

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341834 Cidade: Parambu Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO Data do acidente: 10/03/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341834

Vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190341834

Vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190341834 **Vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO**

Data do Acidente: 10/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000732-3

Conta: 0000011762-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: |
| | 084475283-59 | Victor Eduardo Pereira Júnior. |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: Victor Eduardo Pereira Júnior | | CPF: 084475283-59 |
| Profissão: Aricentor | Endereço: Rua Olaria do Rosário 14 Bradesco | Número: 515 Complemento: CASA. |
| Bairro: Lachinado - I | Cidade: Paracatu | Estado: MG CEP: 63680-000 |
| E-mail: Tel.(DDD): | | |

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: Bradesco |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | |
| AGÊNCIA: _____ | AGÊNCIA: 0732 |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |
| CONTA: _____ | CONTA: 11762 |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

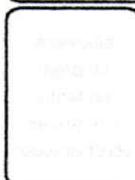
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: Paracatu-MG, 23/5/2019.

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAMBU
Impresso nº 2019320051



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 521 - 345 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/05/2019 10:24:14**
Data / Hora da Ocorrência: **10/03/2019 02:30:00**
Endereço da Ocorrência: **VILA JUAZEIRO**
Complemento:
Bairro: **Município: PARAMBÚ/CE**
Ponto de Referência: **ESCOLA**

Noticiante(s)

Nome: **VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO**
Nascimento: **30/06/2000** CPF: **084.475.283-59**
RG: **20180460697** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INÁCIO**
ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INÁCIO
Endereço: **RUA MARIA DO ROSÁRIO DA CONCEIÇÃO, 40**
Bairro: **CACHIMBO 1** CEP:
Município: **PARAMBÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNZ8591** Uf: **CE** Município: **PARAMBÚ** Chassi: **9C2JC4110CR584978** Renavam: **1111133678** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ALEX DO O PEREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

INFORMA A VITIMA QUE no dia, hora e local acima citados, trafegava na motocicleta acima caracterizada(condutor não habilitado), quando a mesma apagou e ao tentar frear o pneu traseiro travou, perdendo assim o controle da moto e caindo ao solo; QUE, a vitima foi socorrida por populares e levada ao Hospital e Maternidade Dr. Cicero Ferreira Filho, ocasião em que foi atendido pelo medico DR. Santino Xavier Filho CRM 19607 e constatado fratura no punho direito; QUE, indica como testemunhas as pessoas de FRACYEDUO PEREIRA FURTADO e SARA HEVLIN CANUTO FERREIRA. E NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO. AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE REGISTRO SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

OBS. 1: FALSA COMUNICAÇÃO DE CRIME À POLICIA CONSTITUI CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, COM PENA DE 01 (UM) A 06 (SEIS) MESES DE DETENÇÃO OU MULTA.

OBS. 2: Na cidade de Parambu INEXISTE sede do Instituto Médico Legal - IML e serviços de Corpo de Bombeiros, SAMU e Anjos do Asfalto.

OBS. 3: Origem STJ : É indevida a indenização relativa ao seguro obrigatório -DPVAT, na hipótese em que o acidente de trânsito que vitimou o segurado tenha ocorrido no momento de prática de ilícito penal doloso. STJ. 3a Turma. REsp 1661120-RS, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 09/05/2017(Info 604).



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAMBU
Impresso nº 2019320051

A circular stamp containing the text "FLS." at the top and "RUBRICA AUTORIDADE POLICIAL" around the bottom edge.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 521 - 345 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAMBU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RICARDO VIGANICO DOMINGUES JUNIOR - MAT.: 301224-0-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

~~Jefferson de Souza Lima~~

VISTO DO DELEGADO(A) : *Jefferson de Souza Lima*
Delegado de Polícia Civil
JEFFERSON DE SOUZA LIMA - MAT.: 301254-8-7

JEFFERSON DE SOUZA LIMA - MAT.: 301254-8-7

Testemunhos:

① - Fruaney ecoh Pereira Entada

②- Sana Heulin Camuto Fennema

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: |
| | 084475283-59 | Victor Eduardo Pereira Júnior. |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: Victor Eduardo Pereira Júnior | | CPF: 084475283-59 |
| Profissão: Aricentor | Endereço: Rua Olaria do Rosário 14 Bradesco | Número: 515 Complemento: CASA. |
| Bairro: Lachinado - I | Cidade: Paracatu | Estado: MG CEP: 63680-000 |
| E-mail: Tel.(DDD): | | |

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 11762
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

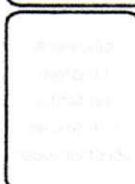
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: Paracatu, 23/5/2019.

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00732-3

CONTA: 000000011762-5

Nr. Autenticação

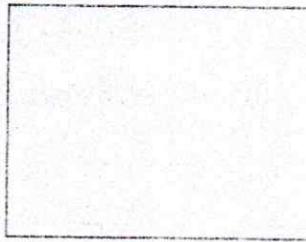
BRADESCO19062019050000000002370073200000011762168750 PAGO



Prioridade: []

PSF: BRASILIA

Atendente: NELMA



→ Paciente: VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO Idade do PCT: 11 CNS: 000006000000076
 → Médico: Dr(a). SANTINO XAVIER FILHO CRM: 19607
 → Data da Consulta: 10/03/2019 Convênio: PÚBLICO Data Nascimento: 30/04/2000 Leito: SEM LEITO
 → Naturalidade: PARAMBU Sexo: MASCULIN Profissão: AGRICULTOR Fone:
 Endereço: Complemento:
 Nº: 0 Bairro: CACHIMBO 1 Município: PARAMBU UF: CE
 Nome Familiar: MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INÁCIO Parentesco: MÃE
 Motivo Atendimento:
 Responsável: Hora Atend.: 08:00

EXAME FÍSICO

Altura(m): Peso(Kg): Pressão(mmHg): Freq. Cardíaca: Glicemia(mg/dl): Temperatura (°C):

Observação:

Im utm m amar m mui
y amarr m pto. E
na
fratim m n. m. e

Dr. Santino Xavier
Médico
CRM-CE 1960



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **575319993**
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
 foi criada pela Lei nº 10.438 de
 26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
MAI/2019

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE **535670** DV **9**

VENCIMENTO **28/05/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$) **0,00**

DESCRÍÇÃO DA CONTA

Quantidade \times Tarifa $=$ Valor (R\$)

Leitura Atual \oplus Leitura Anterior \times Constante $=$ Consumo (kWh) $+/-$ Consumo Incl. $=$ Consumo Faturado

40510 40405 1 105 0 105

OUTROS PAGAMENTOS

| | |
|---|--------|
| SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO | -44,88 |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA | 1,15 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT | 13,18 |
| ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,43) | |

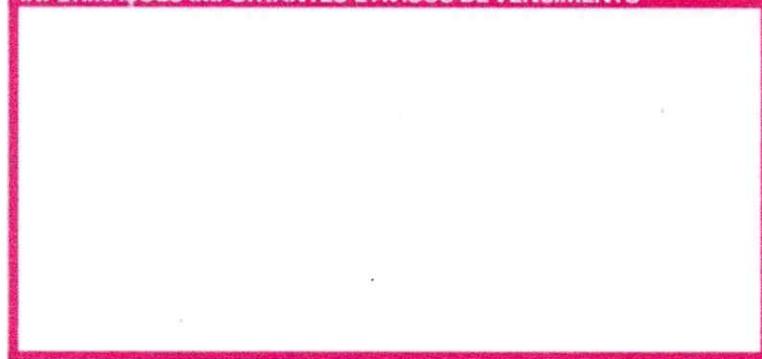
(88) 99607-9154

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **535670-9** Nº da Nota Fiscal: **575319993** Total a Pagar (R\$): **0,00**
 Data de Emissão: **23/05/2019** Referência: **MAI/2019** Nº de Controle:

DATAS DE LEITURA

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Data de Emissão/ Apresentação | Prev. Próxima Leitura |
| 21/05/2019 | 21/06/2019 |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EE2B.38C3.1C0C.8CE8.D008.FBD2.60CE.7380

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

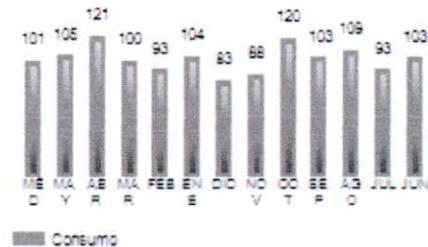
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,57

Conjunto **PARAMBU**

Mês MAR/ 2019

| DIC (h) | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|---------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| 5,31 | 10,62 | 21,25 | 0,00 | 0,25 | 0,00 | |
| 3,23 | 6,47 | 12,95 | 0,00 | 1,00 | 0,00 | |
| 3,03 | | | 0,00 | | | |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Nº de Inscrição:
026151740

DADOS DO CLIENTE

Nome: GLAUCO FASSHEBER U MELO
End. Leitura: AV CEL VICENTE A DE SOUSA 154, TAURZINHO
Cidade: THIARA

CEP: 63060-000

End. Entrega:
Cidade: Local: 027 Setor: 002 Quadra: 0061 Lote: 0231 CEP: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000
Residencial:

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO
Serviço: RCUR Medidor: R07F313220 Leitura Anterior: 3017 Leitura Atual: 3018 Volume(m³): 1 Média Semestral (m³): 1

DATAS
Leitura Atual: 13/04/2019 Emissão: 13/04/2019 Lacre Água: 9999999999
Leitura Anterior: 15/03/2019 Próxima Leitura: 14/05/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:
Nº de Amostras Cloro Turbidez Cor Coliformes Totais Escherichia Coli
Exigidas 0,15 0,15 0,10 0,15 0,15 0,15
Analysadas 0,15 0,13 0,36 0,11 0,15 0,15
Em conformidade

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada é saúde.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

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 Glaucio Fassnegen Urbano Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 456941763, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nicoler Esuarezo Penétra Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 084475283, 59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Nicoler Esuarezo Penétra Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084475283, 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: autônomo Renda: 2.375,00 e apresento os documentos comprobatórios:
IRPF - 2019.

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>Av. Ribeirão Preto 154</u> | Número | <u>154</u> | Complemento | <u>Casa.</u> |
| Bairro | <u>Tanque</u> | Cidade | <u>Taubaté</u> | Estado | <u>SP</u> |
| Email | | Telefone comercial(DDD) | | Telefone celular (DDD) | |

Taubaté, 22 de Maio de 2019
Local e Data

Glaucio Fassnegen Urbano
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALEX DO Ó PEREIRA, RG nº 2009098046467, data de expedição 23/04/2009, Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 603.914.343-65, com domicílio na cidade de Parambu – Estado do Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Maria do Rosário da Conceição, 40, Cachimbo-1, complemento: casa. Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO, cujo (a) condutor (a) era VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO.

Veículo: HONDA

Modelo: CG 125 FAN KS

Ano: 2012/2012

Placa: PNZ - 8591/CE

Chassi: 9C2JC4110CR584978

Data do Acidente: 10/03/2019

Local e Data: Parambu – Estado do Ceará, 22 de maio de 2019.


Assinatura do Declarante – ALEX DO Ó PEREIRA

Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconhecer Assinatura (s) Firma (s) Por Autenticidade.

CARTÓRIO CAVALCANTE - 2º OFÍCIO

PARAMBU - CEARÁ. FONE (88) 3448-1201

TABELIONATO E ANEXOS

Cleurismar Alves Cavalcante

Titular

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço a firma atrás de ALEX DO Ó
PEREIRA, por autenticidade. Dou fé. PARAMBU/CE,
22 DE MAIO DE 2019.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

CLEURISMAR ALVES CAVALCANTE

2.º Tabelião Público.



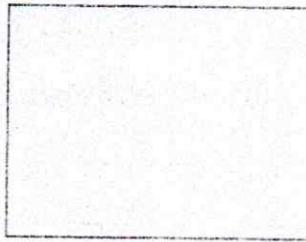
RUA MANOEL ALEXANDRE, 54 - CENTRO. CEP 63680-000 -
PARAMBU/CE. TELEFAX (88) 3448-1201



Prioridade: []

PSF: BRASILIA

Atendente: NELMA



→ Paciente: VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO Idade do PCT: 11 CNS: 000006000000076
 → Médico: Dr(a). SANTINO XAVIER FILHO CRM: 19607
 → Data da Consulta: 10/03/2019 Convênio: PÚBLICO Data Nascimento: 30/04/2000 Leito: SEM LEITO
 → Naturalidade: PARAMBU Sexo: MASCULIN Profissão: AGRICULTOR Fone:
 Endereço: Complemento:
 Nº: 0 Bairro: CACHIMBO 1 Município: PARAMBU UF: CE
 Nome Familiar: MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INÁCIO Parentesco: MÃE
 Motivo Atendimento:
 Responsável: Hora Atend.: 08:00

EXAME FÍSICO

Altura(m): Peso(Kg): Pressão(mmHg): Freq. Cardíaca: Glicemia(mg/dl): Temperatura (°C):

Observação:

Im utm m amar m mui
y amarr m pto. E
na
fratim m n. m. e

Dr. Santino Xavier
Médico
CRM-CE 1960



SUS:

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAMBU
Hospital e Maternidade Dr. Cicero Ferreira Filho

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

- 1- Preencher esta ficha em 3 vias
- 2- Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 via ao ao usuário, orientando-o para retornar com a 1^a via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem N.M.C.F.FDistrito Sanitário Parambu - CE

NOME: Victor Eduardo Ferreira Marques
SEXO: M () F () DATA DE NASC.: 30/06/2000 OCUPAÇÃO: agricultor
ENDEREÇO: rua marcos do Rosario BAIRRO: carneiro Tel: (88) 193-550-

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Prixa utim se sude no de mao
com manjericão

RESULTADO DE EXAMES:

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Fim tuma furunculo na mãoASSINATURA DO EMITENTE
Dr. Santino Xairino Filho
Médico
CRMCE 19807

Nº DE REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

(09317) 8-10

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL () HOSPITALAR () AUXILIO DIAGNÓSTICO ()

PROCEDIMENTO: ORTOPEDISTA PROFISSIONAL

UNIDADE DE REFERÊNCIA: DATA: / / HORA: / /

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO: PRONTUÁRIO: ALTA: / /

RESUMO CLÍNICO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

SECUNDÁRIO 1: CID:

SECUNDÁRIO 2: CID:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE

Nº DO REGISTRO FUNÇÃO DATA

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

404-8

DADOS DO PACIENTE

| | | | | | | | |
|---|---------------------|---|--|----------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------|
| Prontuário 092071 | Atendimento 0001 | Nome do Paciente VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO | | | CNS 898005108047977 | Guia de Autorização | |
| Documento(s) Identidade: 20180460697 | | | | | Estado Civil Solteiro(a) | | Sexo Masculino |
| Data de Nascimento 30/06/2000 | | Local PARAMBU/CE | | | | | Idade 18 Ano(s) |
| Pai ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INACIO | | | Mãe MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO | | | | |
| Endereço RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO, SN | | Bairro CACHIMBO I | CEP 63680-000 | Município PARAMBU | | UF CE | Telefone 88 97881814 |
| Profissão AGRICULTOR | | Empresa | | Conjugue | | | |
| Responsável MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO | | CPF do Responsável | Endereço RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO, | Município PARAMBU | | UF CE | |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------|---|--|------------------|-----------|----------------|------------------|
| Data Atendimento 10/03/2019 | Hora 12:33 | Convênio SUS | Matrícula | CID | | | |
| Profissional do Atendimento | | | Nº Conselho | Tipo Atendimento | | | |
| Indicador de Acidente | | | Funcionário ANTONIA JOZELIA DE FARIAS | | | | |
| Observação | | | | | | | |
| Sala | | Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs. | Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito | | | | |
| Sinais Vitais | | | | | | | |
| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (ppm) | PA (mmHg) | Oximetria (%): | Glicemia (mg/dL) |

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

*T nasa
 En ruras
 Recute
 cl so + Defor AM 2029*

→ Tuba oxico premu

→ Infecção mico

Acto 404-8

Jane

60.975.737/0071-84

SOCIEDADE BENEFICENTE

Dr. Alberto Feitosa Lima

CNPJ: 00.371.000

by Tatuá

Ceará

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA PEREIRA DO NASCI

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2018003

| DADOS DO PACIENTE | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Nome VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO | | | Pais Nacionalidade Brasil | Prontuário/Atendimento 092071/0004 | Idade 18 Ano(s) |
| Nascimento 30/06/2000 | Local PARAMBU | Etnia | Estado Civil Solteiro(a) | CNS 89.8005.108.0479-77 | Religião |
| Sexo Masculino | Raça/Cor Branca | | | | |
| Documento(s) Identidade: 20180460697 | | | | | |
| Endereço RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO | Nº SN | Bairro CACHIMBO I | Município PARAMBU-CE | CEP 63680-000 | Fone Empresa |
| Fone (88) 9788-1814 | Profissão AGRICULTOR | | CPF do Responsável | | Fone Responsável (88) 9788-1814 |
| Responsável MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO | | | Cônjugue | | |
| Endereço Responsável RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO | | | Pai | | |
| Mãe MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO | | | ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INACIO | | |
| DADOS DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| Data/Hora 14/03/2019 10:06 | Quarto/Leito 407-0002 | Aposento ENFERMARIA | Clínica ORTOPEDICA | Setor UNID. DE INTER. CIRURGICA | |
| Convênio SUS | | Matrícula | Autorização | Dias 0 | Guia |
| Médico FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU | | | | | CRM 14707 |
| CID Principal | | | CID Complementar | | |
| Observação | | | | | |
| Usuário ANTONIA JAHINE DOS SANTOS FERREIRA | Procedimento SUS 09'50 Alta médica | | | Sisprenatal | |
| Data Saída 15/03/19 | Hora 09'50 | Condição da Saída | | Usuário Saída | |

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

Jáua
60.975.737/0071-64
PACIENTE
Dr. Alberto Feitosa Lima
Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
CEP 63680-000
Assinatura

TAUA, 14 de março de 2019

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: ANTONIA JAHINE DOS SANTOS FERREIRA

Assinatura do responsável



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

2 - CNES
2328046

4 - CNES
2328046

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

89.8005.108.0479-77

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/2000

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 RAÇA/COR

01 - Branca

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
92071

10 1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9788-1814

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO

14 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9788-1814

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO, SN, CACHIMBO I

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARAMBU

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2310308

18 - UF

CE

19 - CEP

63680-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Possui volemia grande e mal humorado

Fraqueza e fadiga muito

50.975.737/0074-64

SOCIEDADE BENEFICENTE

Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima

CEP: 63680-000

Ceará

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Inchaço e urticaria

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

Anamnese - não fuma e p

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura de fôrma fechada

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ORTOPÉDICA

Urgência

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

980016296718093

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/03/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário Atendimento Nome do Paciente
092071 0003 VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

CNS 898005108047977 Guia de Autorização

Documento(s) Identidade: 20180460697

Estado Civil Solteiro(a) Sexo Masculino

Data de Nascimento Local
30/06/2000 PARAMBU/CE

Idade 18 Ano(s)

Pai ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INACIO

Mãe MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO

Endereço RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO, SN

Bairro CACHIMBO I

CEP 63680-000

Município PARAMBU

UF CE Telefone 88 97881814

Profissão AGRICULTOR

Responsável MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO

Empresa

Cônjugue

Município PARAMBU

UF CE

CPF do Responsável

Endereço

RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO,

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula

CID

CRM/UF
14707/CE

Tipo Atendimento

Funcionário ANTONIA JAHINE DOS SANTOS FERREIRA

Data Atendimento Hora Convênio
14/03/2019 07:30 SUS

Profissional do Atendimento FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU

Indicador de Acidente

Observação

Sala

Data/Hora Liberação

às _____ hs.

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

| Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (ppm) | PA (mmHg) | Oximetria (%): | Glicemia (mg/dL) |
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|----------------|------------------|
|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|----------------|------------------|

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

Paciente com dor de estômago

Aggravando-se ao longo do dia

Co. intensamente por manhã

paciente
60.975.737/0071-64
SOCIEDADE BENEFICENTE

Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima

CRM: 14707

conta

Dr. Fabricio Viana
CRM: 14707
Assinatura Paciente/Responsável

FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU - CRM: 14707

Maria Pereira do Nascimento
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO

Hospital Dr. Alberto
Feitosa Lima

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

PRONTUÁRIO

92021

DATA

14/03/19

PACIENTE

Winton Eduardo Remígio Inácio

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

1º

2º

3º

4º

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

CIRURGIÃO

Dr. Francisco

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Nelson

TIPO DE ANESTESIA

Tetrax

PATOLÓGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

CIRCULANTE

ACHADOS OPERATÓRIOS

A) Dissecção vaginal H.

B) Feces e dentes duros sob mucosa

C) Aspirado Amniótico hymen & corpo

D) Endometriose vilosa (Hymen e fundo do útero, dissecção

pt plomo vascularizado fundo & lado direito, aderências ginec.

pt plomo tipo 4, 5 e progressiva evolução pt vilosa, hymen

no fundo direito pt plomo vascularizado

E) Feto gestante

22.3.1990
10h30m

60.975.7171071-64
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE GINECOLOGIA
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA
CEP: 63.000-010
Cidade J.

L. Tavares

Laboratório de Análises Clínicas

Paciente: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

Prontuário: 092071/0006

Data de Nascimento: 30/06/2000

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA

DO NASCIMENTO INACIO

RG : 20180460697

Fone: (88) 9788-1814

Médico: FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU

Idade: 18 Ano(s) Sexo: Masculino

Data: 14/03/2019 11:14

Local: LABORATORIO

Quarto: 407 Leito: 0002

Convênio: SUS

Setor: UNID. DE INTER. CIRURG

TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)

Material: Sangue Total Coleta: 14/03/2019 11:14 Digitador: LUCELIA LIMA Liberação: 14/03/2019

Valores Referenciais

Resultado: 1,00 min/seg

Normal: 1 - 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO

Material: Sangue Total Coleta: 14/03/2019 11:14 Digitador: LUCELIA LIMA Liberação: 14/03/2019

Valores Referenciais

Resultado: 4,11 min/seg

Normal: 5 - 12 minutos

ALBERTO FEITOSA LIMA
CRF/CE 3326

JOSE ENEAS DE A. LIMA JUNIOR
CRF/CE 4885

Impressão: 14/03/2019 11:32 LUCELIA LIMA PEDROSA

Rua: Abigail Cidrão de Oliveira, 213 - Bairro: Planalto dos Colibris - Cep: 63.660.000 - Tauá-CE
Fone:(88)3437-4299

Laboratório de Análises Clínicas

4072

| | |
|---|---|
| Paciente: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO | Prontuário: 092071/0006 |
| Data de Nascimento: 30/06/2000 | Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO |
| RG : 20180460697 | Fone: (88) 9788-1814 |
| Médico: FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU | Idade: 18 Ano(s) Sexo: Masculino |
| Data: 14/03/2019 11:14 | Quarto: 407 Leito: 0002 |
| Convênio: SUS | Setor: UNID. DE INTER. CIRURG |

HEMOGRAMA COMPLETO

Método: Automatizado - Micro ABX 60

Material: Sangue Total Coleta: 14/03/2019 11:14 Digitador: LUCELIA LIMA Liberação: 14/03/2019

Valores Referenciais

LEUCOGRAMA

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| LEUCÓCITOS | 6.900 /mm ³ | 3500 - 10000 /mm ³ |
| BASÓFILOS | 0 % 0 /mm ³ | 0 - 100 /mm ³ |
| EOSINÓFILOS | 1 % 69 /mm ³ | 50 - 500 /mm ³ |
| NEUTRÓFILOS BASTONETES..... | 0 % 0 /mm ³ | 0 - 840 /mm ³ |
| NEUTRÓFILOS SEGMENTADOS..... | 58 % 4.002 /mm ³ | 1700 - 8000 /mm ³ |
| MONÓCITOS | 5 % 345 /mm ³ | 300 - 900 /mm ³ |
| LINFÓCITOS | 36 % 2.484 /mm ³ | 900 - 2900 /mm ³ |

ERITROGRAMA

| | | |
|---------------------------------|--------------|------------------------------------|
| HEMÁCIAS /mm ³ | 4,36 milhões | 4,5 - 5,3 milhões/mm ³ |
| HEMOGLOBINA | 12,5 g/dL | 13,0 - 16,0 g/dL |
| HEMATÓCRITO | 40,6 % | 37,0 - 49,0 % |
| VCM | 93,1 fL | 78,0 - 100,0 fL |
| HCM | 28,7 pg | 25,0 - 35,0 pg |
| CHCM | 30,8 % | 31,0 - 36,0 % |
| RDW | 12,3 % | 10 - 15,0 % |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS | 326.000 | 150.000 - 450.000 /mm ³ |

ALBERTO FEITOSA LIMA
CRF/CE 3326

Impressão: 14/03/2019 11:32 LUCELIA LIMA PEDROSA

JOSE ENEAS DE A. LIMA JUNIOR
CRF/CE 4885

Rua: Abigail Cidrão de Oliveira, 213 - Bairro: Planalto dos Colibris - Cep: 63.660.000 - Tauá-CE
Fone:(88)3437-4299

Nasc.: 30/06/2000
Data: 15/03/2019 - 07:5

Nasc.: 30/06/2000
: 15/03/2019 - 07:55

Data:

Reg.Clin.:

ECG de Repouso

Nome: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO
Vel.: 25 mm/s **Filtros:** 60Hz **M**

Exame: 8770
EC 90 bpm

This figure displays a 12-lead ECG tracing. The leads are arranged in three columns. The first two columns each contain 8 strips, while the third column contains 7 strips. Each strip shows a typical cardiac cycle with a P wave, a narrow QRS complex, and a T wave. The leads are labeled as follows:

- Column 1: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2
- Column 2: V3, V4, V5, V6
- Column 3: V1, V2, V3, V4, V5, V6

The labels are oriented vertically, rotated 90 degrees counter-clockwise.

HOSPITAL ALBERTO FEITOSA LIMA

34374299

(C) MICROMED Biotecnologia

Resumo/Sumário de alta

Paciente: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

Prontuário: 092071

Data de Nascimento: 30/06/2000

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO

Idade: 18 Ano(s)

Convênio: SUS

Data da Internação: 14/03/2019

Setor: UNID. DE INTER. CIRURGICA

Aposento: ENFERMARIA

Leito: 407 - 0002

Profissional Resp.: FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU

CRM: 14707

Diagnóstico Principal:

Data: 15/03/2019

Hora: 08:46

Motivo da Internação:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

P1- FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

1 DPO DE OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS E
FIOS DE KIRSCHNER

EVOLUI ESATAVEL. ALGIA CONTROLADA.
FO LIMPA

CD: ALTA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Conduta / Tratamento Realizado:

RETORNO NO DIA 26/03/19 AS 8 H

CURATIVO DIARIOS , MANTER TALA GESSADA
SEM CARGA EM MEMBRO OPERADO

Exames Realizados:

COAGULOGRAMA (TS, TC, PROVA DO LACO, RETRACAO DO CELETROCARDIOGRAMA -
ECGHEMOGRAMA COMPLETORX PUNHO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU - CRM-CE 14707

Assinatura Paciente/Responsável

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA
CNPJ 60.975.737/0071-64
RUA ABIGAIL CIDRÃO DE OLIVEIRA, 213 - 63660000 - TAUÁ - CE

Impressão: 15/03/2019 08:46

Página 1
v2018003

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO necessita afastar-se de suas atividades de 15/03/2019 (sexta-feira) até 30/03/2019 (sábado), para tratamento médico.

Observações

CID S52.5

TAUÁ - CE, 15 de março de 2019 - 08:46

FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU - CRM 14707

Dr. Fabricio Viana
CRM-CE 14.707
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Fabricio Viana
CRM-CE 14.707
Ortopedia e Traumatologia

EXAME: RAIO X

NOME: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

DATA DO LAUDO: 21-05-2019

MÉDICO SOLICITANTE: SOL.PROPRIA

LAUDO

PUNHO DIREITO

Osteossíntese com placa e parafusos metálicos na porção distal do rádio

Fratura prévia do processo estiloide da ulna

Textura óssea normal

Espaços articulares preservados

Partes moles peri-articulares sem alteração



ED WILSON CUSTÓDIO FRANCELINO
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 9325

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

| | | | |
|------------------------|---|-------------------|------------|
| REGISTRO GERAL | 2018046069 - 7 | DATA DE EXPEDIÇÃO | 19/02/2018 |
| NAME | VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO | | |
| FILIAÇÃO | ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INÁCIO MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INÁCIO | | |
| NATURALIDADE | PARANBU - CE | | |
| DOC. ORIGEM | CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:18618 FOLHA:372 | | |
| LIVRO:A20 PARANBU - CE | ASSINATURA DO DIRETOR | P.: 127 | |
| CPF: 084.475.283-59 | LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 | | |

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



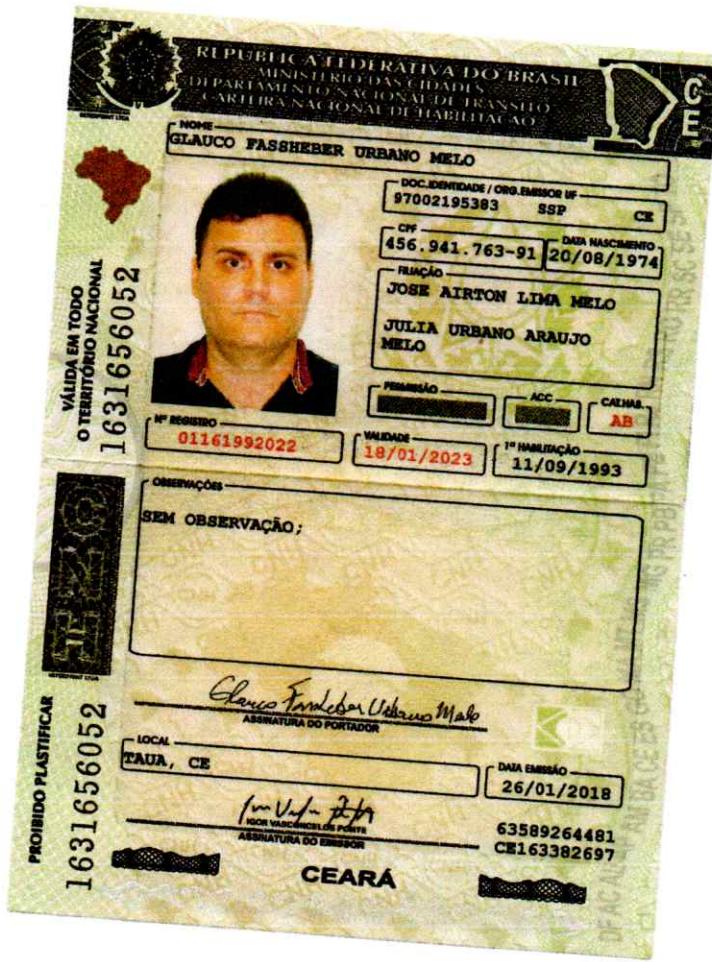
Victor Eduardo Pereira Inacio

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1. VIA

O VOTO



RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

| | | | |
|--|--|-------------------|----------|
| CPF do declarante 456.941.763-91 | Nome do declarante GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO | | Telefone |
| Endereço AVENIDA CEL VICENTE ALEXANDRINO DE SOUSA | Número 154 | Complemento | |
| Bairro/Distrito TAUAZINHO | CEP 63660-000 | Município TAUÁ | UF CE |

(Valores em Reais)

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS | 28.500,00 |
| IMPOSTO DEVIDO | 0,00 |
| IMPOSTO A RESTITUIR | 0,00 |
| SALDO DO IMPOSTO A PAGAR | 0,00 |
| IMPOSTO A PAGAR | |
| GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE | 0,00 |

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 30/04/2019 às 08:46:10
0971419261

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190341834 Cidade: Parambu Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO Data do acidente: 10/03/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO PÁG. 05 11 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 07 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 13 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Profissão: AGRICULTOR (A)

RG/CNH/CTPS: 2018046069-7 SSPDS/CE

Endereço: RUA MARIA DO ROSÁRIO DA CONCEIÇÃO, S/N, CACHIMBO-1, PARAMBU - ESTADO DO CEARÁ. CEP: 63.680-000.

Est. Civil: SOLTEIRO (A)

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/2000

CPF: 084.475.283-59

OUTORGADO:

Nome: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Est. Civil: CASADO (A)

Profissão: AUTÔNOMO (A)

RG/CNH/CTPS: 97002195383 SSPDC/CE

CPF: 456.941.763-91

Endereço: AV. CEL. VICENTE ALEXANDRINO DE SOUSA, 154, TAUZINHO, TAUÁ - ESTADO DO CEARÁ. CEP: 63.660-000.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT. Autorizando ao outorgado, **Solicitar, Requerer e Receber Cópia de Prontuários Médicos, Boletim de Atendimento Médico (BAM), Declaração de Atendimento, Ficha de Referência**, junto ao IJF (INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA), HOSPITAL BATISTA MEMORIAL, PSA (PRONTO SOCORRO DOS ACIDENTADOS), HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA (TAUÁ/CE), IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL - PEFOCE), INSS.

Concedendo ao outorgado poderes para assinar, transigir, requer/receber cópias de sinistros já gerados e arquivados, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, preencher e assinar o **PEDIDO DO SEGURO DPVAT - Declaração de Autorização de Pagamento de Sinistro Dpvat, Declaração de Ausência/Inexistência do IML** – incluindo receber **informações e notificações sobre agendamento de perícia médica** e solicitar reagendamento. Podendo substabelecer, desistir, renunciar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT no (a) qual faz jus. **Estado ciente que toda (s) e quaisquer (es) informações prestadas no referido procedimento administrativo são de responsabilidade do outorgante e/ou do seu representante legal.**

PARAMBU – ESTADO DO CEARÁ, 22 DE MAIO DE 2019.



VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO

(RECONHECER ASSINATURA/FIRMA POR AUTENTICIDADE).

CARTÓRIO CAVALCANTE - 2º OFÍCIO

PARAMBU - CEARÁ. FONE (88) 3448-1201

TABELIONATO E ANEXOS

Cleurismar Alves Cavalcante

Titular

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço a firma atrás de VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO, por autenticidade. Dou fé. PARAMBU/CE, 22 DE MAIO DE 2019.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

CLEURISMAR ALVES CAVALCANTE
2.º Tabelião Público.



RUA MANOEL ALEXANDRE, 54 - CENTRO. CEP 63680-000 -
PARAMBU/CE. TELEFAX (88) 3448-1201

Este documento, intitulado "RECONHECIMENTO DE FIRMA", é emitido pelo Cartório Caalcante - 2º Ofício, sob a responsabilidade da tabelião público Cleurismar Alves Cavalcante, com o número de registro N° CN 575590. O documento é destinado ao Dr. Victor Eduardo Pereira Inácio, que é o beneficiário da firma reconhecida. O reconhecimento é feito em testemunho da verdade, em Parambu, Ceará, no dia 22 de Maio de 2019. O documento é assinado digitalmente e contém um QR code para validação. O cartório é autorizado a emitir certidões de autenticidade para este documento.

PARAMBU - ESTADO DO CEARÁ, 22 DE MAIO DE 2019.



VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO

(RECONHECER ASSINATURA PELA FÉ AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174847/19

Vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

CPF: 084.475.283-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2019

VICTOR EDUARDO
PEREIRA INACIO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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
Outros

GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO : 456.941.763-91

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

VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO : 084.475.283-59

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: 23/05/2019
Nome: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO
CPF: 456.941.763-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA