

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



fls. 8

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 613 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/05/2018 09:38:11**Data / Hora da Ocorrência: **08/03/2018 10:30:00**Endereço da Ocorrência: **BR 226**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **SENADOR POMPEU/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)Nome: **ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**Nascimento: **11/07/1978** CPF:RG: **380050936**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO****GERALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO**Endereço: **SITIO CATOLE**Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **SENADOR POMPEU/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCR3077** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC4110BR791906** Renavam: **357378733** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o noticiante, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que vinha conduzindo sua motocicleta na pista do KM 20 em Senador Pompeu, quando outra motocicleta fechou o mesmo; Que com isso os dois se chocaram vindo a cair; Que o noticiante foi socorrido pela Ambulância e levado para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu/CE e depois transferido para Fortaleza/CE; Que nesse acidente o noticiante quebrou a perna do lado direito passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o senhor JOEL ALVES JANUÁRIO e o Senhor CARLOS ALBERTO FERNANDES DE MELO, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****TALLES FURTADO LOPES - MAT.: 30110617****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**Antonio Ednardo Canuto do Nascimento



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 613 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/03/18 HORÁRIO: 11:54 ATENDIMENTO Nº: 65

DADOS DO PACIENTE:

NOOME: Antonio Edmundo Camuto do Nascimento
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 11/07/78 IDADE: 39 ESTADO CIVIL: solteiro
MÃE: Terezinha Camuto Nascimento SUS: _____
NATURALIDADE: Sen Pompeu PROFISSÃO: Montador
ENDEREÇO: Rua Epitácio BAIRRO: Zona Rural CEP: 63.600.000
CIDADE: Sen Pompeu ESTADO: CE TELEFONE: _____
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg GLS: _____ HGT: _____ Alergia: _____

QP: _____
HDA: lesão aguda do sistema nervoso central
apresentando déficit motor e sensitivo do 4º/5º paria
sem sinais

DIAGNOSTICO: _____

PRESCRIÇÃO: Lincomicina 300mg Solutox Bx 100mg

Vicente Ferrer Neto
MÉDICO
Carimbo Ass. do Médico
CRM - 2398

CONFERE COM ORIGINAL
17/05/2018 JMB
Responsável - SAME
MHSI
CNPJ 07.802.697/0002-44

Ass. do Técnico(a)

Adriana Almeida de Jesus
Ass. do Técnico(a)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM: _____

Gerdoneo Camuto do Nascimento
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

INSTITUTO
COMPARTILHA
SAMEAC
Uma história única dedicada à vida.
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

MHSI
MATERNIDADE HOSPITAL
SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU-CE



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Antonio Eduardo C. do Nascimento CPF da Vítima: 891.477.073-72 Data do Acidente: 08-03-2018

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.

SEN. PIAUI-15 07 de JUNHO de 2018
Local e Data

Antonio Eduardo C. do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA,
 RG nº 97024048383, data de expedição 15/10/97,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 214.847.593-20, com
 domicílio na cidade de SENADOR POMPEU, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PADRE JOAQUIM CAVALCANTE, nº 116,
 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 ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO cujo o condutor era
ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO
 Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/CG 125 FANKS
 Ano: 2011/2011
 Placa: DER 3077
 Chassi: 9C2JC4110BR791906
 Data do Acidente: 08/03/2018
 Local e Data: SENADOR POMPEU-CE 18/05/2018

Maria Helena Felix do nascimento SILVA
 Assinatura do Declarante

Antonio Eduardo Canuto do nascimento

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

1º OFÍCIO

RECONHEÇO FIRMA

Idade de Maria Helena Felix do Nascimento Silva
Idade de Antonio Eduardo Canuto do Nascimento

O Referido é verdade. Dou Fé.
 Senador Pompeu, de _____ de _____
 Em testemunho da Verdade

DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
 Titular Interina

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
 DILVANIA MARIA MACHADO VIEIRA
 Titular Interina
 (88) 3449-0275 - Senador Pompeu
 João Paulo G. de Brito
 SUBSTITUTO

Fone: (88) 3449 0275



SELO DE AUTENTICIDADE
 02
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ
 RECONHECIMENTO DE FIRMA
 Nº CJ 709403 - RCHP

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/03/18 HORÁRIO: 11:54 ATENDIMENTO Nº: 65

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Antonio Edmundo Camilo do Nascimento
 SEXO: M DATA NASCIMENTO: 11/07/78 IDADE: 39 ESTADO CIVIL: solteiro
 MÃE: Terézinha Camilo Nascimento SUS: _____
 NATURALIDADE: San Carlos PROFISSÃO: Montador
 ENDEREÇO: Rua Getúlio BAIRRO: Zona Rural CEP: 63.600.000
 CIDADE: San Carlos ESTADO: CE TELEFONE: _____
 ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: ipm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

Q: County where I identify and family, etc.
HDA: apartment, broken, etc. to #3 previous / 2
from time

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO: Lincom + Bexarol — Solvent Rx com D
 — Tran 100 + 100 / 50 — 0,8% — 20 — 12:00 / 12:45
 — ST — 0,8% — 100 — 12:00 / 12:45
 Vigente Faria Neto

Carimbo Ass. do Médico
MÉDICO
CRM - 2398

CONFERE COM ORIGINAL

Ass. do Técnico(a)

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Responsible - SAME
MHSI
CNPJ 07.802.097/0002-4

Gerônimo Augusto do Nascimento
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

0401010023
0301100210

**INSTITUTO
COMPARTILHA**
S.A.M.E.A.C.
Uma Associação sem fins lucrativos dedicada à vida.
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE

**MATERNIDADE HOSPITA
SANTA ISABEL**



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MÉDICO

Nome do Paciente: ANDRÉ EDUARDO CUNATO
 Nome do Médico: Dr. Cassiano portador da Carteira Profissional Nº 15
 Sexo: M necessita de 15 dias

por extenso

Tempo de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo de doença.

Tempo de 15 dias

HFT

Hospital ou Ambulatório

17/03/18

Localidade e Data

Assinatura Médica - CRM Nº

O presente Atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 85 do RGPS, e será expedido para justificativa de afastamento do trabalho.

Hospital e Clínica de Portaleza S/C Ltda.

Rua ... nº 45 - Alameda Weym - Portaleza-CE - CEP 60.319-002

Fone (85) 3228.2555

Site: hospitalclinicaportaleza.com

2018.03



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Dr. Fernando Távora

Dr. Fernando Távora

Dr. Fernando Távora

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE, CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Modelo 4



HOSPITAL DISTRICTAL DR. FERNANDES
TAVORA



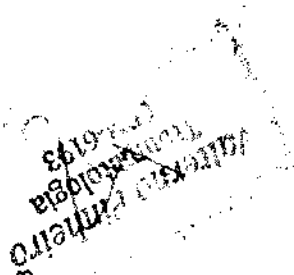
ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO foi submetido a cirurgia por fratura da perna direita. Solicito 120 dias de afastamento de suas funções.

CID: S822.

FORTALEZA/CE, 20 de Março de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO
CRM/CE 6193

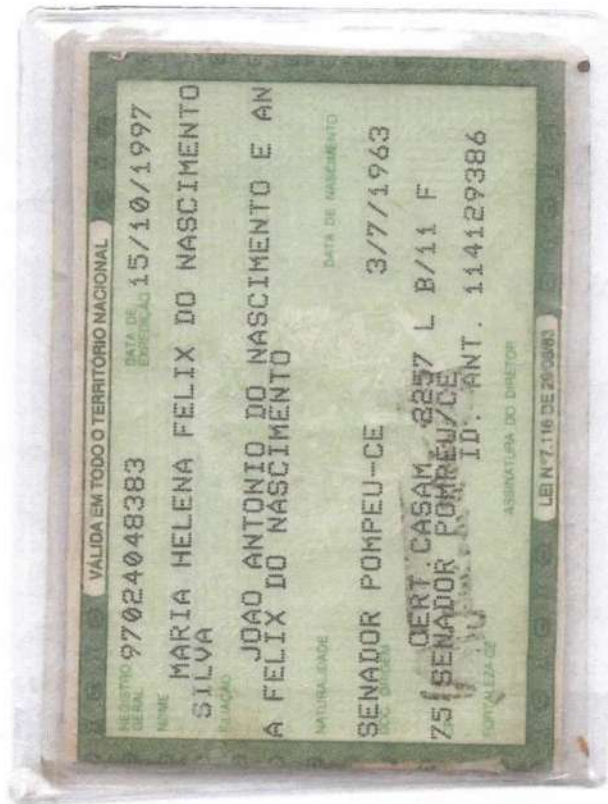




VÍTIMA



Proprietária do Veículo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012257879670
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2017

VIA 357378733 RNTRO. 00000000000

MARIA HELENA FELIX DO NASCIMENTO SILVA
SENADOR POMPEU/CE

CPF/CNPJ 21484759320 PLACA OCR3077

PLACA ANT./UF 9C2JC4110BR791906 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / OIL 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

VENC. COTA UNICA 1º 2º 3º

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SENADOR POMPEU/CE 05/01/2018

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

CE Nº 012257879670 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

21484759320 OCR3077

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

012257879670 56544336220

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 05/01/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 21484759320 PLACA OCR3077

RENAVAM 357378733 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 COT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2JC4110BR791906

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A RESGATAR (R\$)

PAGAMENTO PARCELADO

COTA ÚNICA

0870590000

LOTE/DOC. 12257879670 DPVAT

MOTOR: JC41E1E791906

www.seguradorvalidador.com.br

Nº DO CLIENTE

8280859-7

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

fls. 22

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 518364257

Rota 37 14001 01 100400 - 4 Data de Emissão 23/03/2018

Nome NATALIA VITORIANO ARAUJO

End. Postal ST CATOLE 00000 00000

DT JOSE LOPES - SENADOR POMPEU - Poste 0000 A37E

Medidor 8007199

Classe 04-RURAL 01-AGROPECUARIA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 057320073-42 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Mar/2018

Data da Apresentação 23/03/2018

Previsão Próxima Leitura 23/04/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SELETORE POMPEU

Mês Mar/2018

Índice 0,00 F

Apuração Individual

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

Padrão Individual	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,44	20,88	41,76	0,55	0,00	0,00
FIC	7,59	15,19	30,39	1,00	0,00	0,00
DMIC	5,59			0,55		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F960.9040.2960.0644.5425.0144.06FE.7F23

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
755	650	1,00	65	0,00	65	0,34624	22,55
23/03/18	22/02/18		29 DÍG				22,55

VALOR CONSUMO DO MES 22,55

COB. DO FATURA ANTERIOR 24,97

VENCIMENTO

02/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

47,52

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	10,70
Impostos	1,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,99
TOTAL	22,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Sep	Ago	Jul	Jun	Ma	Ab
	68	65	69	99	65	59	117	45	118	8	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 28,09

Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 61,90. Seu fornecimento de energia elétrica poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

Debitos Anteriores	Valor
Mar/2018	61,90

Consta desta fatura R\$ 0,99 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,79% e COFINS:0,64%.

Cópia cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sumidora vencidas até 31-12-2017, conforme a Lei N. 12.007-2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 8280859-7 Referência: Mar/2018

Data de Emissão: 23/03/2018 Total a Pagar (R\$): 47,52

Nº da Nota Fiscal: 518364257 Nº de Controle: 0008280859 00011 39112 11

83800000000-9 47520031000-0 00082808590-0 00113911226-8



eu, Antonio Eduardo Camelo do Nascimento
RG: 380050936 CPF: 891.477.073-72
montador de móveis, residente no sítio Catolé-
Senador Pompeu - venho informar que sofri
um acidente de trânsito no dia 08/03/2018,
esse acidente ocasionou uma fratura
muito grande na minha perna (fratura do
plato tibial direito) por isso tive que
realizar cirurgia e em seguida fazer
fisioterapia. apesar de ter finalizado todos
tratamentos indicados pelo médico, fiquei
com sequelas na minha perna que não
impossibilita de realizar minhas atividades
normais. diante disso, solicito que meu
processo seja reavaliado, e que se realize
perícia médica com profissional devidamente
qualificado para que se comprove a
veracidade dessas informações e eu possa
ser devidamente indenizado conforme tabela
do Seguro DPVAT.

desde já agradeço a atenção

✿ Antonio Eduardo Camelo do Nascimento





Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**
Nº Sinistro: **3180274298**
Vitima: **ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **08/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILENE SOARES ROCHA**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro **3180274298**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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 12998065



SINISTRO 3180274298 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**CPF/CNPJ:** 89147707372**Posição em 16-10-2018 16:31:11**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta Referência

Ver Carta

23/06/2018	Negativa Técnica - <u>Vítima em tratamento</u>	
20/06/2018	Aviso de Sinistro	



**H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA**

ANTONIO EDUARDO GRUNTO
DO NASCIMENTO

LAUDO MÉDICO

Atendo por o paciente acima
por identificação a cirurgia
por Fratura do péto
tibia distal

Sintomas - e

20/06/18
Atto definitivo

Instituto Clíneo de Cirurgia S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro de Azevedo - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3229-5555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- ① Rota m. de 100 cm
- ② Rota m. de 100 cm
- ③ Rota m. de 100 cm
- ④ Rota m. de 100 cm
- ⑤ Rota m. de 100 cm
- ⑥ Rota m. de 100 cm
- ⑦ Rota m. de 100 cm
- ⑧ Rota m. de 100 cm
- ⑨ Rota m. de 100 cm
- ⑩ Rota m. de 100 cm

Valter Pinheiro
Traumatologia
CRM-6193



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 20/03

Nome do paciente: Antonio Ednardo Lamato do Nascimento	
Nº Prontuário: 2446259	Categoria:
Clínica:	Leito:
Cirurgião: Dr. Valterino	
Anestesista: Dra. Magaly	
Tipo de Anestesia: Raqui	
1 Auxiliar: Dr. Carlos Macedo	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: Arthur	
Circulante: Alysia	
Diagnóstico Pré-Operatório:	
Tipo de Operação/ Código: 04 1 5 0 3 0 0 1 3	
Diagnóstico Pós-Operatório:	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas: SIM	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
15:00	16:10	
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA: X
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201821001201 17/03/2018 20:12 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE **FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA**

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
224/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome
ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO Sexo
MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
11/06/1978 39 Anos CATÓLICO (A) 2445259 201802570001181

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal
S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Procedimento Realizado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE **FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA**
Data Hora Motivo
22/03/2018 16:56 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 22 de março de 2018

Responsável/
Representante Legal

Natalia Sitoriano Araújo
Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Giovana Melo Rodrigues
Nome Legível

Giovana Melo Rodrigues
Enfermeira
Assinatura/Carimbo

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201821001201 Data 17/03/2018 Hora 20:12 Convênio PRAXIS Classificação RUE - SMS
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG 12600081328 AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES Médico Responsável 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES
Procedimento Solicitado 0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA Dias 4
==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO Sexo MASCULINO
Nascimento 11/06/1978 Idade 39 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião CATÓLICO (A)
Mãe TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO Pai GERALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO
Conjuge Responsável NATALYA VITORIANO ARAUJO Prontuário 2445259
CNS 706006855567340 Registro 201802570001181 Documento Informado RG: 380050936 Emissão: 26/05/2003
País BRASIL Município de Naturalidade SENADOR POMPEU/CE CEP 63603-000
Município de Residência SENADOR POMPEU/CE Logradouro RUA SITIO CATOLE
Número Complemento SN Bairro ZONA RURAL
Fone Móvel (88)9941.26445 Fone Fixo Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / MONTADOR DE MOVEIS E ARTEFATOS DE MADEIRA

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar NATALYA Acomodação/Leito 224/2
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: maria Data: 17/03/2018 Hora: 20:22:40 Tempo: 00:09:56

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

NATALYA VITORIANO ARAUJO, abaixo assinado, responsável pelo paciente ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 17 de março de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Natalya Vitoriano Araujo

USUARIO: gleuce.lima - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

706006855567340 - ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO



NOME DA MÃE

TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5554545

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

11/07/1978 - 39 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

CATOLE, Nº 00

BAIRRO

ZONA RURAL

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SENADOR POMPEU

Plantonista

MÉDICO

24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO - INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600081328

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

17/03/2018 - 17:46

PROFISSIONAL

24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da Internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - Fratura da diáfise da tibia

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

**PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza 2

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		2 - CNES: 2 5 2 9 1 4 9	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS		4 - CNES:	
5 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO		PRONTUÁRIO : 5554545	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 706006855567340	8 - DATA NASCIMENTO: 11/07/1978	09-SEXO (M) (F)	10-RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO		12 - TELEFONE:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL NI		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO) CATOLE, S/N DISTRITO DE ENG JOSE LOPES			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SENADOR POMPEU		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE
19 - CEP:			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE TÍBIA ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX.TIBIA	24 - CID 10 PRINCIPAL: S822	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE TIBIA		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050500	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 17/03/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): 3255.5131
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - CNPJ DA EMPRESA:		41 - SÉRIE:	42 - CNPJ DA EMPRESA:
43 - CNAE DA EMPRESA:		44 - CBOR:	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): Dr. Med. Sérgio F. Corra		

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

fls. 33

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600081328
NÚMERO DA AIH: 231810183555

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 706006855567340 - ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 11/07/1978 - 39 anos

NOME DA MÃE: TEREZINHA CANUTO DO NASCIMENTO

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: CATOLE, N° 00

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231270 - SENADOR POMPEU

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: ZONA RURAL

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 17/03/2018 - 17:46 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 17/03/2018 - 20:38

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

unisusweb.com.br



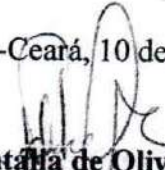
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL
Av. Francisco Sá, Nº 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP: 60.336-233 CNPJ Nº 05.481.950/0001-07
Fone: (85) 3284.3636
email: institucional@Institutopraxisonline.org

DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE CADASTRAL

Declaramos para os devidos fins que o senhor ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO, filho de Terezinha Canuto do Nascimento, esteve internado na unidade hospitalar do Instituto Práxis – Unidade Fortaleza / Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora, CNES 3969800, no período de 17 a 22/03/2018 para tratamento cirúrgico-traumatológica cujo CID está informado abaixo. Retificamos a data de nascimento do referido paciente, onde consta nas fichas de admissão e alta à época 11/06/1978, considere-se 11/07/1978, de acordo com documento oficial de identidade civil Nº 38.005.093-6 SSP SP, emitido em 26/05/2003. Pelo que ratificamos na presente declaração.

CID: S821

Fortaleza-Ceará, 10 de outubro de 2018.


Natália de Oliveira Alves
Gerência Administrativa

05.481.950/0001-07

INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO
CULTURA E AÇÃO SOCIAL

Av. Francisco Sá, 5445

ÁLVARO WEYNE - CEP: 60.336-233

FORTALEZA - CEARÁ

93749274

PREFEITURA DE SENADOR
SECRETARIA DA SAÚDE



Controle de Frequência de Fisioterapia

Nome: Antônio Edmundo

Nascimento: 11/07/78

Diagnóstico: Fract. Tibia e

fibula direita

Matricula: Sítio Antelo

706 006855567340

Tratamento: Cur + Cinesio

Início: 15/05/18

ANO	Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	JANEIRO																															
	FEVEREIRO																															
	MARÇO																															
	ABRIL																															
	MAIO																X		X				X			X						
	JUNHO																															
	JULHO																															
	AGOSTO																															
	SETEMBRO																															
	OUTUBRO																															
	NOVEMBRO																															
	DEZEMBRO																															

Horário: Terça e Sexta (manhã) a partir de 8h

20 sessões


Fisioterapeuta







SINISTRO 3180508517 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 89147707372

Posição em 12-12-2018 13:09:52

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Reanálise

eu Antonio Eduardo Camuto do Nascimento
Rg: 380050936 CPF: 891477073.72
montador de móveis, residente no sítio cabolé.
Senador Pompeu - Venho informar que sofri
um acidente de trânsito no dia 08/03/2018,
esse acidente ocasionou uma fratura
muito grande na minha perna (fratura do
platô tibial direito) por isso tive que
realizar cirurgia e em seguida fazer
fisioterapia. apesar de ter finalizado todos
tratamentos indicados pelo médico, fiquei
com sequelas na minha perna que me
impossibilita de realizar minhas atividades
normais. sendo que esse processo foi
pago muito abaixo do valor de tabela do
seguro DPVAT sem a realização de
perícia médica. diante disso solicito que
meu processo seja reavaliado, e que
se realize perícia médica com
profissional devidamente qualificado para
que se comprove a veracidade dessas
informações e eu possa ser devidamente
indenizado conforme tabela do seguro
DPVAT.

desde já agradeço a atenção.

Antonio Eduardo Camuto do Nascimento

**ADOLFO LUTZ**

CENTRO DE DIAGNÓSTICO ADOLFO LUTZ
CENTRO DE DIAGNÓSTICO COSTA E CAVALCANTE LTDA ME
CNPJ: 26.676.876/0001-46

NOME: ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO

DATA: 11/10/2018

IDADE: 40

RADIOGRAFIA DIGITAL DA PERNA DIREITA

Acavaigamento da diáfise proximal fibular com pontes ósseas associadas (consolidação viciosa de fratura prévia).

Fratura do terço proximal da diáfise tibial com pontes ósseas associadas e esclerose associada (fratura em consolidação ?).

Placas e parafusos de fixação no terço proximal tibial.


DR. TÁCIO RATES DUARTE
MÉDICO RADIOLOGISTA E INTERVENционISTA
MEMBRO TITULAR DO COLEGIO BRASILEIRO DE
RADIOLOGIA
CRM CE-15887

As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista. A correta conclusão do resultado exige correlação com a clínica, com dados laboratoriais e outros exames de imagem prévios e/ou subsequentes, já que as patologias são evolutivas e pode haver variação, imprecisão ou ambiguidade na identificação das mesmas de acordo com critérios subjetivos como estágio biológico da moléstia, história natural da doença e processos interativos decorrentes da ação de fatores causais da doença, o que preconiza investigação mais profunda.



Clínica

Tobias Lima Verde

Ortopedia • Traumatologia • Fisioterapia • Pilates

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Antonio Ednardo Canuto do Nascimento apresenta sequela de fratura na diáfise proximal da tíbia e fíbula direitas, submetido a tratamento cirúrgico com fixação interna, com consolidação viciosa e encurtamento do membro. Apresenta edema residual na perna direita e Parestesia no pé direito.

Apresenta incapacidade física parcial e permanente para o trabalho. CID 10 S 82.1 e S 82.4.

Iguatu, 15 de outubro de 2018.


Perito Médico do Trabalho
Ortopedia e Traumatologia
CPF 015.123.456-23
CRM 1784

 (88) 3581-1504 /clinicatobiaslimaverde Rua Senador Pompeu, 90
Centro - Iguatu-CE

CNPJ: 05.716.063-000166

LAUDO MÉDICO

Atesto que Antônio Eduardo Camilo de Vasconcelos está enquadrado na definição dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.

1. () DEFICIÊNCIA FÍSICA:

- () Paraplegia () Paraparesia () Monoplegia () Monoparesia () Tetraplegia
 () Tetraparesia () Triplegia () Triparesia () Hemiplegia () Hemiparesia
 () Paralisia cerebral () Ostomias () Amputação ou ausência de membro () Nanismo
☒ Membros com deformidades congênicas ou adquiridas

2. () DEFICIÊNCIA VISUAL (Anexar exame oftalmológico):

- () Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
 () Baixa visão – Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
 () Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.
 () Visão Monocular – Súmula 377 STJ

3. () DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (Anexar parecer/avaliação psicológico e laudo psiquiátrico)

- () Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

Obs.: No parecer/avaliação psicológica e/ou laudo psiquiátrico devem constar: que a manifestação da deficiência ocorreu antes dos 18 anos, bem como especificar as limitações associadas a áreas de habilidades adaptativas.

4. () DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Anexar audiometria):

- () Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma (anexo) nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

Em caso de deficiências múltiplas, assinalar os campos correspondentes às respectivas deficiências.

5. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

- () Congênita () Doença () Pós-operatório ☒ Acidente Comum () Acidente de Trabalho

6. Descrever a deficiência, respectivo grau ou nível e interferências funcionais promovidas pela deficiência:

Síndrome da fratura proximal da Tíbia e fíbula
direita com consolidação viciosa.
Apresenta incapacidade física parcial e permanente
para o trabalho.

7. CID da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças): 5821 e 5824

Localidade e data: Santos 15 de Outubro de 2018

Antônio Eduardo Camilo de Vasconcelos
 Assinatura/CRM/Especialidade

Perícia Médica
 Otorrinolaringologista
 CPF 043.123.456-78
 CRM 1704

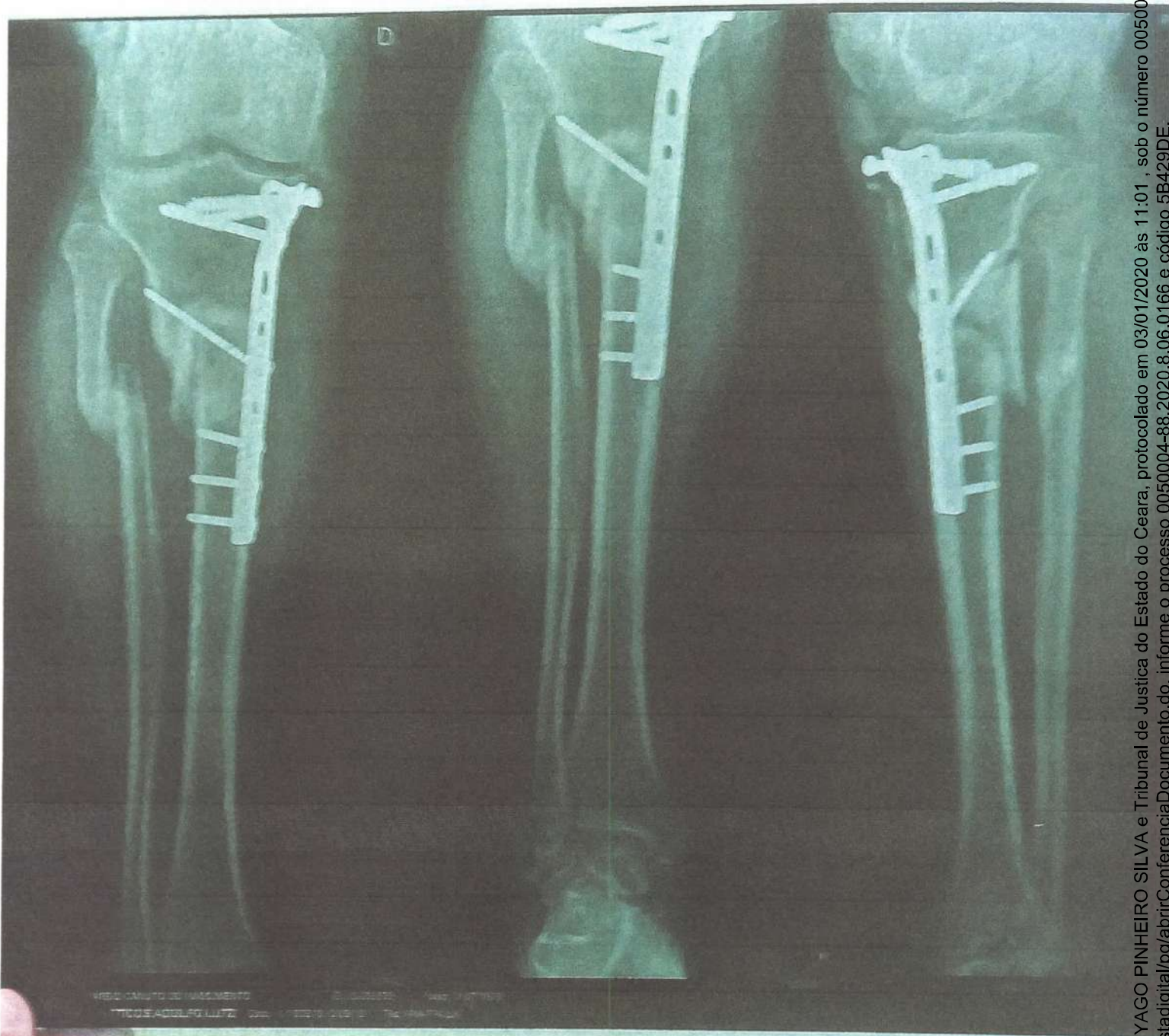
Declaro estar ciente de que estou sendo incluído nas cotas legais de empregados com deficiência e/ou reabilitados de acordo com o artigo 93, da Lei nº 8.213/1991 e os artigos 3º e 4º, do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296/2004.

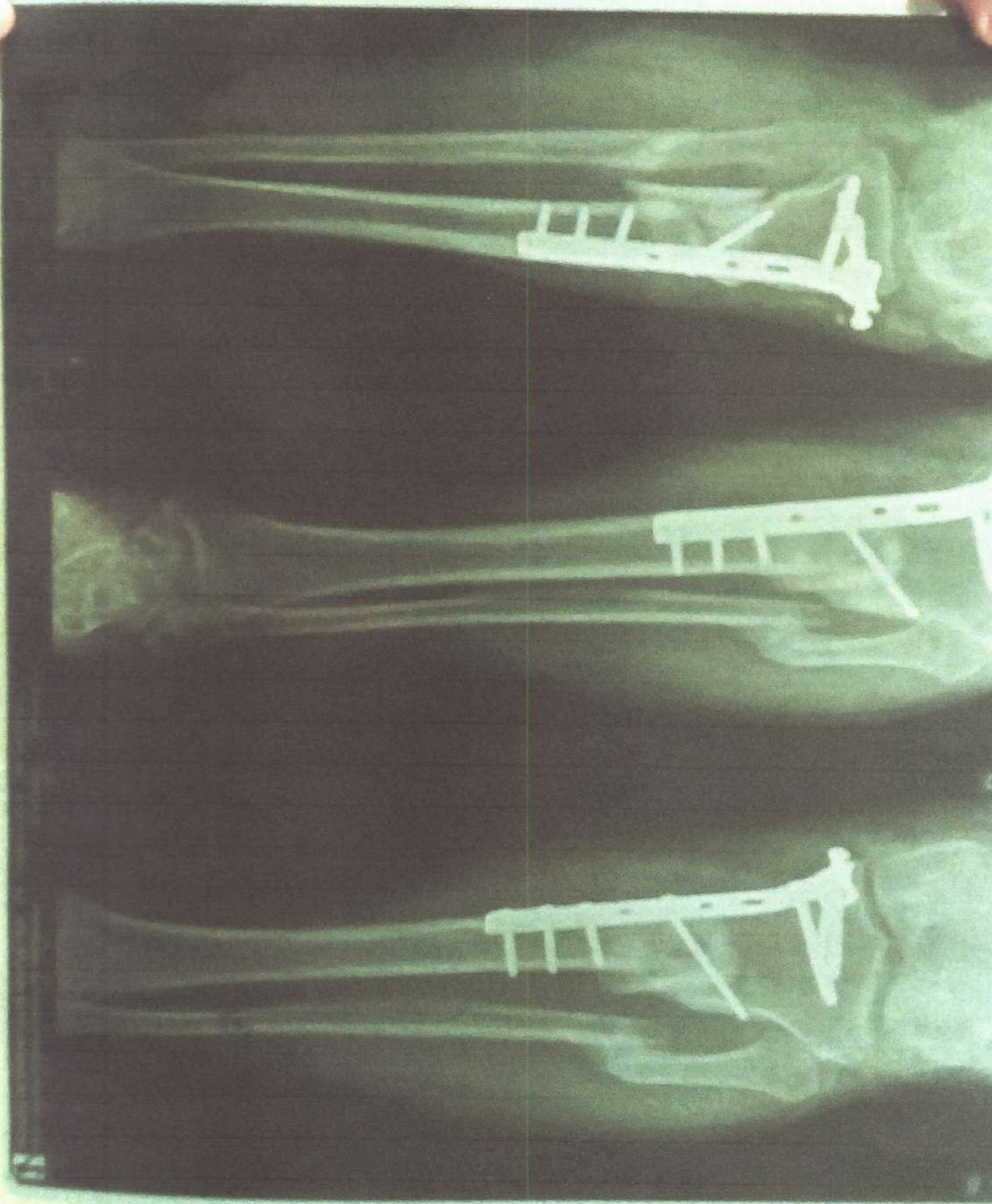
Autorizo a apresentação deste Laudo Médico à Fiscalização do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

Local e Data:

Assinatura do Empregado:

Antônio Eduardo Camilo de Vasconcelos







**YAGO PINHEIRO
ADVOGADO**

fls. 48

PROCURAÇÃO "AD JUDÍCIA"

OUTORGANTE: ANTONIO EDUARDO CANUTO DO NASCIMENTO

Portador(a) da Cédula de Identidade nº 380050936 Órgão Emissor
SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº 891.477.073-72, residente e
domiciliado(a) na SITIO CARLOS Nº ,
Bairro ZONA RURAL Cidade SENADOR POMPEU, CEP: 63.600-000.

OUTORGADO (S): YAGO PINHEIRO SILVA, brasileiro, solteiro, advogado,
regularmente inscrito na OAB-CE sob o nº 32.825, com escritório profissional
situado a Rua Leonel Vale, nº 15, Centro, Senador Pompeu, Estado do Ceará, CEP
63.600-000.

PODERES: amplos poderes para dar assistência, patrocínio e acompanhamento,
bem como representação nos demais atos e pedidos que se façam necessários à
administração deste mandato, podendo transigir, fazer acordo, firmar
compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do
pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante
repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da
administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares
ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo
também, atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Senador Pompeu-CE, 15/ Agosto / 2014

Antonio Eduardo Canuto do Nascimento
Outorgante



**YAGO PINHEIRO
ADVOGADO**

fls. 49

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Antonio Edmar do Nascimento
, brasileiro, Estado civil Solteiro, portador(a) da Cédula de Identidade
nº 38005093-6 Órgão Emissor _____, inscrito(a) no
CPF sob o nº 891.477.073-72, residente e domiciliado na
Sítio Catolé, Nº 511,
Bairro Zona Rural, Cidade Senador Pompeu, CEP: 63.600.000
declaro que, em função de minha situação financeira, não tenho condições de arcar
com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio
e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da
Lei nº 1.060/50.

Senador Pompeu-CE, 15 / Agosto / 2019.

Antonio Edmar do Nascimento

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Antonio Eduardo Canuto do Nascimento, brasileiro(a),
 estado civil Solteiro, profissão Montador,
 natural de Senador Pompeu, estado Ceará
 nascido aos 11 / 07 / 1978, filho de Geraldo Ribeiro
do Nascimento e Teresinha Canuto do Nascimento,
 portador(a) do RG nº 38005093 - 6 Órgão Expedidor
SP-Sau Paulo CPF nº 891.477.073 - 72, **DECLARO** conforme
 artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Sítio Catolé
Zona Rural
Senador Pompeu - CE

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Senador Pompeu - CE., 15 de Agosto de 20 19.

Antonio Eduardo Canuto do Nascimento
DECLARANTE

SINISTRO 3180508517 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANTONIO EDNARDO CANUTO DO NASCIMENTO**CPF/CNPJ:** 89147707372**Posição em 15-08-2019 10:52:16**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
28/12/2018	R\$ 3.033,45	R\$ 0,00	R\$ 3.033,45