
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



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Carta n°: 13010030

A/C: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180261332
Vitima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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

048 966 853-42

Nome completo da vítima

Elenaldo Freitas de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Elenaldo Freitas de Souza	CPF titular da conta	048 966 853-42	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	RUA 27 DE JUNHO	Número	257	Complemento	
Bairro	DC. SÃO PEDRO NOVAZ	Cidade	TUCATI	Estado	CE
Email					Telefone (DDD) (88) 3 7684-5734

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

<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

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	Name	NR.	NR.

AGÊNCIA NR.	D/V	CONTA NR.	D/V
222 5	X	20 016	7
(Informar dígito se existir)			

AGÊNCIA NR.	D/V	CONTA NR.	D/V
(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.

Jucati/ce , 06 de Fevereiro de 18
Local e Data

Elenaldo Freitas de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
05/02/2018 - Autenticação - 13115149
230571088 4558

COMPROVANTE DE ENTRADA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO

FAVORECIDO	ELENILDO FREITAS DE SOUZA
AGÊNCIA:	2225-X
CONTA:	20.016-7
VARIACAO	51
VALOR *	1.000,00
NR. ENVELOPE	2.107.459.626

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: IGUATU/CE

Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ELENILDO FREITAS DE SOUZA

Nascimento: 08/11/1986 CPF:

RG: 2007202465

Órgão Emissor: 55

Filiação: FRANCISCA VIEIRA DE FREITAS

LUÍZ RAIMUNDO DE SOUZA

Endereço: VILA SÃO PEDRO

Bairro: ZONA RURAL

Município: JUCAS/CE

País: BRASIL



AUTENTICAÇÃO
A fotocópia é reprodução fiel da original
Em testemunho
Distrito de Barreiras Iguatu-CE
14 MAIO 2018
CEP:
0858-9916

CARLOS ANDRE DA SILVA TORCIA DO ROSARIO
Respondendo Pelo Telefone: 88 99606-0756
Zuleide da Costa de Almeida - Escrivane de Delegacia
Válida somente com o selo de autenticidade

Dados da(s) Vítima(s)

1) Placa: ORV4147 UF: CE Município: JUCAS Chassi:

9C6KG065DE0006711 Renavam: 605469466 Tipo do Veículo: MOTO/CICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/YS150 FAZER SED/ANO

Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA/ALCOOL

Cor: LARANJA Proprietário: LUÍZ RAIMUNDO DE FREITAS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, neste dia, 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, RENAVAM: 605469466, COR: LARANJA, ANO FAB/MOD: 2013/2014, estando a mesma no nome de: LUÍZ 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.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

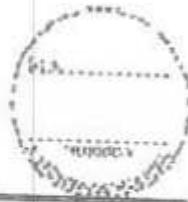
ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

+ Elenildo Freitas de Souza



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 479 - 2033 / 2017
VISTO DO DELEGADO(A) : *[Handwritten signature]*

JERIFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6



AUTENTICACAO
 A fotocópia é reprodução fiel da original
 da verdade
 Em testemunho
 Distrito de Barreiras, Igatu-CE
 14 MAI 2018

CARLOS ANLURE DA SILVA - Oficial do Registro
 Respondendo Pelo Distrito
 Zuleide Alves de Araújo - Escrivente Substituto
 Válido somente com o selo de autenticidade



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

Elenildo Freitas de Souza

CPF da Vítima

048766853-42

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 atende 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.

Tucatice, 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
1853-1988

SANU
192
CEARA

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da fidelidade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SANU 192 CEARA prestou atendimento ao Sr. ELENILDO FREITAS DE SOUZA, portador do RG 2907202465-2 e inscrito no CPF 698.966.333-42, no dia 29/01/2017, às 17h40, no município de Iguatu/CE, na Rua do Peixe, número de quase 04 moto, tendo o mesmo encaminhado para o Hospital Regional de Iguatu. E para constar eu, Maria das Graças Torres, Ana Cristine Medicino Silva, Assessora Técnica, farei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRACAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 26 de abril de 2017

Maria das Graças Torres
Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Manuela S. Bezerra
Manuela Soberana Bezerra
Endereço: Rua São João, 165, 333
Centro, Fortaleza, Ceará, CEP 60010-000

REC.	07 JUN 2018
Nome:	

SANU 192 CEARA
Rua da Paz nº 29 a 30 - Centro, Ceará - CEP: 60130-252 - Fone: (85) 2200-2462
E-mail: atendimento@santu192.ceara.gov.br

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 02047251/0001-70 | CGF 06 105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438/07

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de

JAN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	dv
3055701	1

VENCIMENTO	
29/01/2018	

TOTAL A PAGAR (R\$)	
90,09	

DESCRÍÇÃO DA CONTA

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

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP	1255	1147	1	108	0	108

DATAS DE LEITURA

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

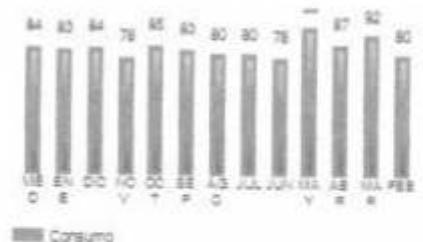
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,96

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
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03		0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Autenticação mecânica cliente

Nº 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 99029217430, data de expedição 13/09/99, Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 964.875.853-00, com domicílio na cidade de JUCAR, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA 29 DE JUNHO - DT. SÃO PEDRO, nº 5/n, 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 ELCIO 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: Iguatu/CE, 19-07-2017



Luiz Raimundo L. Freitas

Assinatura do Declarante

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

RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) DECLARANTE(S) Roberto Sergio Rocha da Silva

Por Semelhança Por Autenticidade
Dou fe. Iguatu-CE Em Testemunha 19 JUL 2017
Em Testemunho Verdade

Roberto Sérgio Rocha da Silva - Tabellário la Costa Soares
 Déris Anderson da Reis Bezerra - Substituto REC
 Rosilene da Rocha Cavalcante - Substituta 07 JUN 2018

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC 07 JUN 2018

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE						CNS	Guia de Autorização
Prontuário 097498	Atendimento 0001	Nome do Paciente ELENILDO FREITAS DE SOUZA					
Documento(s) Ignorado:						Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 08/11/1986		Local JUCAS/CE					Idade 30 Ano(s)
Pai LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS			Mãe FRANCISCA VIEIRA DE SOUZA				
Endereço RUA EM TRANSITO, 0			Bairro	CEP 63580-000	Município JUCAS	UF CE	Telefone
Profissão O MESMO		Empresa	Conjuge				
Responsável O MESMO		CPF do Responsável	Endereço RUA EM TRANSITO, 0			Município JUCAS	UF CE
DADOS DO ATENDIMENTO							
Date 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		às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais		Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)

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

Dúvidas de moléstia
 an. escoriações + exs cor b - carbo
 na face
 cos: cunhado + nafro.
 crv. le cônus
 Voltar em 7 dias. Im. agarrar

Dr. Rodolfo Viana
 MÉDICO
 CRM: 13374

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

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: O MESMO

Nº SOLICITAÇÃO: 34480014499



FICHA DE REFERÊNCIA



Nome do Paciente: Felizardo Furtado de Souza
Unidade de Origem:
Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Sexo: M F Idade: 32 - Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento	Paciente com história de TCE há um mês. Tudo otg, não vedados mas sempre que hoje sente episódio constante.		
Resultado de Exame	Ferida tipo TG de genito contatada com ponto - aparelho aberto		
Conduta já Realizada	Conduzido para cirurgia -		
Assinatura do Encaminhante nº registro	Medico.	Data	Hora
	Função	16/10/2017	15:45

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

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

NOTA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade de Referência

Ciudad de Referencia _____ Municipio _____ Provincia _____ Nro. _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resumo Clínico/Cirúrgico

Digitized by srujanika@gmail.com

MARCA REGISTRADA
SISTEMA DE SEGURO DE VIDA
ESTACIONAMENTO AUTOMÁTICO

Resumo de Exames _____ 0,7 UNIL 2016

Digitized by srujanika@gmail.com

Diagnóstico: Principal

Secundário 1 CID

Secundário 1 CID **Secundário 2** CID

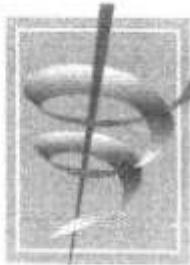
Secundario 2 CID
Conduta Realizada

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência não é relevante para o problema?

Assinatura do Consultante - Nº registro

Finde



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 locorregionais, 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



Paciente: Eduardo Freitas de Souza
 Médico: _____
 Data: 17/03/17 Setor: _____
 Clínica: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com história de acidente motociclistico há ~45 dias, com grande violencia com cefaleia + dor de ombro direito.
 AB: TCE
 VLM:

Solicita TC + Rx. lab.
 Avisar o clínico.

Dr. Alan S. [Signature]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- | | HORÁRIO |
|--|---------|
| ① Buta zero até 24h (maken TC) | 24h |
| ② ST 0,9% 500ml IV, 12/12h. | |
| ③ Dipirona - 1g + AD, IV, 6/6h SN | |
| ④ Bromopirox - 1g + AD, IV, 8/8h SN | |
| ⑤ Fenitina (250mg/8h) - Faz 2-3 | |
| 100mg ST 0,9%, evanesc IV - 3-5 min. | |
| ⑥ Captopril 25mg - 1cp VO cada 12h > 110 | |
| ⑦ Vigilância nível de consciencia | |
| ⑧ STS UV + CCGA | |
| ⑨ Qualiasão p/la alergia. | |

Dr. Alan S.
 [Signature]

Paciente hospitalizado com hemotoma
 Subdural lombar hematoma
 Hemorragia não lata de jejun
 Nefronome muito fraco

COMPRAV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.

REC:	07 JUN 2018
Nome:	[Signature]

Real Companhia Unida
 Cia. de Seguros e Previdência S.A.
 Rio de Janeiro - RJ
 20150-000

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Visite nosso site: www.focs.com.br
AIH UNISUSWEB : **18/03/2017 06:27** 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.: ACOPÍARA ,CE Religião: NÃO INFORMADO Atend:WESLEY

Conv.: SUS INTERNADOS Matrícula/CNS: Titular:

Responsável: ANTONIO NILSON DE FREITAS CPF:

Médico.: JOSE CORREIA SARAIVA JUNIOR | Prontuário: 134612
 Clínica.: INTERN. CIRURGICA | Data/Hora.: 17/03/2017 14:37
 Setor...: POSTO I -HMSA | Oto/Leito.: 107-05
 Carater.: 02 URGENCIA | Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO: *Potente inscundido cefálio*
Amor com dor prostrada

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: *Descong. de Hematoma Subdural*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: *Hematoma Subdural*

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO _____ ENF/APTO _____

TRASNF. P/ MÉDICO: _____

CONDIÇÕES DE ALTA: _____

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO (a): 18221-0001 CORRETA SARAIVA JUNIOR

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

UNIDADE DE APOIO AO HEMOCÉ

18/03/2017

MENINHA
TÉCNICO

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

Evolução: 18/03/17 19:20

OITE

ACIENTE JOVEM, EM TRATAMENTO NEUROLOGICO, EM POI DE DRENAGEM DE HEMATOMA, EVOLUI COM ESTADO GERAL ESTAVEL, MANTEM DRENO DE SUCCAO ABERTO, MEDICADO CONFORME PRESCRITO, SEGUE OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

*Janara Macêdo dos Santos
Téc. Enfermagem
CNPJ 543-11*

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

Evolução: 18/03/17 12:38

ARDE:

ACIENTE JOVEM ENCONTRA-SE NA SO.
ACIENTE RETORNOU DA SO ESTA SOB EFEITO ANESTESICO, FAZENDO USO DE DRENO, MEDICADO INFORME PRESCRITO, SEGUE SOB CUIDADOS.

M^a SANDRA 544.436 TE

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

Evolução: 18/03/17 12:03

ARDE:

ACIENTE JOVEM ENCONTRA-SE NA SO.

M^a SANDRA 544.436 TE





Hospital
Santo Antônio

Elmundo Freitas

N masculino

O nome é... — 014

Tomou 0195 no 12/12

2012

9

De volta à consulta

Dr. José Luiz Corrêa Barata Jr.
Neurocirurgião. Mestrado
em Neurocirurgia da Universidade de São Paulo
CRM: 117.013 — SP

Voltando à consulta, trazer esta receita

HSA - REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA - 24 HORAS

TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

- CIRURGIA GERAL
- OBSTÉTRICA
- VASCULAR
- CIRURGIAS PLÁSTICAS
- ALERGOLOGIA

EXAMES

- RESONÂNCIA
- RAID-X
- ELETROENCEFALOGRAFIA COMPUTADORIZADO

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





Hospital
Santo Antônio

Elvirkle Fets de Souza

7 mês

2) Caverdilol 25mg - 024
Tácor 07000 maha (30)
compr.

09-05-17

09/05/17

Dr. José Correia Barreira Jr.
Neurocirurgião Membro da
sociedade Brasileira de Neurocirurgia
CRM - 18227 - CE 19158 - PE

Voltando à consulta, trazer este recibo

HSA - REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA - 24 HORAS

TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

- CIRURGIA GERAL
- OBSTÉTRICA
- VASCULAR
- CIRURGIAS PLÁSTICAS
- ALERGOLOGIA

EXAMES

- RESONÂNCIA
- RAIO-X
- ELETROENCEFALOGRAFIA
- COMPUTADORIZADO

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO

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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
Geral
2007202465 - 2

NOME
ELENILDO FREITAS DE SOUZA

LUIZ RAIMUNDO DE SOUZA
FRANCISCA VIEIRA DE FREITAS
NASCIMENTO
ACOPARA - CE

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: TRUSSU TERMO 20569 FOLHA 442
LÍMBO: 420 ACOPARA - CE

DATA DE NASCIMENTO
08/11/1986

DOC. ORIGINAL

LEI Nº 7.165 DE 20/06/86

p. 131



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - CE N° 012220237313
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 605469466 0000000000 2015

LUIZ RAIMUNDO DE FREITAS *

JUCAS/CE

96487585300 ORV4147

PODA INT. *****/CE 9C6KG0650E0006711

ESPECIFICO CONDUZINDO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

YAMAHA/YS150 FAZER SED 2013 2014

CARROCERIA CATEGORIA PLACA
2P/OCV/149CC PARTIC LARANJA

I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	P
P	*****	**/**/**	*****
V	TRIBUTO P/PLACAS	TAXA E ALIMENTO/COTAS	*****
A	***	*****	*****

PREÇO TARIIFARIO P/PERÍODO DE VENCIMENTO P/PERÍODO DE PAGAMENTO DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

RES. DOM. BEZAMOTOS COMERCIO E SERVI
COS DE MOTOCICL. *****

JUCAS 11/03/2016



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIAGEM TERRESTRE OU POR SUA CARGA APRESENTE TRANSPORTADAS OU NÃO NO SEGURO DPVAT

CE N° 012220237313 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
96487585300 INFORMAÇÕES, LEIA OS AVISOS GERAIS DE CONTRATO

www.dpvatssegurodotranito.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1304

2015 11/03/2015

01 96487585300 ORV4147

RENAVAM YAMAHA/YS150 FAZER SED

2013 09 9C6KG0650E0006711

PRÉMIO TARIIFÁRIO

DATA DE LIQUIDAÇÃO
00/00/0000

DESPACHANTE
LOTE/DOC. 0122400/92 - LACROS
MOTOR: G3B9E-020118



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 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
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

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: