180058980 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO COELHO DE SOUZA **Data do acidente:** 15/10/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Déficit funcional leve do tornozelo esquerdo.

médico pericial: Evoluiu com edema e limitação leve da flexo extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico em 23.11.2017 evoluindo com edema e dor pós cirúrgico realizando fisioterapia com data de alta final de janeiro de 2018.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA

CRM do médico: 10674

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180058980 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO COELHO DE SOUZA **Data do acidente:** 15/10/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar esquerdo.

Descrição do exame Déficit funcional leve do tornozelo esquerdo.

médico pericial: Evoluiu com edema e limitação leve da flexo extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico em 23.11.2017 evoluindo com edema e dor pós cirúrgico realizando fisioterapia com data de alta final de janeiro de 2018.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA

CRM do médico: 10674

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante:

Danielo Coelho de Souza, brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão tec. informagum, residente e domiciliado à Rua ST 5ª Turza, N° 25, Bairro ST 5ª Turza, Município de Barbalha, Estado de (o) Pernambuco CEP 63200000 portador (a) do RG nº 2003034008506, SSP/CE e CPF nº 048.468.803.03.

Outorgado:

Citara Daniel dos Santos Silva, brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão M.E.I, residente e domiciliado à Rua ST Hambudor (Zona Rural), N° 1505, Bairro ST Hambudor, Município de Barbalha, Estado de (o) Pernambuco CEP 63180000 portador (a) do RG nº 2001016014110, SSP/CE e CPF nº 010.969.643.33.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Danielo Coelho de Souza, ocorrido em 15/10/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

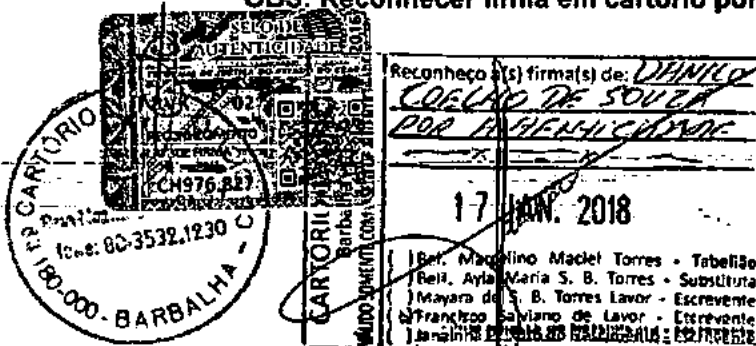
Podendo dito (a) procurado (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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.

Barbalha, 17 de Janeiro de 2018

* Danielo Coelho de Souza
Outorgante

CPF Nº 048.468.803.03

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



RECEBEMOS

26 JAN 2018
Maria Gecineide R. N. N. N.
Corretora de Seguros Eres
CNPJ: 21.497.726/0001

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035995/18
Vítima: DANILO COELHO DE SOUZA
CPF: 048.468.803-03

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/10/2017
Titular do CPF: DANILO COELHO DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

Outros



CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

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

DANILO COELHO DE SOUZA : 048.468.803-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/01/2018
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 010.969.643-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/01/2018
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário

JUNHO/2017

Código Nome do Funcionário
025 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção FI.
2521-05 - ADMINISTRADOR

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
101	PRÓ-LABORE	30,00d	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRFF S.SALARIO	7,5%		54,83

Total de Vencimentos 3200,00
Total de Descontos 406,83

Valor Líquido 2.793,17

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
3.200,00	3.200,00			2848,00	02

Corte aqui:

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário
JUNHO/2017

Código Nome do Funcionário
025 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção FI.
2521-05 - ADMINISTRADOR

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
101	PRÓ-LABORE	30,00d	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRFF S.SALARIO	7,5%		54,83

RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Geconilde F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.735/0001-06

Total de Vencimentos 3200,00
Total de Descontos 406,83

Valor Líquido 2.793,17

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
3200,00	3200,00				

DECLARO TER RECEBIDO A EMPOLANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA

DECLARO TER RECEBIDO A EMPOLANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA

Solicitação de reanálise

Outros



SINISTRO: 3180058980

Eu Danilo Coelho de Souza portador do RG 2003034008506 e CPF 048.468.803-03, residente no ST Santa Tereza nº25 zona rural da cidade Missão Velha-CE, declaro para os devidos fins de direito junto a seguradora LIDER que sofri um acidente de trânsito no dia 15 de outubro de 2017 e fui submetido a tratamento cirúrgico no dia 23 de novembro de 2017, tendo recebido atendimento e primeiros socorros pelo SAMU 192 da cidade de Juazeiro do Norte, sendo encaminhando ao Hospital Regional do Cariri-HRC. Venho por meio deste solicitar uma reavaliação do meu caso, estou disponível a qualquer dia e hora para ser reavaliado em uma nova perícia médica, pois é inadmissível tal resultado, tenho documentações hospitalares e laudos médicos os quais comprovam minhas sequelas. Aguardo desde já a resposta.

Danilo Coelho de Souza


CPF: 048.468.803-03

RECEBEMOS

12 MAR 2018

Maria Geunelice F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
PJ: 21.487.736/0001-06

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035995/18

Vítima: DANILO COELHO DE SOUZA

CPF: 048.468.803-03

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/10/2017

Titular do CPF: DANILO COELHO DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2018

Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

CPF: 010.969.643-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2018

Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

CPF: 890.278.843-15

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180058980 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO COELHO DE SOUZA **Data do acidente:** 15/10/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE E FRATURA DE TÁLUS ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180058980 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO COELHO DE SOUZA **Data do acidente:** 15/10/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas permanentes: NÃO HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/03/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$843,75 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO TORNOZELO ESQUERDO
REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: RENAN DE ALMEIDA SILVA

CRM do médico: 12076

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**
Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: _____
Nº doc. _____

LAUDO MÉDICO

RELATO PARA OS DEVIDOS
FINS QUE DANILO COELHO
DE SOUZA SOFREU FRA-
TURA DO TÁLUS (E) POR
ACIDENTE DE MOTO (28/11/
2017). FOI SUBMETIDO A
CIRURGIA (OSTEOSSINTESE DO
TÁLUS COM FURTO E PARA-
FUSOS). HOJE, ENLORMA-SE
DE ALTA DEFINITIVA (POSSUI
UM LIMITADOR NA FURTO-
EXTENSÃO DO TOLONHO (E).

Dr. Washington L. M. Fecine
CRM: 6609
Ortopedia/Traumatologia

Dr. (a) _____

Voltando à consulta traga esta receita

24/02/2018

50.474

RECEBEMOS

12 MAR 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Documentos de identificação




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CONTROLE NACIONAL DE HABILITACÃO	
DANILO CORLEO DE SOUZA	
	RECEBEMOS / CDD HABITACÃO Nº 2003034008506 EST CE
	CPF 048.468.803-03 DATA NASCIM. 24/05/1990
	Nome ANTONIO CORLEO DE SOUZA FRANCISCA MARIA DE SOUZA
	Sexo M AD CENSO AD
03120840157 21/07/2020 11/01/2011	
OBSERVAÇÃO:	
<i>Daniilo Corleo de Souza</i>	
Assinatura do Titular	
LOCAL MARACÓ DO NORTE, CE	DATA 17/08/2013
<i>for Val - 2/1</i>	
96590715110 CE146669212	
DETRAN CE (CEARA)	

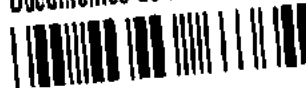
RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Geiziane F. Nobre
Corretora de Seguros Firelli
CNPJ: 21.487.736/0001-10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES (C.O.M.)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA	
	DOC. IDENTIFIC. / CDS CNH / CPF 2001016014110 ESP CE
	CPF 010.969.643-33 DATA NASCIMENTO 28/07/1984
	NACAO DOMINGOS ANDRE DA SILVA CICERA MARIA DOS SANTOS SILVA
	SEX A
IP RESIDENCIAL 04882272697	WELADAC 21/10/2019 1ª HABILITACAO 11/02/2010
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura do Portador <i>Cicero Daniel dos Santos Silva</i>	
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSAO 23/10/2014
Assinatura do Emissor <i>[Signature]</i>	39016488266 CE144330008
DIJIBAN-CE (C.O.M.)	

Documentos de identificação



RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Geconide F. Nogueira
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-76

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013355190178
PRT 01 00525484701 0000000000 2017

MEIRELANE FERNANDES DE MELO
JUAZEIRO DO NORTE / CE

05319566360 / CE
05V6411 / CE

05319566360 / CE
05V6411 / CE

PAS/MOTOCICLO/NO APLICADO
GASOL/ALCO

2P/OCV/149CC
PARTIC VERMELHA

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

2013 / 2015

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

CE Nº 013355190178 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

01 05319566360 / CE
05V6411 / CE

00525484701 HONDA/NXR150 BROS ES

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

2013 09 9C2K0590DR116682

SEURADORA LIDER - DPVAT

CHIEF 09.848 0000001-04

MOTOR: KDO5ESD116682

03438

RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Geizineide F. Nobre
Corretora de Seguros Direta
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Comprovante de residência



Nº DO CLIENTE
2767309-0
 Para solicitar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tercia Sodal de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438
 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Velho, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 500509405

Rota 28 13014 01 119700 - 5 Data de Emissão 13/11/2017

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

End. Postal ST LAMBEDOR 01505
 CABECEIRAS - BARBALHA - 63180000

Medidor 12163791

Posto 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 010969643-33

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura
Nov/2017	13/11/2017	13/12/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
 Conjunto JACELIN DA SILVA
 Mês Set/2017 ENEI 33,40
 DICEI = 0,00 P

ICMS

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

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,29	20,58	41,15	0,00	0,00	0,00
FC	1,44	14,89	29,79	0,00	1,00	0,00
DMIC	5,45			0,20		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

UFID: 3027.5505.F302.551E.2017.670E.6577

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
18884	1877	1,00	287	0,00	287	0,29	80,64
13/11/17	13/10/17		31 dias		287		80,64

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	80,64
MULTA MORATORIA REF 08/2017	1,03
JUROS DO MES	1,21
PLANO ODONTO SYSTEM - 3131-8888	20,72
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,87)	

VENCIMENTO: 13/12/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 103,60

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	80,64
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Energias Sotais	0,00
Tributos (ICMS FIE/CFINS)...	2,21
TOTAL	80,64

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

147	207	144	212	139	155	137	132	134	134	179	125
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Compensação Ecológica (NCCO)
89,47	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
 Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 103,60. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DEBITOS ANTERIORES	Valor (R\$)
09/2017	103,60

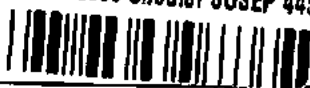
RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Geclisane r. Nobre
 Corretora de Seguros Enel
 CNPJ: 21.487.736/0001-06



Declaração Circular SUSEP 445

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF 010.969.643/33 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DANILO COELHO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.468.803/03 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DANILO COELHO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.468.803/03 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: M.E.I Renda: 2.193,14 e apresento os documentos comprobatórios: RECÍBO DE PAGAMENTO

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>ST. LAMBEDOR</u>		Número <u>1505</u>	Complemento
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>BARBALHA</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>63180-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(88) 9 9663-3619</u>

BARBALHA, 22 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Cicero Daniel dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

26 JAN 2018
Maria Geineide F. Nobre
Correlora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-04



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Meinelane Fernandes de Melo,RG nº 2007202202-1, data de expedição 29/09/2008Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 05339566360, comdomicílio na cidade de Minas Velha, no Estado deCeará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)ST 5ª fuzza, nº 5/nº,complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

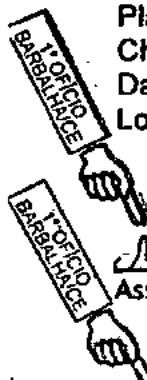
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Danilo Calho de Souza, cujo o condutor eraDanilo Calho de Souza.Veículo: MotoModelo: Honda / NXR 150 Bros ESAno: 2013. 2013Placa: 05V 6411Chassi: 9C2KDO550DRJ16682Data do Acidente: 15.10.2017Local e Data: Barbalha-CE 17.01.18Meinelane Fernandes de Melo

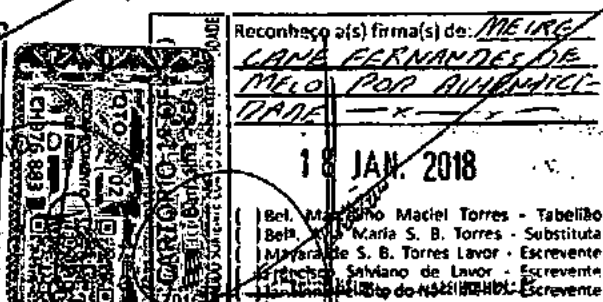
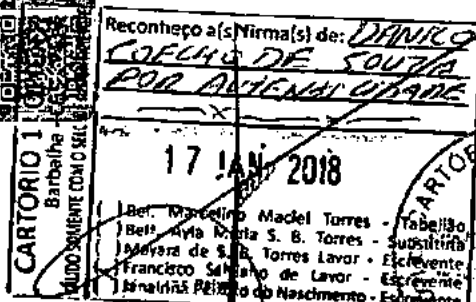
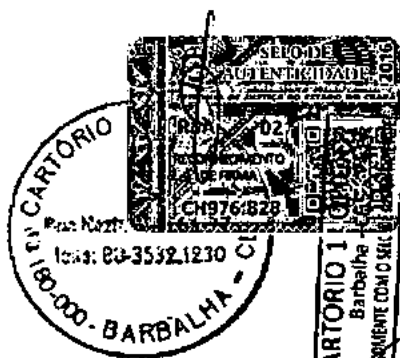
Assinatura do Declarante

Danilo Calho de Souza

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



RECIBEMOS
26 JAN 2018
Maria Geunice F. Nogueira
Corretora de Seguros EMI
CNPJ: 21.481.736/0001-60





EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DANILO COELHO DE SOUZA Prontuário: 23204 Admissão: 15/10/2017
Data Nasc.: 24/05/1990 Idade: 27 ano(s) 4 mes(es) e 22 dia(s) Sexo: Masculino RG: 2003034008506
Mãe: FRANCISCA MARIA DE SOUSA Telefone:
Endereço: SÍTIO SANTA TERESA Bairro: SÍTIO SANTA TERESA CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
#ORTOPEDIA# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SOFRENDO TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO. COM DOR E EDEMA. FCC EM ANTEPÉ E RETROPÉ IPSILATERAL SEM SINAIS DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA. NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MIE. COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO. RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO EVIDÊNCIA FRATURA DO TÁLUS. CD: ORIENTAÇÕES GERAIS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA SUROPODÁLICA + SOLICITO TC DO TORNOZELO ESQUERDO PARA PLANEJAR TRATAMENTO.	ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO	15/10/2017 12:55

Dr. Abel T. Macedo Filho
Ortopedista
CRM-CE 11224-8 CRM-PE 21548

RECEBEMOS
26 JAN 2018
Maria Geacineide F. Nogueira
Correio de Seguros Enxif
CNPJ 21.487.736/0001-06



EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DANILO COELHO DE SOUZA Prontuário: 23204 Admissão: 15/10/2017
Data Nasc.: 24/05/1990 Idade: 27 ano(s) 4 mes(es) e 22 dia(s) Sexo: Masculino RG: 2003034008506
Mãe: FRANCISCA MARIA DE SOUSA Telefone:
Endereço: SÍTIO SANTA TERESA Bairro: SÍTIO SANTA TERESA CEP:

Evolução	Profissional	Data/Hora
<p>#ORTOPEDIA#</p> <p>PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SOFRENDO TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO. COM DOR E EDEMA. FCC EM ANTEPÉ E RETROPÉ IPSILATERAL SEM SINAIS DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA.</p> <p>NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MIE. COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO.</p> <p>RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO EVIDÊNCIA FRATURA DO TÁLUS.</p> <p>CD: ORIENTAÇÕES GERAIS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA SUPODÁLICA + SOLICITO TC DO TORNOZELO ESQUERDO PARA PLANEJAR TRATAMENTO.</p> <p>TC DE TORNOZELO ESQUERDO: FRATURA COMINUTIVA DO COLO DO TÁLUS SEM LUXAÇÃO SUBTALAR.</p> <p>CD : ANALGESIA + MANTER MIE ELEVADO + ORIENTAÇÕES GERAIS + OBSERVAÇÃO 12 H.</p>	ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO	15/10/2017 12:55

Dr. Abel T. Macedo Filho
Ortopedista
CRM-CE 11224 - CRM-PE 21540

RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Georgette F. Nogueira
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06





RELATÓRIO MÉDICO

Nome: **DANILO COELHO DE SOUZA**

Data de Nasc: **24/05/1990**

Endereço: **SITIO SANTA TERESA**

Cidade: **MISSAO VELHA**

Prontuário: **23204**

Idade: **27 ano(s) 4 mes(es) e 24 dia(s)**

CEP: **63030-390**

Bairro: **SITIO SANTA TERESA**

UF: **CEARÁ**

Sexo: **Masculino**

Resumo Clínico:

FRATURA DE COLO DO TÁLUS À (E). PACIENTE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA. TALA GESSADA TIPO BOTA À (E) E FOI ORIENTADO POR NÓS QUANTO AO SEU CASO.

Exames Realizados:

OS NECESSÁRIOS.

Terapêutica Utilizada:

CIRÚRGICA.

Hipótese Diagnóstico

FRATURA DE COLO DO TÁLUS À (E). PACIENTE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA. TALA GESSADA TIPO BOTA À (E) E FOI ORIENTADO POR NÓS QUANTO AO SEU CASO.

Hospital de Referência:

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA.

Observações

Perfil:

ADULTO TRAUMA

Dr. André Luis Sant Anna
Ortopedista e Traumatologista
CRM-CE 9492 - TEOT 9324
Membro SBOT-SBTO.

RECEBEMOS

26 JAN 2018

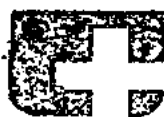
Maria Georgete F. Nogueira
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Médico:

ANDRE LUIS SANTANNA 9492CRM

17/10/2017 11:37



NOME: DANILO COELHO DE SOUZA PRONTUARIO: 23204
DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990
SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ
SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA ENFERMARIA/LEITO: Espera.01
DATA DO EXAME: 15.10.2017 HORA DO EXAME: -
DATA DO LAUDO: 15.10.2017 HORA DO LAUDO: 05:00
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

TCE.

ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região frontal esquerda.
- Imagem nodular cálcica medindo 0.2 cm em pedúnculo cerebelar esquerdo sem edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral sem alterações. Cerebelo de morfologia e dimensões normais.
- Seios paranasais bem aerados.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Hematoma subgaleal frontal esquerdo, NÃO associado a fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
2. Calcificação puntiforme cerebelar esquerda de aspecto residual.

RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Cecília F. Nobre
Coordenadora de Seguros Eireli
CNPJ 24.487.345/0001-06

Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB





NOME: DANILO COELHO DE SOUZA

PRONTUÁRIO: 23204

DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990

SOLICITANTE: Dr. ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO

SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA

ENFERMARIA/LEITO: REANIMAÇÃO.01

DATA DO EXAME: 15.10.2017

HORA DO EXAME: 13:52

DATA DO LAUDO: 15.10.2017

HORA DO LAUDO: 14:46

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

Técnica:

Foram realizados cortes tomográficos do tornozelo esquerdo, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

Indicação:

- Trauma.

Análise:

- Fratura cominutiva em colo do tálus, sem deslocamento talar em relação a articulação subtalar associada a múltiplos fragmentos ósseos intra-articulares tibiotalar e subtalares.
- Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.
- Demais superfícies articulares visibilizadas lisas e espaços articulares conservados.
- Pequena quantidade de líquido intra-articular tibiotalar e subtalar.
- Aumento de volume e densificação de partes moles regionais.
- As reconstruções bi e tri-dimensionais confirmam os achados supra descritos.

Impressão Diagnóstica:

1. Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar.
2. Fragmentos ósseos livres intra-articulares tibiotalares e subtalares.
3. Pequeno derrame articular.
4. Infiltração edematosa difusa peri-articular.

RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: **DANILO COELHO DE SOUZA** Admissão: **15/10/2017 03:44**
Pront.: **23204** Data Nasc.: **24/05/1990** Idade: **27 ano(s) 4 mes(es) e 22 dia(s)** Tel.:
Mãe: **FRANCISCA MARIA DE SOUSA**
Sexo: **Masculino** RG: **2003034008506** Município: **JUAZEIRO DO NORTE**
CEP **63030-390** Bairro: **SITIO SANTA TERESA**
Endereço: **SITIO SANTA TERESA**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: **LARANJA** Classificador **EVELINE NAIARA NUVENS OLIVEIRA** Horário **15/10/2017 03:49**
Queixa: **PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO CONSCIENTE ORIENTADO E NÃO FAZIA USO DO CAPACETE**
Exatograma: **TRAUMA MAIOR**
Discriminador: **MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO**

ATENDIMENTO MEDICO

Médico: **FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ** CRM: **6** Nº: **394820** Horário **15/10/2017 03:54**
Acidente: **Sim** Agressão: **Não** Peso: P.A.:
Eixo: **REANIMACAO**
Hipótese Diagnóstico: **TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA**
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO APRESENTANDO TRAUMA DE FACE DOR INTENSA COM SINAIS DE FRATURA NO MIE E FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO. ESTÁ CONSCIENTE MAS HÁ RELATO DE PERDA DA CONSCINECIA NO MOMENTO DO ACIDENTE.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
RX PERNA E AP/P (0204060168)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
RX PE E AP/OBLIQ (0204060150)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
US ABDOMINAL TOTAL (0205020046)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente

RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Correlora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

CRM 4366

15/10/17 04:01

Prescrição	
SINAIS VITAIS	
HIDROCORTIZONA 500MG+A.D. 10ML EV DE 8/8 HORAS	2
TRAMAL 01AMP+S.F. 100ML EV SE DOR FORTE	OK
CETOPROFENO 01AMP+A.D. 10ML EV DE 12/12 HORAS	OK
S.F. 2500ML EV 35 GOTAS/MIN	OK
DIETA ZERO	OK

RECEBEMOS
Hóspício

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

NOME: DANILO COELHO DE SOUZA

PRONTUÁRIO: 23204

DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA

ENFERMARIA/LEITO: Espera.01

DATA DO EXAME: 15.10.2017

DATA DO LAUDO: 15.10.2017

EXAME: ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL FOCADA NO TRAUMA-FAST

RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor convexo, com 3,5 a 5,0 MHz, realizando-se seis cortes padrão, descritos abaixo:

Corte longitudinal do QSD: Lobo direito hepático íntegro, rim direito de contornos regulares e padrão corticomedular preservado, espaço de Morrison sem líquido livre.

Corte longitudinal do QSE: Baço de contornos regulares e ecotextura característica; rim esquerdo preservado. Ausência de líquido livre no espaço espleno renal.

Corte transversal sub-xifóide: Lobo hepático esquerdo de contornos regulares sem alterações texturais, região pericárdica de aspecto ecográfico normal, não se visibilizando derrame.

Corte transversal suprapúbico: Bexiga plena e de conteúdo anecoico homogêneo, não sendo observado fluido livre no recesso retrovesical.

Corte longitudinal da base torácica direita: Ausência de derrame pleural, observando-se deslizamento entre as superfícies parietal e visceral da pleura com presença de artefato em cauda de cometa (linhas B).

Corte longitudinal da base torácica esquerda: Achados ecográficos semelhantes aos da base contralateral.

Achados adicionais:

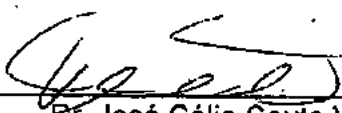
- Leve esteatose hepática difusa.
- Colelitíase.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE NAS CAVIDADES TORÁCICA E ABDOMINAL.

RECEBEMOS

26 JAN 2018


Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



NOME: DANILO COELHO DE SOUZA

PRONTUÁRIO: 23204

DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990

SOLICITANTE: Dr. ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO

SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA

ENFERMARIA/LEITO: REANIMAÇÃO.01

DATA DO EXAME: 15.10.2017

HORA DO EXAME: 13:52

DATA DO LAUDO: 15.10.2017

HORA DO LAUDO: 14:46

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

Técnica:

Foram realizados cortes tomográficos do tornozelo esquerdo, em aparelho multidetector, com reconstruções bi e tridimensionais, de acordo com a radiografia digital marcada.

Indicação:

- Trauma.

Análise:

- Fratura cominutiva em colo do tálus, sem deslocamento talar em relação a articulação subtalar associada a múltiplos fragmentos ósseos intra-articulares tibiotalar e subtalares.
- Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.
- Demais superfícies articulares visibilizadas lisas e espaços articulares conservados.
- Pequena quantidade de líquido intra-articular tibiotalar e subtalar.
- Aumento de volume e densificação de partes moles regionais.
- As reconstruções bi e tri-dimensionais confirmam os achados supra descritos.

Impressão Diagnóstica:

1. Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar.
2. Fragmentos ósseos livres intra-articulares tibiotalares e subtalares.
3. Pequeno derrame articular.
4. Infiltração edematosa difusa peri-articular.



RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Elétric
CNPJ: 21.487.736/0001-0



Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

Open New Zoom Pan Slice Window Line 100% Frames VIL Present

STANDARD
EX-100
EX-100
EX-100
EX-100
EX-100

EX-100
EX-100
EX-100
EX-100
EX-100

POSTAL CODE
01000-000
01000-000
01000-000
01000-000
01000-000

01000-000
01000-000
01000-000
01000-000
01000-000

For Help, press F1



EA

W=2000 L=700

0812

PT 4 18/10/2017

RECEBEMOS

26 JAN 2019

Maria Geconerle F. Nchre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

RELATÓRIO MÉDICO

Nome DANILO COELHO DE SOUZA

Prontuário: 23204

Data de Nasc: 24/05/1990

Idade 27 ano(s) 4 mes(es) e 27 dia(s)

Endereço: SÍTIO SANTA TERESA

CEP: 63030-390

Bairro: SÍTIO SANTA TERESA

Cidade: MISSAÓ VELHA

UF: CEARÁ

Sexo: Masculino

Resumo Clínico:

FRATURA DE COLO DO TÁLUS À (E). PACIENTE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA. TALA GESSADA TIPO BOTA À (E) E FOI ORIENTADO POR NÓS QUANTO AO SEU CASO.

Exames Realizados:

OS NECESSÁRIOS.

Terapêutica Utilizada:

CIRÚRGICA.

Hipótese Diagnóstica

FRATURA DE COLO DO TÁLUS À (E). PACIENTE COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA. TALA GESSADA TIPO BOTA À (E) E FOI ORIENTADO POR NÓS QUANTO AO SEU CASO.

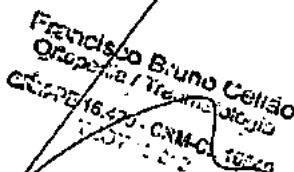
Hospital de Referência:

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA.

Observações

Perfil:

ADULTO TRAUMA


Francisco Bruno Celidão
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 16.470 - CRM-MG 18520

RECEBEMOS

26 JAN 2017

Maria Gecineide r. Nobre
Correlora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-04

Médico:

ANDRE LUIS SANTANNA 9492CRM

17/10/2017 11:37

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

NOME: DANILO COELHO DE SOUZA

PRONTUARIO: 23204

DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA

ENFERMARIA/LEITO: Espera.01

DATA DO EXAME: 15.10.2017

HORA DO EXAME: -

DATA DO LAUDO: 15.10.2017

HORA DO LAUDO: 05:00

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

TCE.

ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região frontal esquerda.
- Imagem nodular cálcica medindo 0.2 cm em pedúnculo cerebelar esquerdo sem edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral sem alterações. Cerebelo de morfologia e dimensões normais.
- Seios paranasais bem aerados.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:


1. Hematoma subgaleal frontal esquerdo, NÃO associado a fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
2. Calcificação puntiforme cerebelar esquerda de aspecto residual.

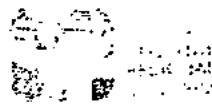


RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Geineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06


Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



ISGH

Gratuito

ATESTADO MÉDICO	
ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:	JAMILO CEILHO
Foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 99 dia(s)	
de suas atividades profissionais, a partir de 25/10/17	
CID:	S92
JUAZEIRO DO NORTE(CE),	20 DE 10 DE 17
ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM	

HOSPITAL REGIONAL NORTE | Av. João Sá, 1505 - Bairro: Dr. José Eurípedes Figueira | Juazeiro/CE | CEP: 63.010-840 | CNPJ: 02.258.536/0007-66

RECEBEMOS

26 JAN 2018
Maria Georgete F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

NOME: DANILO COELHO DE SOUZA PRONTUARIO: 23204
DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1990
SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ
SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA ENFERMARIA/LEITO: Espera.01
DATA DO EXAME: 15.10.2017
DATA DO LAUDO: 15.10.2017
EXAME: ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL FOCADA NO TRAUMA-FAST

RELATÓRIO

Exame realizado com transdutor convexo, com 3,5 a 5,0 MHz, realizando-se seis cortes padrão, descritos abaixo:

Corte longitudinal do QSD: Lobo direito hepático íntegro, rim direito de contornos regulares e padrão corticomedular preservado, espaço de Morrison sem líquido livre.

Corte longitudinal do QSE: Baço de contornos regulares e ecotextura característica; rim esquerdo preservado. Ausência de líquido livre no espaço espleno renal.

Corte transversal sub-xifóide: Lobo hepático esquerdo de contornos regulares sem alterações texturais, região pericárdica de aspecto ecográfico normal, não se visibilizando derrame.

Corte transversal suprapúbico: Bexiga plena e de conteúdo anecoico homogêneo, não sendo observado fluido livre no recesso retrovesical.

Corte longitudinal da base torácica direita: Ausência de derrame pleural, observando-se deslizamento entre as superfícies parietal e visceral da pleura com presença de artefato em cauda de cometa (linhas B).

Corte longitudinal da base torácica esquerda: Achados ecográficos semelhantes aos da base contralateral.

Achados adicionais:

- Leve esteatose hepática difusa.
- Colelitíase.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE NAS CAVIDADES TORÁCICA E ABDOMINAL.




Dr. José Célio Coulo Vasconcelos

Médico-Radiologista - CRM-CE-13064

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Georgette F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.467.736/0001-06



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**
Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: _____
Nº doc. _____

Arturino Mendes

Apresento para o
Mestre Guilherme
Daniel Ribeiro de Souza
foi submetido a
Sintoma do talão (E)
em 23/11/2017, após
foi orientado, e deu-
no seu próprio dos
atividade por fim
por 30 (trinta) dias
em 23/12/2017.

Dr. Reinaldo Seelina
04-01-2018.
Dr. (a) *[Assinatura]*
Voltando à consulta traga esta receita

50.474

RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3186201
76674 - DANILO COELHO DE SOUZA
Paciente.....:
Solicitante.....: RAINERIO SOEJIMA RAMALHO DIAS
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido....: 802135
Idade.....: 27a 7m 14d
Atendido.: 05/01/2018
Laudado...: 05/01/2018

TORNOZELO ESQUERDO

- Exame para controle cirúrgico.

RECEBEMOS

26 JAN 2013

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **DANILO COELHO DE SOUZA**, portador do RG 2003034008506 inscrito no CPF 048.468.803-03, no dia 15/10/2017, às 2h58, no município de Juazeiro do Norte/CE, na rua Professora Maria Nilde Couto Bem, no bairro Triângulo, vítima de acidente com motocicleta, sendo encaminhado para o Hospital Regional do Cariri - HRC. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 20 de Novembro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Marco Antonio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm.
192 Juazeiro do Norte

90-1000/936/0001-06
CNPJ: 21.487.736/0001-06
Correlora de Seguros Eireli
Maria Geconide F. Nobre

26 JAN 2018

RECEBEMOS

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DANILO COELHO DE SOUZA Admissão: 15/10/2017 03:44
Pront.: 23204 Data Nasc.: 24/05/1990 Idade: 27 ano(s) 4 mes(es) e 22 dia(s) Tel.:
Mãe: FRANCISCA MARIA DE SOUSA
Sexo: Masculino RG: 2003034008506 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63030-390 Bairro: SITIO SANTA TERESA
Endereço: SITIO SANTA TERESA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador EVELINE NAIARA NUVENS OLIVEIRA Horário 15/10/2017 03:49
Queixa: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO CONSCIENTE ORIENTADO E NÃO FAZIA USO DO CAPACETE
Exame: TRAUMA MAIOR
Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 6 Nº: 394820 Horário 15/10/2017 03:54
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: REANIMACAO
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO APRESENTANDO TRAUMA DE FACE DOR INTENSA
COM SINAIS DE FRATURA NO MIE E FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO. ESTÁ CONSCIENTE MAS HÁ RELATO DE
PERDA DA CONSCINECIA NO MOMENTO DO ACIDENTE.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
RX PERNA E AP/P (0204060168)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
RX PE E AP/OBLIQ (0204060150)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
US ABDOMINAL TOTAL (0205020046)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	15/10/2017 03:59	Sim	Pendente

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Etnell
CNPJ: 21.487.736/0001-06

26 JAN 2018

RECEBEMOS



RECEBEMOS
29 JUN 2015
Módulo de Segurança Eletrônica
Controlador de Acesso
31.21.461.73610001-09

Dr. Fernando Neves Pereira da Luz
CRM 4366
Obstetrícia - Ultrassonografia
CREMEC 4366 CREMEP 7612

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Condução ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

Prescrição	
SINAIS VITAIS	
HIDROCORTIZONA 500MG+A.D, 10ML EV DE 8/8 HORAS	04
TRAMAL 01AMP+S.F, 100ML EV SE DOR FORTE	04
CETOPROFENO 01AMP+A.D, 10ML EV DE 12/12 HORAS	04
S.F. 2500ML EV 35 GOTAS/MIN	14
DIETA ZERO	14

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM 4366 15/10/17 04:01

PRESCRIÇÃO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANILO COELHO DE SOUZA,

RG nº 200.303400806 data de expedição 17/08/15, Órgão SSP/CE,

CPF nº 048.468.803-03, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. STª TEREZA</u>
Número	<u>25</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MISSÃO VELHA</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63200000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)9.9663.3619. 9248-3095</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARBALHA-CE-22-01-18

Assinatura do Declarante:

Daniilo Coelho de Souza

Maria Geconide F. Nobre
Corretora de Seguros Etreli
CNPJ 21.487.736/0001-06

26 JAN 2018

RECEBEMOS

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº: 502557106
Rota 38 15078 50 016000 - 0 **Data de Emissão** 25/11/2017
Nome FRANCISCA MARIA DE SOUZA COELHO
End. Postal ST STA TEREZA 00025
NORTE - MISSAO VELHA - 63200000
Medidor 23849829 **Posto** 0000 A73N
Classe 04-RURAL MONOFASICO **Fator de Potência** 0,00
RG/CPF/CNPJ 349203153-68 **CGF**

DADOS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Nov/2017	25/11/2017	26/12/2017	Conjunta	Set/2017	BUSD 20.79
ICMS			Mês		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto	DICEI = 0,00		
ISENTO			Pedido Individual		
			Mensal	Trím.	Anual
			DIC	16,44	20,08
			FIC	7,52	15,04
			DMIC	5,53	

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL									
F242.5086.350F.0650.412E.9883.2183.84EE									
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
15866	15955	1,00	0	0,00	30	0,39311	11,79		
25/11/17	26/10/17		30 DIAS		30		11,79		
DESCRIÇÃO								VALOR (R\$)	
VALOR CONSUMO DO MES								11,79	
Multa Moratória Ref 08/2017								1,10	
Juros do Mes								0,23	
Saldo para Pagamento Futuro								-13,12	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,47)									

VENCIMENTO	03/01/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	0,00
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)	
Energia	5,65	143	0
Transmissão	0,38	144	132
Distribuição	1,33	147	142
Encargos Setoriais	0,41	149	141
Tributos (PIS e COFINS)	0,41	152	131
TOTAL	11,79	152	139
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		152	152
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		RED Nov Out Set Ago Jul Jun Mai Abr Mar Fev Jan Dez	
Emissão kg (CO ₂)	12,97	Consistência Ecológica (%)	
Compensado kg (CO ₂)	0,00	0	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
 PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DE CLIENTE SEGUROS DO DÍGITO VERIFICADOR.
 PARA MINHA.
 Consulte esta fatura R\$ 0,41 referente a PIS e COFINS Alíquotas: PIS:0,65% e COFINS:2,93%
 Art. 9 Lei. 100-2005 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.831-03

Marla Gecineide F. Nóbrega
 Corretora de Seguros Eirel
 CNPJ:21.487.736/0001-06

26 JAN 2018

RECEBEMOS

Nº do Cliente: 3701953-8 Referência: Nov/2017
 Data de Emissão: 25/11/2017 Total a Pagar (R\$): 0,00
 Nº da Nota Fiscal: 502557106 Nº de Controle: 0003701953 00105 39162 81

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mini
 mo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor
 será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer
 incidência de multas ou encargos.

**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

Nome do(a) Examinado(a): **DANILO COELHO DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **ST SANTA TEREZA nº 25 - ZONA RURAL - MISSAO VELHA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2003034008506 - SSP**
Data e local do acidente: **15/10/2017 JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Data e local do exame: **14/02/2018 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura cominutiva do colo do tálus sem luxação subtalar esquerdo

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

tratamento cirurgico em 23.11.2017 evoluindo com edema e dor pós cirurgico realizando fisioterapia com data de alta final de janeiro de 2018

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

evoluiu com edema e limitação leve da flexo extensão do tornozelo esquerdo

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

deficit funcional leve do tornozelo esquerdo

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

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA CRM:10674/CE


Dr. Victor Hugo Bezerra Pedrosa
Médico do Trabalho - CRM - CE: 10674
Especialização em Medicina do Trabalho - CRM: 10674/CE
CRM/CE 10674 - Especialidade: Medicina do Trabalho

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

**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

Sinistro: **3180058980**
Nome do(a) Examinado(a): **DANILO COELHO DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **ST SANTA TEREZA nº 25 - ZONA RURAL - MISSAO VELHA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2003034008506 - SSP**
Data e local do acidente: **15/10/2017 JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Data e local do exame: **23/03/2018 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO

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

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM:12076/CE


Dr. Renan Almeida
Médico
CREMEC 12076

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Autorização de pagamento



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	048.468.803-03	DANILO COELHO DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
DANILO COELHO DE SOUZA		048.468.803-03		TÉC. ENFERMAGEM	
Endereço		Número		Complemento	
ST STA TEREZA		05		ZONA RURAL	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
ZONA RURAL	MISSÃO VELHA	CEARA	63900000		
Email		Telefone (DDD)			
		(88) 94663-3619			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/> BANCO BRADESCO 237	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 0692 0	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 000.7261 3	

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

BARBACHA, 20 de JANEIRO de 2013
Local e Data

Daniilo Coelho de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBEMOS
26 JAN 2013
Mariana Gecimede F. Nogueira
Corretora de Seguros Evid
CPF: 21.487.736/0001-06



26 JAN 2013
Marta Cecenide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 730 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
 Data / Hora da Comunicação: 17/01/2018 09:51:07
 Data / Hora da Ocorrência: 15/10/2017 01:58:00
 Endereço da Ocorrência: RUA PROF MARIA NILDE COUTO BEM
 Complemento:
 Bairro: TRIANGULO Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
 Ponto de Referência: ENTRE O SHOPPING E O POLIESPORTIVO

Notificante(s)

Nome: DANILO COELHO DE SOUZA
 Nascimento: 24/05/1990 CPF:
 RG: 2003034008506 Orgão Emissor: SSP UF:
 Filiação: FRANCISCA MARIA DE SOUZA
 ANTONIO COELHO DE SOUZA
 Endereço: SÍTIO SANTA TEREZA, 25 CEP:
 Bairro: ZONA RURAL
 Município: MISSAO VELHA/CE
 País: BRASIL Telefone: (88) 98841-6723

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSV6411 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:
 9C2KD0550DR116682 Renavam: 525484701 Tipo do Veículo:
 MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
 Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
 Cor: VERMELHA Proprietário: MEIRELANE FERNANDES DE MELO
 Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, notícia que, na data, hora e local, acima informados, trafegava pilotando o veículo acima qualificado, Ocorre que, um gato cruzou a via, e ao tentar desviar acabou atingindo uma árvore; QUE em virtude do sinistro o notificante DANILO COELHO DE SOUZA sofreu lesões conforme ficha de atendimento anexa, cujo exame físico diz: "PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO ALCOOLIZADO APRESENTANDO TRAUMA EM FACE DOR INTENSA COM SINAIS DE FRATURA NO MIE E FERIMENTOS NO PÉ ESQUERDO"; QUE o notificante foi levado pelo SAMU foi para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI e depois foi encaminhado para o HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO onde foi submetido a sutura, conforme atestado médico anexo; QUE na sua garupa estava um colega, mas que não lembra seu nome, sabendo apenas que ele sofreu escoriações; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE está recebendo a Guia de exame de corpo de delito para se submeter a exame na PEFOCE tendo em vista requerer o seguro DPVAT; QUE está sendo orientado (a) que precisa pagar a taxa devida à PEFOCE para a realização do exame de corpo de delito. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA: CHN DO CONDUTOR, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.

D. Danilo Coelho de Souza

B. B. B.

RECEBEMOS

26 JAN 2018

Maria Cecineide F. N. Chre
 Corredora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.733/0001-05



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

FLS. 2

DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 730 / 2018 DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

CRLV DO VEÍCULO, CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI DO DIA 15/01/2017, PRONT. 23204, FICHA DE EVOLUÇÃO DO HRC DO DIA 15/10/2017, RELATÓRIO MÉDICO DO HRC DO DIA 17/10/2017, ATESTADO MÉDICO DO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULA DO DIA 04/01/2018 EMITIDO PELO DR RAINERIO SOEJIMA; Nada mais disse.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

IVANEIDA BARRETO PESSOA - MAT.: 30081412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Danielo e Silva de Souza

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCA SUERDA BEZERRA ULISSES - MAT.: 198424-1-X

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

26 JAN 2019

RECEBEMOS

Declaração de Inexistência de

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

DANILLO COELHO DE SOUZA

CPF da Vítima

048.468.803-03

Data do Acidente

15-10-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(88)9.4663-3619

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

BARBALHA-CE, 20 de Janeiro de 2018

Local e Data

Manoel Almeida F. Nogueira
Corretora de Seguros Enal
CNPJ: 21.487.736/0001-06

25 JAN 2018

* Danilo Coelho de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECEBEMOS

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO COELHO DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180058980**

Vítima: **DANILO COELHO DE SOUZA**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180058980**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12338554



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO COELHO DE SOUZA**

Sinistro: **3180058980**
Vítima: **DANILO COELHO DE SOUZA**
Data do Acidente: **15/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180058980** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12403700

A/C: DANILO COELHO DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180058980
Vítima: DANILO COELHO DE SOUZA
Data do Acidente: 15/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DANILO COELHO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000692-0**

Conta: **000007261-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO COELHO DE SOUZA**

Sinistro: **3180058980**
Vítima: **DANILO COELHO DE SOUZA**
Data do Acidente: **15/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180058980** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO COELHO DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180058980**

Vitima: **DANILO COELHO DE SOUZA**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180058980**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT