

---

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** ELENILDO FREITAS DE SOUZA

**Nº Sinistro:** 3180261332

**Vitima:** ELENILDO FREITAS DE SOUZA

**Data do Acidente:** 29/01/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180261332**.

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 12938629



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Carta nº: 13010030

A/C: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180261332  
Vítima: ELENILDO FREITAS DE SOUZA  
Data do Acidente: 29/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: **ELENILDO FREITAS DE SOUZA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000002225-X**

Conta: **000010020816-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

048966853-42

ELENILDO FREITAS DE SOUZA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo ELENILDO FREITAS DE SOUZA		CPF titular da conta 048966853-42	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA 27 DE JUNHO		Número 257	Complemento
Bairro DT. SÃO PEDRO BONITO	Cidade JUCAÍ	Estado CE	CEP 67580000
Email		Telefone (DDD) (88) 97684-5734	

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**

- RECUSO INFORMAR     
  SEM RENDA     
  ATÉ R\$ 1.000,00     
  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     
  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00     
  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00     
  ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237)   
  BANCO DO BRASIL (001)   
  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO	
AGÊNCIA NRO		D/V	CONTA NRO
D/V		D/V	

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
2225	X	20816	7

(Informar dígito se existir)

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.

JUCAÍ/CE, 06 de FEVEREIRO de 18  
Local e Data

Elenildo Freitas de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



pat.

SISTEMA DE INFORMACOES BANCARIAS DO BRASIL  
05/02/2018 - Autotendimento - 13:19:49  
222571088 0568

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM PURPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO	ELENILDO FRETTAS DE SOUZA
AGENCIA:	2225-X
CONTA:	20.816-7
VARIACAO	51
VALOR *	1.000,00
NR. ENVELOPE	2.107.459.626

\* Acolhido em: 05/02/2018, na Agência 2225-X.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.  
REC. 07 JUN 2018  
Nome: \_\_\_\_\_



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 2233 / 2017**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**  
 Data / Hora da Comunicação: **20/04/2017 08:50:40**  
 Data / Hora da Ocorrência: **29/01/2017 13:03:00**  
 Endereço da Ocorrência: **RUA B**  
 Complemento:  
 Bairro: **VERDES PARK** Município: **IGUAU/CE**  
 Ponto de Referência:

COMPREV SEGUROS  
 E RESERVA S/A.  
 REC. 07 JUN 2018  
 Nome: \_\_\_\_\_

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ELENILDO FREITAS DE SOUZA**  
 Nascimento: **08/11/1986** CPF:  
 RG: **2007202465** Orgão Emissor: **SS**  
 Filiação: **FRANCISCA VIEIRA FREITAS**  
**LUIZ RAIMUNDO**  
 Endereço: **VILA SÃO PEDRO**  
 Bairro: **ZONA RURAL**  
 Município: **JUCAS/CE**  
 País: **BRASIL**

REGISTRO CIVIL  
 DISTRITO DE BARREIRAS  
 Rua do Asfalto, 116 - Vila Verde, Iguatu - CE  
 (88) 99006-0736 / (31) 3387-0003

**AUTENTICAÇÃO**  
 A fotocópia é reprodução fiel da original de verdade.  
 Em testemunho  
 Distrito de Barreiras Iguatu-CE  
**14 MAIO 2018**  
 CEP: **6358-9916**  
 CARLOS ANTONIO DA SILVA  
 Respondendo Pelo Cartório  
 Zuleide Alves de Araújo - Escrevente Oficial do Registro

**Dados do Veículo(s)**

1) Placa: **ORV4147** Uf: **CE** Município: **JUCAS** Chassi:  
**9C6KG065DE0006711** Renavam: **605469466** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/YS150 FAZER** Ano  
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
 Cor: **LARANJA** Proprietário: **LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

Compareceu a esta delegacia o **DECLARANTE**, nesta data, e informou das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal, Art 340, informou que no local e horário supracitado, trafegava como **CONDUTOR** na moto **YAMAHA / YS, 150 FAZER**, PLACA: **ORV4147**, CHASSI: **9C6KG065DE0006711**, RENAAM: **605469466**, COR: **LARANJA**, ANO **FAB/MOD: 2013/2014**, estando a mesma no nome de: **LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS**: Que o declarante conduzia a referida moto quando de repente perdeu o controle da moto vindo a cair; Que foi socorrido pelo **SAMU**, até o Hospital Regional Iguatu e sendo atendido pelo **DR. FRANFENK, A.B. OLIVEIRA**, que segundo o laudo do médico teve **T.C.E**, e hematomas no rosto; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro **DPVAT**. Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de **DECLARANTE**.

*[Handwritten signature]*

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: \_\_\_\_\_

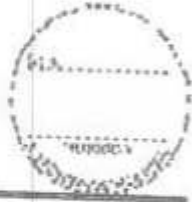
**ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]* **Elenildo Freitas de Souza**



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 478 - 2033 / 2017**

VISTO DO DELEGADO(A) :

**JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6**

**AUTENTICAÇÃO**  
A fotocópia é reprodução fiel da original  
Em testemunho da verdade  
Distrito de Barreiras Iguaú-CE  
**14 MAIO 2018**

CARLOS ANDRÉ DA SILVA - Oficial do Registro  
Respondendo Pelo Distrito  
 Zuleide Alves de Araújo - Escrevente Substituto  
Válido somente com o selo de autenticação.

**DELEGACIA DO REGISTRO CIVIL**  
DO DISTRITO DE BARREIRAS  
Rua do Azeite, nº 118, Vila Nova Iguaú - CE  
(88) 3608.0758, (44) 3581.0803

**SELO DE AUTENTICAÇÃO**  
HIC 03  
AUTENTICAÇÃO  
HQ515.042

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
REC. 07 JUN 2018  
Nome: \_\_\_\_\_

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 interdita 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

ELENILDO FREITAS DE SOUZA

CPF da Vítima

048966853-42

Data do Acidente

29.01.17

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

Juazeiro, 06 de Fevereiro de 18

Local e Data

Elenildo Freitas de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal




GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ



**CERTIDÃO NARRATIVA**

CERTIFICAMOS, em virtude da liberdade 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. ELENILDO FREITAS DE SOUZA, portador do RG 2007202465-2 e inscrito no CPF 048.966.855-42, no dia 29/01/2017, às 12h40, no município de Igatu/CE, na Verde Parque, vítima de queda de moto, tendo o mesmo encaminhado para o Hospital Regional de Igatu. Participaram 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, 26 de Abril de 2017

  
Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

  
Maria Sobrinha Bezerra  
Enfermeira CRP 186.433  
Gerente, Samu 192 Regional Igatu





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.375,00

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

CLIENTE: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02225-X

CONTA: 000010020816-9

---

---

Nr. da Autenticação 5CFD8F3270A0F470



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 509992332

Companhia Energética do Ceará

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica

forçada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de  
**JAN/2018**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**3055701** INV 1

VENCIMENTO  
**29/01/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**90,09**

Rota 14 012125 01 0208000 Medidor 7836891 Poste 0000 0  
Nome FRANCISCA VIEIRA DE FREITAS  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU 0029 DE JUNHO 00257 DT SAO PEDRO DO JUCAS 63580000

RG / CPF / CNPJ 906.623.693-00 CGF  
Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo Incl.  Consumo Faturado

FP 1255 1147 1 108 0 108

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	108	0,71640	77,37

OUTROS PAGAMENTOS	Valor (R\$)
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	12,72

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão Apresentação 22/01/2018  
Prev. Próxima Leitura 20/02/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

D51D.D27C.5180.7E25.A2D0.F1C5.536D.C19B

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$) 77,37 Aliquota 27% Valor do Imposto 20,88

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	25,91
TRANSMISSÃO	2,59
DISTRIBUIÇÃO	17,60
ENCARGOS SETORIAIS	6,09
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	25,18

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,96

Conjunto JUCAS

Mês NOV/ 2017

	Padrão Individual		Apuração Individual		
	Mensal	Trim. / Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62 21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (min)	3,23	6,47 12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03		0,00		

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

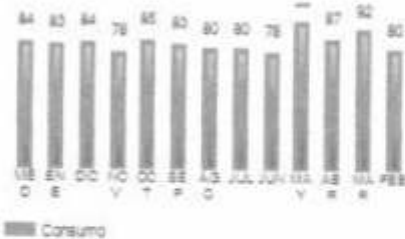


**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**



autenticação mecânica cliente

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



N° do Cliente: 3055701-1 N° da Nota Fiscal: 509992332 Total a Pagar (R\$): 90,09  
Data de Emissão: 06/02/2018 Referência: JAN/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS RG nº 99029214430, data de expedição 13/09/99, Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 964.875.853-00, com domicílio na cidade de JUCAS, no Estado de CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA 29 DE JUNHO - DT. SÃO PEDRO nº 512, complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ELENILDO FREITAS DE SOUZA, cujo condutor era ELENILDO FREITAS DE SOUZA

Veículo: YAMAHA YS150 FAZER SED

Ano: 2013

Modelo: 2014


Placa: ORV 4147

Chassi: 9C6KG0650E0006711

Data do acidente: 29/01/2017

Local e Data: IGUAZU/CE, 19-07-2017



 Sergio Raimundo de Freitas  
Assinatura do Declarante

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



Escritório Autorizado Costa Soares 353.803-210

**DADOS DO PACIENTE**

Prontuário 097498	Atendimento 0001	Nome do Paciente ELENILDO FREITAS DE SOUZA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Ignorado:		Estado Civil Solteiro(a)		
Sexo Masculino		Idade 30 Ano(s)		
Data de Nascimento 08/11/1986	Local JUCAS/CE		Mãe FRANCISCA VIEIRA DE SOUZA	
Pai LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS		Endereço RUA EM TRANSITO, 0		
Bairro		CEP 63580-000	Município JUCAS	UF CE
Profissão	Empresa	Conjuge		Telefone
Responsável O MESMO	CPF do Responsável	Endereço RUA EM TRANSITO, 0		Município JUCAS
				UF CE

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Data Atendimento 29/01/2017	Hora 13:03	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento		Nº Conselho		Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA GARDENIA DE OLIVEIRA		
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
PA (mmHg)				

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

*Queda de motocicleta*

*com escoriações + lesão costal - costelas  
na base*

*com: amebros 1 raia  
crânio e tórax*

*Volta para 7 dias em ager*



*Dr. Rodrigo Viana*  
**MÉDICO**  
 CRM: 13374

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura Paciente/Responsável  
 Responsável: O MESMO

Nº SOLICITAÇÃO: 34280014499



### FICHA DE REFERÊNCIA



Nome do Paciente: Cláudio Freitas de Souza  
Unidade de Origem: \_\_\_\_\_  
Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F ( ) Idade: 32 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Atu com história de TCE há um mês, tendo dtg, não realizou mais referir que hoje teve episódio convulsivo  
Resultado de Exame: TC de crânio com lesão subdural parieto-occipital direita  
Conduta já Realizada: con epife e convulsiva - clonazepam long (1ml)  
Assinatura do Encaminhante nº registro: [Assinatura] Função: MEDICO. Data: 6/10/31/18 Hora: 15:45.

**AGENDAMENTO**  
Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ( ) Hospitalar ( ) Auxílio Diagnóstico ( )  
Procedimento: NCR. Profissional: \_\_\_\_\_  
Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Unidade de Referência: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resumo de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_  
Secundário 1 \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_  
Secundário 2 \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_  
Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

Proposta de Conduta para Seguimento: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - Nº registro: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



*Estabilizada*

Guia de atendimento - EMERGENCIA

**DADOS DO PACIENTE**

Paciente: 097498  
Atendimento: 0002  
Nome do Paciente: ELENILDO FREITAS DE SOUZA  
Documento: [blank]  
Idoso: [blank]  
Data de Nascimento: 11/11/1986  
Local: JUCAS/CE  
Nome: EDUARDO DE FREITAS  
Endereço: RUA B. 0  
Bairro: VERDE PARK  
Cidade: IGUAÇU  
UF: CE

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Data de Atendimento: 07/06/2017  
Hora: 11:11  
Convênio: SUS  
Matrícula: [blank]  
Profissional do Atendimento: DR. EUGENIO BARROS COSTA  
CPF do Responsável: [blank]  
Endereço: RUA B. 0  
Cidade: IGUAÇU  
UF: CE



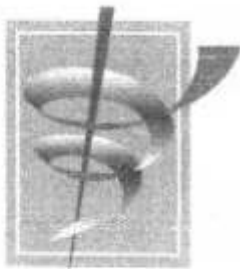
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico Diagnóstico, Exames, etc.)

- 1) Captopril 50p (12) ~~11:30~~
- 2) Lasix 2FA+AD (10) ~~11:45~~
- 3) Gendural (1A) ~~11:25~~

- 4) Desacetona 100g + AD EV. ~~16:15~~ às 15:25 PA (210x130)
- 5) Trandol 100mg + SF 0,5% 100ml EV ~~16:15~~ PA 180x30
- 6) Fenitina 100mg + SF 0,5% 100ml EV ~~16:15~~ PA 180x30
- 7) Colicina elevada
- 8) marteil 20% (20g/100ml) ~~16:15~~ às 15:45 PA  
Dr. Eugenio Costa  
Pediatra  
CREMEC - 9663 foga 300ml EV apico.
- 9) Fenitina 100mg (4amp) + SF 5% 500 EV lenta ~~16:15~~

JOSE EUGENIO BARROS COSTA - CRM: 9663

*Dr. Eugenio Costa*



# Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice  
Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE  
Telefax: (0xx 88) 3582-7800

PACIENTE: **ELENILDO FREITAS DE SOUZA**

DATA: 16/03/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTI-SLICE DO CRÂNIO-CEREBRAL

### TÉCNICA:

- Obtidas imagens por aquisição volumétrica em **tomógrafo multislice**, sem o uso de contraste venoso. As imagens foram pós-processadas e analisadas em workstation.

### LAUDO:

- Hematoma subdural fronto-parietal direito, com espessura máxima de 1,9cm, com efeito compressivo sobre o parênquima adjacente, apagando os sulcos locorreionais, desviando a linha média para esquerda em cerca de 3mm, com leve efeito compressivo sobre o VLD.

- Restante o parênquima encefálico com coeficientes de atenuação preservados.

- Demais ventrículos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.

- Demais sulcos corticais, fissuras e cisternas anatômicos.

- Não identificamos hemorragias intraparenquimatosas.

**Obs. Pan-sinusopatia.**



.....  
Dr. Juracy Saboya  
Radiologista CRM-11687

CEDIMAGEM  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

BARBALHA - CE

---

NOME: *Elenildo Freitas de Sousa*

EXAME: *TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO*

CONVÊNIO: *apac*

DATA: *17/03/2017*

**LAUDO**

**COMENTÁRIOS:** *Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão EV do meio de contraste iodado.*

**OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:**

- *Sinais de hematoma subdural crônico em alta convexidade à direita, com leve efeito de massa e com espessura de 2 cm.*

- *Calcificação residual parietal à direita.*

*Raphael Xenofonte*

Dr. Raphael Xenofonte  
Médico Radiologista  
CRM 12448 CE









Hospital  
Santo Antônio

Paciente: Elvildo Freitas de Souza  
 Médico: \_\_\_\_\_  
 Data: 7/03/17 Setor: \_\_\_\_\_  
 Clínica: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
<p>Pte vit-a de recente notoc -            clínica há ~ 45 dias, com            evolução com cefaleia + crise            convulsiva.</p>	<p>1) Dieta zero até 2ª crise (medic TC)            2) SF 0,9% 500ml, IV, 12/12h.            3) Dipirona - 1cp + AD, IV, 6/6h SN            4) Bronoprida - 1cp + AD, IV, 8/8h SN            5) Fenitoina (250 y/3-4) - fazer 2-1 -            100 - 1 SF 0,9%, com IV ~ 3-5 min.</p>	<p>19 11</p>
<p>AD: TCE</p>	<p>6) Captopril 25g - 1 cp VO caso PA &gt; 180 ou PAO &gt; 110            7) Vigilança nível de contensão</p>	
<p>CD: VAM</p>	<p>8) SSUV + CCGG</p>	
<p>Solicita TC + Rx. Lobo.</p>	<p>9) Avaliação para neuro.</p>	
<p>Avaliação neuro.</p>		
<p>Dr. Alan S.             CRM: 100000</p> <p>paciente evoluindo com hemotoma            subdural crônica bilateral            direita não está de fejm            progredindo em mg</p> <p>            Ana Carolina Villar de            Souza            CRM: 100000</p>		

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC. 07 JUN 2018  
 Nome: \_\_\_\_\_



FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br

AIH UNISUSWEB

FUNDAÇÃO OTILIA CORREIA SARAIVA

Emissão: 18/03/2017 06:27

Atend.Nº: 382895

Paciente: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

Idade: 30a 4m 10d Sexo:M

Data Nasc: 08/11/1986 CPF:

RG: 20072024652

Est.Civil: SOLTEIRO

Filiação - Mãe:FRANCISCA VIEIRA DE FREITAS

Pai:LUIZ RAIMUNDO DE SOUZA

Endereço: RUA VINTO E NOVE DE JUNHO SN

Bairro: CENTRO

Município: IGUATU

UF: CE

CEP: 63500000

Telefone: 8898589916

Profissão: AGRICULTOR

Cor: PARDO

Natural.: ACOPIARA

,CE

Religião: NAO INFORMADO

Atend:WESLEY

Conv.: SUS INTERNADOS

Matricula/CMS:

Titular:

Responsável.: ANTONIO NILSON DE FREITAS

CPF:

Médico.: JOSE CORREIA SARAIVA JUNIOR

Prontuário: 134612

Clinica.: INTERN. CIRURGICA

Data/Hora.: 17/03/2017 14:37

Setor...: POSTO I -RMSA

Qto/Leito.: 107-05

Carater.: 02 URGENCIA

Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

paciente insuportando cefaleia e ansiedade com uso de morfina

HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ( )

DM ( )

AVC ( )

ALERGIA A DROGAS ( )

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ABDOME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILAS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

Tratamento de Hematoma subdura

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hematoma subdura

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRASNF. P/ MÉDICO:

ALTA EM: 21, 03, 17

CONDIÇÕES DE ALTA:

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO (a) : 18227

Impressor por: ANDERSON 18/03/2017 06:27

Handwritten signature and stamp: JOSE CORREIA SARAIVA JUNIOR, UNIDADE DE APOIO AO HEMOCÉ, 18/03/2017, TÉCNICO





HOSPITAL MATERNIDADE  
SANTO ANTÔNIO / Barbalha - CE

# BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Observações:

Preencher todos os campos após a cirurgia (verso e anverso)

NOME DO PACIENTE:

ELIZABETH FERREIRA DE SAUSA

DIAGNÓSTICO:

OPERAÇÃO: *Drainagem de Hematócimo Subdural*

Nº DA AIH

CIRURGIA

ANESTESIA

- 1 - Pequena
- 2 - Média
- 3 - Grande
- 4 - Simultânea
- 5 - Multi
- 6 - Especial
- 7 - Prótese
- 8 - Secundária

REG.

134672

CÓDIGO CID

Conversão Categoria Detalhes

Descrição

11:00 12:30

Em minutos / acresc. Para os casos de emergência fora do horário normal e dias não úteis (preencher)

CÓDIGOS S M

MINUTOS TOTAL MINUTOS ACRESC.

DIA MÊS ANO

DIA MÊS ANO

MINUTOS TOTAL MINUTOS ACRESC.

MATERIAL DE SALA

TIPO Q V.U VT

MATERIAL DE SALA

TIPO Q V.U VT





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA: 18/03/2017 19:20 ATENDIMENTO: 382895 PRONT.: 134612  
UNV.....: SUS INTERNADOS 107-05 POSTO I -HMSA  
PACIENTE.: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

EVOLUÇÃO: 18/03/17 19:20

DIAGNÓSTICO: PACIENTE JOVEM, EM TRATAMENTO NEUROLÓGICO, EM FASE DE DRENAGEM DE HEMATOMA, EVOLUI COM ESTADO GERAL ESTÁVEL, MANTÉM DRENO DE SUÇÃO ABERTO, MEDICADO CONFORME PRESCRITO, SEGUE SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

*Janara Macêdo dos Santos*  
Téc. Enfermagem  
C.R. 543.417

DATA/HORA: 18/03/2017 12:38 ATENDIMENTO: 382895 PRONT.: 134612  
UNV.....: SUS INTERNADOS 107-05 POSTO I -HMSA  
PACIENTE.: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

EVOLUÇÃO: 18/03/17 12:38

DIAGNÓSTICO: PACIENTE JOVEM ENCONTRA-SE NA SO. PACIENTE RETORNOU DA SO ESTA SOB EFEITO ANESTÉSICO, FAZENDO USO DE DRENO, MEDICADO CONFORME PRESCRITO, SEGUE SOB CUIDADOS.

*Mª SANDRA 544.436 TE*

DATA/HORA: 18/03/2017 12:03 ATENDIMENTO: 382895 PRONT.: 134612  
UNV.....: SUS INTERNADOS 107-05 POSTO I -HMSA  
PACIENTE.: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

EVOLUÇÃO: 18/03/17 12:03

DIAGNÓSTICO: PACIENTE JOVEM ENCONTRA-SE NA SO.

*Mª SANDRA 544.436 TE*

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 07 JUN 2018  
Nome:



Hospital  
Santo Antônio

Elmulo Freitas

NY resend

D. Nogueira Ssa — 014  
Tomar 019 na 12/12  
Zdr

9

de manhã e noite

Dr. José Carlos Brito Jr.  
Neurocirurgião Geral de  
Pós-graduação em Neurocirurgia  
CRM - 10000 - RFP - PE

Voltando à consulta, trazer esta receita

HSA - REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCIURGIA - 24 HORAS

TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

- CIRURGIA GERAL  
- OBSTETRICIA  
- VASCULAR  
- CIRURGIAS PLÁSTICAS  
- ALERGOLOGIA

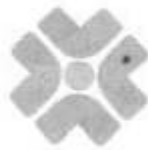
EXAMES

- RESSONANCIA  
- RAIO-X  
- ELETROENCEFALOGRAMA  
COMPUTADORIZADO

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO

Av. Paulo Maurício S/N - Fone: (88) 3532-7700

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 07 JUN 2018  
Nome: \_\_\_\_\_



Hospital  
Santo Antônio

Elenilda Furtos de Souza

14 anos

2) Cerebelo 25x — 024  
Tumor 07 no lobo (30)  
comp.

09-05-17

09/05/17

Dr. José Correia Batista Jr  
Neurocirurgião do Brasil da  
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia  
CRM: 18277 - CE 19155 - PE

Voltando à consulta, trazer esta receita

HSA - REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCIURGIA - 24 HORAS

TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

-CIRURGIA GERAL  
-OBSTETRICIA  
-VASCULAR  
-CIRURGIAS PLÁSTICAS  
-ALERGOLOGIA

EXAMES

-RESSONANCIA  
-RAIO-X  
-ELETROENCEFALOGRAFIA  
COMPUTADORIZADO

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO

Av. Paulo Maurício S/N - Fone: (88) 3532-7700



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUZA



*Elenildo Freitas de Souza*

ASSISTENTE SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Polegar Direito



DIREITA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESERVA GERAL: 2007202865 - 2

DATA DE EMISSÃO: 29/09/2008

INSCRIÇÃO: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

FRANCISCA VIEIRA DE FREITAS

NACIONALIDADE: ACOPIARA - CE

DATA DE NASCIMENTO: 08/11/1986

BOC direita

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: TRUSSU TERMO: 20569 FOLHA: 442

LIVRO: 420 ACOPIARA - CE

LEI Nº 116 DE 2003

P. 1 - 101

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de inscrição

**048.966.853-42**

Nome  
ELENILDO FREITAS DE SOUZA

Nascimento  
08/11/1986

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 07 JUN 2018

Nome: \_\_\_\_\_



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012220237313  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 605469466 0000000000 2015

LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS \*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
JUCAS/CE

96487585300 ORV4147

\*\*\*\*\*/CE 9C6KG0650E0006711

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

YAMAHA/YS150 FAZER SED 2013 2014

2P/OCV/149CC PARTIC LARANJA

1	*****	*/**/**	1	*****
P	*****	*/**/**	2	*****
V	*****	*/**/**	3	*****
A	*****	*/**/**		

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

RES.DOM. BEZAMOTOS COMERCIO E SERVI  
COS DE MOTOCICLO; \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

JUCAS 11/03/2016

Igor Monte  
Substituto  
DETRAN

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

CE Nº 012220237313 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
96487585300 MAIS INFORMACOES, LEIA O BILHETE ORV4147  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodobrasil.com.br  
SAC DPVAT 0800 322 1304

2015 11/03/2016

01 96487585300 ORV4147

605469466 YAMAHA/YS150 FAZER SED

2013 09 9C6KG0650E0006711

PREMIO TARIFARIO

PREMIO UNICO 00/00/0000

DESPACHANTE  
LOTE/DOC: 122400/92 - JUCAS DPVAT  
MOTOR: G3B9E-020118

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.  
REC. 07 JUN 2016  
Nota:



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203511/18  
Vítima: ELENILDO FREITAS DE SOUZA  
CPF: 048.966.853-42

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 29/01/2017  
Titular do CPF: ELENILDO FREITAS 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

**ELENILDO FREITAS DE SOUZA : 048.966.853-42**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/06/2018  
Nome: ELENILDO FREITAS DE SOUZA  
CPF/CNPJ: 048.966.853-42

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2018  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

ELENILDO FREITAS DE SOUZA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180261332

**Cidade:** Iguatu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ELENILDO FREITAS DE SOUZA

**Data do acidente:** 29/01/2017

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO LIMITAÇÃO FUNCIONAL

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** ESTRUTURAS , DANO COGNITIVO 25%

**Documentos complementares:**

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**