

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, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423825

Vítima: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 03/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARA LINHARES DE MENEZES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423825

Vítima: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 03/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARA LINHARES DE MENEZES

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, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423825

Vítima: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 03/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARA LINHARES DE MENEZES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 04 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190423825**

Vítima: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

Data do Acidente: 03/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARA LINHARES DE MENEZES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

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

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000000752-8

Conta: 0000082672-3

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,





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA

FLS

RUBRICA
DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 563 - 413 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **13/03/2018 15:17:30**

Data / Hora da Ocorrência: **03/03/2018 21:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CEL. FRANCISCO CAVALCANTE**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**

Município: **UBAJARA/CE**

Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO POSTO PIT STOP**

Dados da(s) Vítima(s)

RECEBEMOS

Nome: **CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA**

Nascimento: **15/07/1996** CPF: **621.915.663-32**

RG: **2008387933-6** Orgão Emissor: **SSPDS**

Filiação: **MARIA DE LOURDES DE FREITAS PEREIRA**

Endereço: **RUA JUVÉNCIO LUIS PEREIRA**

Bairro: **CENTRO**

Município: **UBAJARA/CE**

País: **BRASIL**

11 JUL 2019

UF: **CE**

Maria Genivaldo F. Nobre
Coronel da Série E-11
CNPJ 21.437.754/0001-00

CEP: **62.350-000**

Telefone: **(88) 99298-3056**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA DE LOURDES DE FREITAS PEREIRA**

Nascimento: **11/09/1980** CPF: **969.051.313-34**

RG: **2001099111186** Orgão Emissor: **SSPDC**

Filiação: **MARIA CERLI DE FREITAS PEREIRA**

FRANCISCO RODRIGUES PEREIRA

Endereço: **RUA PRAÇA ALFRIZA TOMAZ, 29**

Bairro: **CENTRO**

Município: **UBAJARA/CE**

País: **BRASIL**

Pedro Bastos da Silva
UF:
Escrivão de Policia
M.P. 198.318-1-7

CEP: **62.350-000**

Telefone: **(88) 99298-3056**

Histórico

A DECLARANTE COMPARCEU A ESTA DPC PARA INFORMAR QUE SEU FILHO, QUE TEM NECESSIDADES ESPECIAIS NA AUDIÇÃO E NA FALA, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO CIRCULAVA NA AVENIDA CEL. FRANCISCO CAVALCANTE, SENTIDO CENTRO/BAIRRO SEBASTIÃO GOMES PARENTE, CONDUZINDO SUA BICICLETA TIPO MOTAIN BIKE, MARCA HOUSTON, COR AMARELA/PRETA, MOMENTO QUE AO FAZER A MANOBRA PARA ENTRAR NA RUA 31 DE DEZEMBRO, FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO GM/CELTA 4P LIFE, PLACAS AOH-7416-TIANGUÁ-CE., ANO 2006/2007, COR PRATA, CHASSI 9BGRZ48907G212169, CONDUZIDO PELO PRÓPRIO PROPRIETÁRIO, CARLOS DANIEL COSTA BARROS, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO OPPOSTO; QUE SEGUNDO INFORMAÇÕES DE UM MORADOR PRÓXIMO AO LOCAL DO ACIDENTE, CONHECIDO POR "ZÉ IVAN" O CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORROS À VITIMA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO POR UMA PESSOA CONHECIDO COMO VIGILANTE MANOEL, QUE CHAMOU LIGOU PARA O HOSPITAL E CHAMOU A AMBULÂNCIA; QUE ESTA O CONDUZIU PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE UBAJARA, ONDE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO IVO FERREIRA E DIAGNOSTICADO COM POLITRAUMA E TRANSFERIDO IMEDIATAMENTE PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA NA CIDADE DE SOBRAL-CE., POR ONDE PASSOU POR VÁRIAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 563 - 413 / 2018

CIRURGIAS, PERMANECENDO HOSPITALIZADO ATÉ O MOMENTO; QUE ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA TEM POR FINALIDADE RECORRER AO SEGURO DPVAT E QUE NO MOMENTO NÃO DESEJA REPRESENTAR CONTRA CARLOS DANIEL COSTA BARROS; NADA MAIS DISSE//////////.

Ricardo Bastos da Silva
Escrivão de Policia
M.F. 198.318-1-7

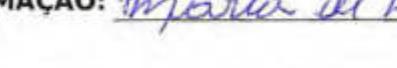
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

 RICARDO BASTOS DA SILVA - MAT.: 198318-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria de Lourdes Grutera Pereira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

 MANUEL RUBANI PONTES SILVA FILHO - MAT.: 133846-1-4

RECEBEMOS
11 JUL 2019
Maria de Lourdes F. Alobre
Manoel Rubani P. S. Filho
Flávia Gomes de Oliveira

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:

621.915.663-32

Nome completo da vítima:

Elairton Henrique de Freitas Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Elairton Henrique de Freitas Pereira

CPF:

621.915.663-32

Profissão:

Recurso
Centro

Endereço:

Rua José Ruyno Pereira

Número:

226

Bairro:

Centro

Cidade:

Alajara

Estado:

CE

CEP:

62.350-000

E-mail:

elairton.laranjinhares@gmail.com

Tel.(DDD):

(88)997294027

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0792 CONTA: 0082672 3

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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: Vítima deixou 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: 22/01/2019
 Nome: Elairton Henrique de Freitas
 CPF: 621.915.663-32

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Elairton Henrique de Freitas
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

RECEBEMOS

Assinatura

11 JUL 2019

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

Elairton Henrique de Freitas
 CPF: 21.457.120/0001-78

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190423825

Nome do(a) Examinado(a): CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOSE RUFINO PEREIRA, 226 -
UBAJARA/CE - CEP 62350-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2008387933-6 - SSP CEARÁ -
19/11/2012

Data e Local do Acidente : 03/03/2018 - AV. CEL. FRANCISCO
CAVALCANTE/ UBAJARA CE

Data e Local do Exame : 30/07/2019 AV. PREFEITO JAQUES NUNES, 1848 -
TIANGUÁ/CE - CEP 62320-000

Resultado da Avaliação Médica

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

**VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUE RESULTOU EM FRATURA DO
RÁDIO DISTAL ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DA TIBÍA DISTAL
DIREITA COM REPERCUSSÃO PARA O TORNOZELO E FRATURA
COMPLETA DA DIÁFISE MÉDIA DA FÍBULA, MAIS TRAUMA
ABDOMINAL.**

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

MEDICAMENTOSO

INTERNAÇÃO - 105 DIAS

TRATAMENTO CONSERVADOR

TRATAMENTO DO RÁDIO - CIRÚRGICO OSTEOPROTESE

TRATAMENTO DO TÍBIA - OSTEOPROTESE COM FIXADOR EXTERNO.

**TRATAMENTO DO TRAUMA ABDOMINAL - LAPAROTOMIA
EXPLORADORA.**

FISIOTERAPIA - 3 SEÇÕES

DATA DE ALTA - JANEIRO DE 2019

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

**CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO DISTAL DE ANTE-BRAÇO MEDINDO
CERCA DE 12 CM, CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO DO ABDOMEM
MEDINDO CERCA DE 25 CM, CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO DISTAL**

DA Perna Direita medindo cerca de 9 cm mais cicatrizes para colocação do fixador externo.

PUNHO ESQUERDO - FLEXÃO - 50°

EXTENSÃO - 40°

DESVIO RADIAL - 20°

DESVIO ULNAR - 30°

TORNOZELO DIREITO - FLEXÃO DORSAL- 10°

FLEXÃO PLANTAR - 20°

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

VITIMA APRESENTA DÉFICITS FUNCIONAL PARCIAL INCOMPLETA COM REDUÇÃO DA ADM 50% E FORÇA MUSCULAR GRAU 3° DEVIDO ATROFIA MUSCULAR DO PUNHO ESQUERDO. REDUÇÃO DA ADM 50% E FORÇA MUSCULAR GRAU 3° DEVIDO ATROFIA MUSCULAR DO TORNOZELO DIREITO. COM RELAÇÃO AO TRAUMA ABDOMINAL NDN.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

PUNHO ESQUERDO

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

TORNOZELO DIREITO

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal

% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

APOS EXAMES E MANOBRAS VERIFICOU-SE QUE A VITIMA APRESENTA DÉFICITS FUNCIONAL PARCIAL INCOMPLETA COM REDUÇÃO DA ADM 50% E FORÇA MUSCULAR GRAU 3º DO PUNHO ESQUERDO, REDUÇÃO DA ADM 50% E FORÇA MUSCULAR GRAU 3º DO TORNOZELO DIREITO. COM RELAÇÃO AO TRAUMA ABDOMINAL NDN.

Jose Eliseu Cerqueira Neto

JOSE ELISEU CERQUEIRA NETO CRM : 7255 / UF :CE



Prefeitura Municipal de Ubajara
Secretaria Municipal de Saúde
"Sua Saúde é a nossa meta"



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

13060005018

UNIDADE DE ORIGEM:

MUNICÍPIO:

DISTRITO SANITÁRIO:

NOME: CLAITON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA PRONTUÁRIO N°

SEXO: M F IDADE: 21

OCUPAÇÃO:

ENDEREÇO:

CENTRO

BAIRRO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente, adulto jovem - licencioso, apresentando edema e dor no ombro direito com sensação de fadiga de membros superiores esquerda e dor nas costas inferiores direitas; fadiga - resultado de exames constante em ambos e em ouro esquerdo

AP: MVJ, sem RA.

Pupilles isocápticas regulares, refletores espontâneos em MGD.

CONDUTA JÁ REALIZADA

Conservante + Immobilização + Hidroterapia + Uso de ATB

IMPRESSÃO/DIAGNÓSTICO: ERGIVZA EXPOSIÇÃO NEM MEMBRATO

NOME DO ENCAMINHANTE

MÉDICO

03/03/2018

21:53

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL

HOSPITALAR

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

ESPECIALIDADE: AVALIAÇÃO

PROFISSIONAL

UNIDADE DE SAÚDE

HORA

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

NOME _____ SEXO: M F IDADE _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA _____

PRONTUÁRIO N° _____

UNIDADE DE SAÚDE _____

RESUMO CLÍNICO

tratamento cirúrgico e politraumatismo

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO: coluna

CONDUTO REALIZADA

CONTRAPARTIDA MUNICIPAL
Márcia Oliveira da Silva
COORDENADORA

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

• PROBLEMA DO PACIENTE JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM

NÃO

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM DIAGNÓSTICO? SIM

NÃO

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Dr. Francisco das Chaves Ferreira

Ortopedista / Traumatologista

ASSINATURA DO/DA CONTRIBUINTE

ASSINATURA DO(A) SECRETARIO(A) M. DE SAÚDE

neiva

FUNÇÃO

Maria Geralda F. Nogueira
Coordenadora de Referência E.
CNPJ 24.287.123/0001-10

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: 30/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00752-8

CONTA: 000000082672-3

Nr. Autenticação

BRADESCO30082019050000000002370075200000082672337500 PAGO

9130983

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei N° 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Parte Valdeirinhó, 150

CEP 60135-040 Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 105 648-3

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

570768407

Rota 12 31130 02 001110 - 2

Data de Emissão 17/04/2019

Nome LARA LINHARES DE MENEZES

End. Postal RU JOSE RUFINO PEREIRA 00000 00000
CENTRO - UBAJARA - 62350000

Medidor 11297987

Poste 0000 C11L

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 062682843-05

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2019	17/04/2019	17/05/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda ao lado desta conta.

Conjunto Fev/2019 EUSD 21,06
Mês DICRI= 0,00 P

ICMS

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

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,19	19,36	20,77	6,12	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	4,00	0,00	0,00
DMIC	2,94			4,93		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
A62B.0FDB.4D26.2810.9F18.3FFD.1355.0500

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

FP	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
	370	347	1,00	23	0,00	0,00	0,31823	15,54
	17/04/19	19/03/19		29 DIAS		30		15,54

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

VALOR (R\$) 15,54

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

-29,98

INDENIZACAO MENSAL DMIC

-0,86

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

15,30

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Geralda F. Nobre
Coronel de Saguas Eirel
030121-007-000001-00



()



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190423825 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIREL
BENEFICIÁRIO CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

CPF/CNPJ: 62191566332

Posição em 06-08-2020 14:26:24

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do 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

30/08/2019 R\$ 3.375,00 R\$ 0,00 R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/10/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	Download
17/08/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	Download
19/07/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download

16/07/2019

ABERTURA DE
PEDIDO DE
SEGURO
DPVAT

(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tYGVGsLG__UGTDnwc__B'api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhHTVlvoz4kH77+cgh3c8Tww=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)



ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A ●



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)



PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)



ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://http://www.seguradoralider.com.br/seguro-dpvat/seguro-dpvat-oficial/>)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
- › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
- › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
- › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
- › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
- › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)
- › Canal de Denúncias (</Contato/canal-de-Denuncias>)
- › Mapa do Site (</Mapa-do-Site>)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)



ENFERMARIA CIRÚRGICA – SÃO JOSÉ

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA** FOI ADMITIDO DIA 04/03/2018 NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL. DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DA SCMS COM SINAIS DE FRATURAS (DESVIO DE EIXO DE MID - FRATURA EXPOSTA - E MSD) INÚMERAS ESCORIAÇÕES E FERIMENTOS PERFURANTE CORTANTE EM ABDOME E EM OMBRO ESQUERDO E TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. FOI SUBMETIDO À LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA (04/03/2018): ACHADOS: MODERADA QUANTIDADE DE CONTEÚDO ENTÉRICO BILIOSO LIVRE NA CAVIDADE ERITONIAL E DISSECANDO O RETROPERITÔNIO DIREITO; LACERAÇÃO DE TERCEIRA PARA QUARTA PORÇÃO LUODENAL (CERCA DE 50% DA ALÇA) COM BORDOS FINOS ISQÊMicos E FRIÁVEIS, HAVENDO HEMATOMA ASSOCIADO. TAMBÉM FOI VISUALIZADA DISSEROSAÇÃO DE COLÓN ASCENDENTE CERCA DE 4 CM COM EXPOSIÇÃO DE CAMADA MUSCULAR. PACIENTE SEGUE ESTÁVEL EM INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO.

SOBRAL 07 DE MARÇO DE 2018

Rafael Bernardo da Silva
Médico
CREMEC 12815

MÉDICO

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Marília Geminácia F. Nobre
Enfermeira de Seguros Eiref
CNPJ:21.487.736/0001-06



LAUDO MÉDICO

CNS: 308.001.300.325.758 Documento: Contato: 01324.0326

Nome do Paciente: Elairton Henrique da Freitas Pereira

Data de Nasc: 35/07/1991 Idade: 21 Sexo: M Estado Civil:

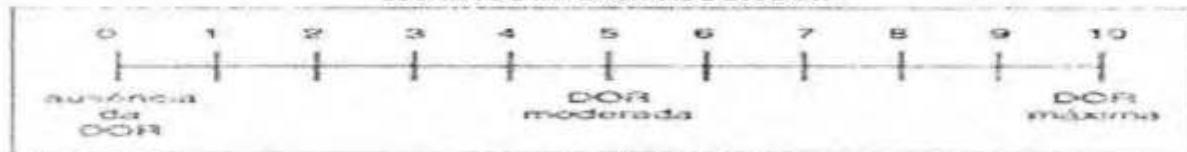
Endereço: Centro ACS:

Mãe: Maria da Conceição da Freitas Pereira Município:

SINAIS VITAIS PESO: PA: T: FR: PULSO: DOR: DX:

ATENDIMENTOS: CLÍNICO () CIRÚRGICO () TRAUMA ()

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA

()

VERDE ()

AZUL ()

Queixa Principal:

H.D.A.: Paciente, acidente carro-bicicleta, apresentando fraturas em esternão e em midí, temor intenso em abdome e em membros esquerdos.

Exame Físico: * Sot 02 = 97% ; FC = 75 bpm
* PACIENTE SURDO MUDO

Diagnóstico: POLITRAUMA

Conduta: TRANSFERÊNCIA

Prescrição Médica

Horário Medicação

Evolução Enfermagem

- ① SRL 1000 ml, com aberto
- ② IMOBILIZAÇÃO
- ③ Ceftriaxone 2g, EV, 1x dia

05/03/2018

Fco. Ricardo de Souza
Aux. de Estatística

2^a VIA05/03/2018
H.M.F.B.C.

Evolução:

Data: 03/03/18 Hora do Atendimento: 21:35 Repcionista: Ana Paula

Dr. Ivo Ferreira
Médico

Assinatura/Carimbo

ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL

Paciente: Clairton Henrique de Freitas
Matrícula: 841067

Fígado: Tópico, com volume total e dimensões normais, móvel às incursões respiratórias, parênquima hipoecóico homogêneo, contornos nítidos e bem delimitados, bordos finos e regulares. Não visualizamos imagens nodulares císticas ou sólidas intraparenquimatosas. As veias supra-hepáticas e os ramos portais têm calibre e anatomia normais.

Vias Biliares: Vesícula cheia, conteúdo anecóico, paredes finas, sem imagens de litíase em seu interior. As vias biliares intra- e extra-hepáticas têm calibre normal. HC: 4,7mm

Pâncreas: Visualizamos cabeça, corpo e cauda pancreáticas, que têm contornos regulares. O padrão ecográfico é homogêneo, sem alterações...

Baço: Tópico, móvel às incursões respiratórias, contornos regulares, padrão ecográfico hipoecóico homogêneo próprio, de volume normal. Ausência de imagens nodulares císticas ou sólidas intra-parenquimatosas.

Rins: Tópicos, simétricos, volume e dimensões normais, contornos nítidos, regulares e bem delimitados. Não visualizamos imagens de litíase ou nodulares císticas ou sólidas intraparenquimatosas. Também não visualizamos imagens sugestivas de hidronefrose.

RD: 95 x 47 x 45mm

C/M: 17mm

RE: 104 x 55 x 49mm

C/M: 16mm

Bexiga: Cheia, conteúdo anecóico, paredes finas, sem imagens de litíase ou crescimento mural em seu interior

Próstata: Volumetricamente Normal

Obs1: Visualizamos pequena imagem hipoanecóica heterogênea no entorno da imagem do dreno tubular retroperitoneal sugestiva de coleção líquida

Obs2: Visualizamos "área" hipoanecóica heterogênea de contornos irregulares e mal definidas localizada medialmente ao grande svasos ilíacos aD sugestiva de coleção líquida retroperitoneal

Conclusão: US Abdominal Total compatível com Líquido Livre? (vestigial) Peritubular (drenogaem) e retroperitoneo da FID.

Centro Clínico de M. da Silveira
CONFIRME COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Sobral, 12 de março de 2018.
RECEBEMOS
11 JUL 2019
Dr. Azevedo
Maria Cecília F. Nobre
Especialista em Ultra-Sonografia Geral
Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia-2176/09
CRM-F/21.487 / PEXX11-07



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FILIADA À CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA.

Sobral, 10 de Maio de 2018

Declaro que o paciente **Clairton Henrique Freitas Perreira**, 21 anos. Peso: 38,100kg, Peso ideal: 56,0250 kg, Altura: 1,50m, com diagnóstico nutricional: Desnutrição Grave. O estado do referido paciente requer uma alimentação hipercalórica e hiperproteica, sendo indicado para seu consumo módulo proteico, sendo a alimentação um fator primordial para nutrir e garantir sua vida, com o atendimento das necessidades calóricas e de macro e micronutrientes.

Tipo de Suplemento:

1) Hipercalórico (módulo de carboidratos para aumentar energia e ajudar no ganho de peso).

2) Módulo de proteína (módulo de proteína indicado para pacientes com necessidades protéicas elevadas ,desnutrição protéica).

Quantidade diária: 2 medidas de cada suplemento (10 g cada)

Quantidade por mês: 2 frascos de cada suplemento (1 kg cada)

Duração: Enquanto paciente recuperar seu estado nutricional.

Obs: Sugiro acompanhamento nutricional/reavaliação.

RECEBEMOS
11 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Cortesia de Sagrada Família
CNPJ:21.497.736/0001-77

Edeyllion Sales
Nutricionista - Residente
CRN 23184/P

Nutricionista

NOME.....: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA
Nº PRONTUÁRIO: 841067 ENF.....: ENF 01 LEITO: 1-2 - SAO JOSE
IDADE: 21 Anos
PERÍODO INTERNAÇÃO.: 06/04/18 à CLÍNICA: CIRURGICA
CIRURGIÃO.....: ENEIVALDO SOARES MORORO
CIRURGIA PRINCIPAL: TORACOSTOMIA C/ DRENAGEM FECHADA

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente admitido na Santa Casa de Sobral no dia 04/03/2018 com história de ter sido vítima de atropelamento com trauma abdominal contuso e fraturas fechadas de perna direita e antebraço esquerdo. Submetido a laparotomia exploradora sendo evidenciada lesão duodenal acometendo um pouco menos da metade da circunferência da alça, sendo raiada e aposicionado dreno sentinela. Deixado em dieta zero e iniciada NPT. Realizada ainda fixação externa de fraturas da tibia e fibula direitas. Seguiu clinicamente estável até evoluir com febre, edema e desconforto respiratório. Reabordado dia 16/03/2018 após tomografia evidenciar aparente coleção extensa em cavidade extendendo-se desde a região de sítio operatório até fossa ilíaca direita. Nova cirurgia diagnosticou lesões necróticas em áreas de dissecação peritoneal próximo a leitos vasculares. Realizada somente lavagem da cavidade e aposicionado novo dreno. Encaminhado a UTI 72 horas após a segunda abordagem, onde permaneceu por cinco dias até retornar a enfermaria com melhora da anasarca e da dispneia. Seguiu com desconforto respiratório chegando a realizar toracocentese devido à derrame pleural volumoso à direita associado a febre. Complicou com pneumotórax após toracocentese sendo submetido a drenagem pleural fechada em selo d'água. Seguiu com melhora progressiva até retirada do dreno dia 09/04/2018. Novos exames de imagem sugeriram derrames residuais inflamatórios em abdome e ambas cavidades pleurais contudo sem indicação de abordagem cirúrgica. Na última semana antes da alta seguiu afebril e com melhora clínico-laboratorial apesar da evidente desnutrição. Antes da alta (dia 19/04/2018) recebeu orientações nutricionais e de retorno ambulatorial precoce. Fratura de antebraço esquerdo consolidada com indicação de reavaliação também ambulatorial pela ortopedia

EXAMES REALIZADOS:

#EXAMES LABORATORIAIS:

(13/04): CR 1,42; CR 40; CA 7,9; K 2,4; NA 134; MG 1,1; HB 9,1; HT 28,1; LEUCO 9650; PLAQ 546000; PT 4,7(ALB 2,7; GLOB 2; RELAÇÃO A/G 1,3)

(15/04): CR 1,4 UR 39 Ca 7,3 K 1,8 Na 129 Mg 1,2 HB 9 HT 27,9 LEUC 7900 BASTÔES 7 PLAQ 652000 PROT. TOTAIS: 4,4; ALB: 2,8; GLOB: 1,6

(17/04): CR 1,2 UR 40 Ca 8 K 3,0 Na 136 PRPT. TOTAIS 4,6 ALB: 2,3 GLOB 2,3 HB 9 HT 27,7 LEUC 6140 PLAQ 590000

#LAUDO DA TC DE ABDÔMEN E DE TÓRAX(10/04/18):

COLEÇÃO LÍQUIDA ORGANIZADA E COM REALCE PERIFÉRICO NO FLANCO DIREITO COM TRAJETO FISTULOSO PARA SUPERFÍCIE CUTÂNEA DE PAREDE ABD. DE FD, APRESENTANDO CONTATO COM A FÁSCIA PARARRENAL ANTERIOR DIREITA, CORRESPONDENDO ABSCESSO

HIDROPNEUMOTÓRAX MODERADO A DIREITA

MODERADO DERRAME PLEURAL A ESQUERDA

TERAPEUTICA UTILIZADA:

#ABORDAGENS CIRÚRGICAS:

45° P.O. DE LAPAROTOMIA EXPOLORATÓRIA (LESÃO DUODENAL RAFIADA + DRENO TUBOLAMINAR SENTINELA)

33° P.O. DE LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA (LIBERAÇÃO DE ADERENCIAS INTESTINAIS)

#MEDICAÇÕES USADAS:

POL1MIXINA (D7); ANFOTERICINA (D7); VANCOMICINA (D20) --> SUSPENSO DIA 05/04; TAZOCINTO (D7)

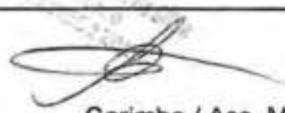
MEROOPENEM (D1); IMIPENEM (D7)

#TORACOCENTESE DE PULMÃO D EM 04/04/18, DRENADO CERCA DE 300 ML DE LÍQUIDO CITRINO

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Sobral, 19 de Abril de 2018



Carimbo / Ass. Médico

Carina Gericinide F. Nobre
Carmesia de Carvalho Exel
CRMJ:21.007.1.62001-06

DIAGNÓSTICO FINAL:

TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO COMPLICADA COM FRATURAS FEC HADAS DE Perna DIREITA E ANTEBRAÇO ESQUERDO

CONDIÇÕES DE ALTA:

- Melhorada Curada Encaminhado ao Ambulatório

RECOMENDAÇÕES:

Retorno para o ambulatório da cirurgia, Dr(a) ENEIVALDO SOARES MORORO com 15 dias.

Buscar laudo da patologia (3112-0574).

Retirar pontos no PSF com dias.

Fazer uso das medicações prescritas.

Seguir recomendações nutricionais.

Aumentar ingestão hídrica.

*Retornar às 14:00h (por ordem
de chegada ao ambulatório do
Dr. Getterson nos dias 02/105
e 16/105
127/106)*

RECEBEMOS

11 JUL 2019

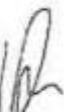
*Maria Gonçalves F. Alves
Centro de Saúde 16
CRMJ:21*

Sobral, 19 de Abril de 2018

Ribeiro, 19/04/2018
Carimbo / Ass. Médico

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Crisostomo de Melo, 919 - Centro - Sobral ,CE

Paciente: CLAITON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA Sexo: F
Procedimento: TORAX+ABDOME TOTAL Idade: 22
Modalidade: CT Prontuário: 841067
Data do estudo: 10/04/2018 16:35:04 Data: 15/04/2018
Convênio:


Dr. Dalton Chaves Alves
CRM-CE 0162

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE

TÉCNICA:

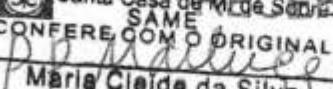
Obtidas imagens por aquisição volumétrica em **tomógrafo multislice**, com o uso de contraste venoso. As imagens foram pós-processadas e analisadas em workstation.

INDICAÇÃO: DESCONFORTO RESPIRATÓRIO PROGRESSIVO APÓS TORACOSTOMIA

LAUDO:

- Bexiga de capacidade normal, contornos regulares, de conteúdo líquido homogêneo. Gordura perivesical preservada.
- Próstata de configuração, contornos e densidade normais.
- Vesículas seminais anatômicas.
- Não há evidências de adenomegalias pélvicas.
- Grande quantidade de líquido livre na pelve.
- Apêndice cecal com aspecto tomográfico usual
- Colecção líquida organizada no flanco e na fossa ilíaca direita, medindo cerca de 6,6 X 2,0 cm e 3,4 x 1,0 cm, respectivamente.

R. Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro, Sobral - CE

 **RECEBEMOS**
Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL

Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Maria Gacineide F. Nobre
Coronha de Sanguros Eireli
CNPJ:21.437.738/0001-00



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
CENTRO DE IMAGEM

Paciente: CLAITON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA Sexo: F
Procedimento: TORAX+ABDOMÉ TOTAL Idade: 22
Modalidade: CT Prontuário: 841067
Data do estudo: 10/04/2018 16:35:04 Data: 15/04/2018
Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

INDICAÇÃO: DESCONFORTO RESPIRATÓRIO PROGRESSIVO APÓS TORACOSTOMIA

TÉCNICA: Aquisição volumétrica, após o uso de contraste venoso.

ANÁLISE:

Hidropneumotórax moderado a direita.

Moderado derrame pleural a esquerda.

Observa-se trajeto de retirada de dreno torácico pulmonar do lobo superior.

Opacidades atelectásicas nos Lobos inferiores e na língula

Não há evidência de lesão consolida ativa ou tumescente no parênquima pulmonar.

Não se observam linfonodomegalias mediastinais.

Aumento do volume cardíaco.

Traqueia e brônquios-fonte pérviros, com calibre normal.

Estruturas vasculares mediastinais com trajeto e diâmetro preservados.

Dr. Dalton C. Melo, Radiologista

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Dr. Dalton C. Melo
Maria Cleide da Silva
COORDEINADORA

RECEBEMOS

R. Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro, Sobral - CE

11 JUL 2018

Maria Cleide F. Nobre
Cachorro de Saquinho Escol
CNPJ:21.447/0001-00

NOME: Cláudia Henrique de Freitas Nº PRONTUÁRIO 841062

SETOR: 5. pôr

ENFERMARIA: Sra. José

LEITO: 1-2

DATA	
06-04	<p># Nutrição</p> <p>Paciente C.H.F, 23 anos, admitido neste setor para acompanhamento clínico e procedimento de traqueostomia com broncoagm plenel fechado. Diátese presente e encopresia presentes (—)</p> <p># Antropometria (—)</p> <p>Peso estimado 27 Kg, peso ideal = 48,36 Kg (Chumlea, 1981), TMC = 13,23 Kg/m² (magreza leve III) OMS, adiposidade CB-1 = 68,40% (desnutrição Grau I)</p> <p>Diagnóstico nutricional = Desnutrição Grau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduz: Paciente encontra-se realizando dieta líquida restrita, exigindo enemas para dieta. Fazendo suplementação conforme orientação. (—) - Segue em acompanhamento clínico e nutrição em 30 dias. (—) <p>Edeyffon Sales Nutricionista-Residente CRN 23.084/P</p>
09-04	<p># Nutrição</p> <p>Paciente, C.H.F, realizando enemas e conduzendo fóntida, enemas para dieta neste setor. Suplementado e com boa evolução (—)</p> <p>Segue em acompanhamento nutricional diário.</p> <p>Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Maria Cleide da Silva COORDENADORA</p> <p>Edeyffon Sales Nutricionista-Residente CRN 23.084/P</p>
10-04	<p># Nutrição</p> <p>Paciente, C.H.F, ocoando, realiza enemas e fóntida com auxílio, encopresia e diátese presentes. Segue com boa evolução da dieta peroral (—) dias eul, acompanhamento nutricional diário. (—)</p> <p>Edeyffon Sales Nutricionista-Residente CRN 23.084/P</p>

11/2019
F. Nobre
CRN 23.084/P
CNPJ 21.487.735/0001-01

16/04/18

AVISO T.O. 1 D.R. (Hasta)

PATRIMONIO VÍTIMA DE FERIMENTO, ESTÁ MORTO
PINTA CIGARRO. GOSTA, COM PR. DE
TUBOS E T.O. COM FUSCA DENTRO E
PA COM RÁDIO (E) COLORADO, STATIONARY
DEPOIS PODEM COMPRAR.

CO: - ADELARDA ESTABILIZADA CLÍNICAS E
NUTRIÇÃO. PESS. ABORDADA EM POR LAZIO (E)
PORA T.O.

Dr. Euclides J. D. Melo
Nutricionista
Fonoaudiólogo - Or. - Fono
CRM-EC 18.728

18/04/18

Nutrição

Reavalição realizada - Nodos antropométrica
Peso: 39,400 Kg; Cintura: 1,50m; IMC = 17,51 Kg/m²
(magreza Grau III) OMS. CB: 19,5 cm (desnutrição da
CB-1 = 68,30) (desnutrição Grau I) (

Diagnóstico Nutricional = Desnutrição Grau I
Conduta: Paciente segue recetando dieta reestruturada,
suplementada em todos os horários, hiper-
calórica hiperproteica, segue com baixa oxida-
ção, oxigênio alto, realizados orientações
de alto peso métr. Sigue em cuidados nutri-
cionais diários. (

Ideylle Safes
Nutricionista Residente
CRM-EC 1847P

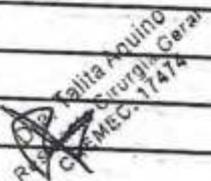
Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Assinatura F. Almeida
Coordenadora de Enfermagem Enfer
CRM-EC 21.087 / Enferm. Enfer

NO ME: Waldemar Henrique de J. Pereira N° PRONTUÁRIO 84/067
SETOR: 5-192 ENFERMARIA: — LEITO: —

DATA	
06/04/13	Lofmoo
06/04/13	# POF #
	transfuso torácico e óstes, com síndrome de grande quantitativo de pr
	sol: foliculo Fx torácico - à sua serra
	 Dr. Talita Aquino Cirurgia Geral CRM: 17474
	 Santa Casa de M. de Subral SAME FOTO ORIGINAL

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

RECEBEREMOS

11 JUL 2019

Paciente: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA Sexo: M
TEC AUGUSTO
Procedimento: Perna Antebraço
Modalidade: DX
Data do estudo: 10/05/2018 10:55:40
Convênio:
Idade: 22
Prontuário: 841067
Data: 13/05/2018

Raio X de perna direita (AP e perfil)

Laudo:

- Fratura da diáfise média/distalda tibia fixada com aparato metálico externo.
- Fratura completa da diáfise média da fibula .
- Demais aspectos conservados.



Dr. Gerson Bruno Góes de Souza Lima
Médico Radiologista CRM-CE: 17945
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Radiologia AMR

RECEBEMOS

R. Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro, Sobral - CE

11 JUL 2019

Marisa Gomes de F. Nobre
Coronel da Esquadra E-4
CNPJ:21.457.744/0001-11

Paciente: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA Sexo: M
TEC AUGUSTO
Procedimento: PERNA ANTEBRACO
Modalidade: DX
Data do estudo: 10/05/2018 10:55:40
Convênio:
Idade: 22
Prontuário: 841067
Data: 13/05/2018

Raio X de antebraço esquerdo (AP e perfil)

Laudo:

- Fratura desalinhada da diáfise do rádio com sinais de consolidação.
- Fratura da apófise estiloide ulnar.
- Luxação radio-ulnar distal.
- Fragmento cárneo projetado nas partes moles adjacentes a ulna.
- Partes moles sem alterações.



Dr. Gerson de Araújo Góes de Souza Lima
Médico Radiologista CRM/CE 10913
Médico Titular da Clínica Dr. Góes de Sobral/CE AMM

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Cláudia Henrique de Freitas Pereira N° PRONTUÁRIO 841067
SETOR: 3º Piso ENFERMARIA: LEITO:

DATA	NOTAS
21/05/18	07:35 - Admitido ao setor Sulbomby e os procedimentos Cruz susb em histero Alberto Wendell E. de Moura Técnico de Enfermagem COREN-CE 1012828-TE
	07:36 - Desafio p/ Ss Alberto Wendell E. de Moura Técnico de Enfermagem COREN-CE 1012825-TF
	07:40 - Recebido uma 306. para submeter-se a procedimento cirúrgico. Leio em decúbito de ventosas. Calmo, paciente, mundo-muito. Com humor humor amontoado em M3 (0), instalada histerotacose uterina com 380,98 de 1000 ml. Com M9E, mobilizado, com altura de croupom envolvido. Com fíbula externa em M5 (0). Instalação monitorização: SPO2 100%; P: 129 bpm - PA: 144x95 mmHg. — — — IMPÁCIO
	07:48 - Desabilitado hombra (de bloco) para realizar roquianterapia pelo Dr. Jardim. — — — IMPÁCIO
	07:56 - Posicionado em decúbito dorsal, v. alçada contínua e anapneia e tricôto mia na M5 e M5 (0) — — — IMPÁCIO
	08:10 - Início do procedimento cirúrgico — — — IMPÁCIO
	08:45 - Finalizado procedimento cirúrgico pelo Dr. Chagas, num intercâmbio — — — IMPÁCIO
21/05/18	08:52 - Encaminhado para SRPA, em marca, a fim realizar procedimento cirúrgico. Calmo e contente, sob efeito de anestésicos. RECEBEMOS humor humor, montado em M3 (0). Com curvatura em moyra clínica em funda, com curvatura + fíbula externa em M5 (0). SPO2: PA: 123x77 mmHg; P: 107 bpm; SPO2 100% — — — IMPÁCIO
21/05/18	08:57 p/ ult da Ss para SPPA após realizar pro

Santa Casa de N. de Sobral
SANTACASA DE SOBRAL
COMPLEXO HOSPITALAR
Maria Cereide de Sá
COORDENADORA

11/05/2019
08:57:00
Eiret
08:57:00

NOME: Wanton Henrique de Frutas Nº PRONTUÁRIO 841061
 SETOR: 6 jardim ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA

21/05/18

Exame de sangue eletroforese de hemoglobina;
 exame de sangue com glicose e urina;
 exame de sangue com glicose e urina;

COREN-CE 967.642
 TEC. DE ENFERMAGEM
 EGO, Renan Silva

21/05/18

09:15 cliente transferido para enfermaria
 1101

Renan Silva
 TEC. DE ENFERMAGEM
 COREN-CE 967.642

09:22 Vindo do BE p/ continuar tratamento.
 Exame, acertado, orientado. Prestados aux
 09:22 de enfermagem. P.E. Positivo

MATRIZ PRONTUÁRIO DE SORTE
 AUXILIAR DE ENFERMAGEM
 COREN-CE 280282

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Matilde da Silva
 COORDENADORA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Clairton Henrique De Freitas Pereira ,necessita de 15 dias de
Licença para tratamento de saúde.

C.I.D.: T07 - Traumatismos Multiplos Nao Especificados

Dr. Euclides J. D. Mattos
Médico Residente
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 18.728

Sobral, 21/05/2018

Assinatura do Médico e Carimbo

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Gonçalves F. Nobre
Carmoza de Sanguin Eireli
CNPJ: 21.437.730.0001-05

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo: Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro

Telefone: (88) 3112 - 0400 Cidade: Sobral UF: Ceará

Paciente: Clairton Henrique De Freitas Pereira

Endereço: Rua Jose Agapito Pereira, Nº 0 - Centro

Prescrição:

Cetoprofeno 100mg – 21 cp. ; Tomar 1 cp. de 8/8 hs por 7 dias

Cefalexina 500mg – 60 cp. ; Tomar 1 cp. de 6/6 hs por 15 dias

F
CENTRO DE SAÚDE
ENTREGUE
5/10/11
Dr. Euclides J. D. Mattos
Médico Residente
Traumatologia - Ortopedia
CRM/CE 18.728

Data: 24/05/2018

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Marisa Gomes de F. Almeida
Centro de Saúde São José
CRMJ 21.487.7. # 22.1...

RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Clinton Henrique + frutos seco

ATESTADO OFICIAL

vítima: 41

dia 03/03/18.

03 04/03/18 com
+ Fratura exposta
não (①)

feito desbridamento
ant + fixado onto
cicr osteosíntese
coração 10/06/
ant trânsito
não ci emento

prefeitura Municipal de Ubajara
prefeitura Municipal de Ubajara
Bairros: Centro, Centro, Centro
CNPJ: 07.725.341/0001-07

Rua Juvenal Luis Pimentel, 514 - Centro
CEP: 62.350-000 - Ubajara - CE
CNPJ: 07.725.341/0001-07

Ubajara

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
VIA FAXIMILÉ

RECEBIMENTO

11 JUL 2018

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____
CRM: _____
CBO: _____

Plano de Tratamento:
Endereço: _____
Prescrição: _____

Obs: _____
Data: _____

Identificação do comprador:
Nome: _____
CPF: _____

paciente evoluiu com dor nas
espalha, mala inferior (02) suspeita
esguicho / 2018

RECEBIMENTOS

11 JUL 2018

Maria Gaciranda F. Alves
Coronel de Vila Pinto
CNPJ: 07.725.341/0001-07



RECEBEMOS

11 JUL 2019

Patrícia Gómez de F. Alves
Correadora de Seguros Fone:
CNPJ 21.487 / 04-0001-0



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
621.915.663-32

Nome
CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

Nascimento
15/07/1996
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECEBEMOS

11 JUL 2019

María Gacimonde F. Alvaro
Correadora de Sacaros Erei
CNPJ:21.487.735/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

LARA LINHARES DE MENEZES



O TERRITÓRIO NACIONAL

1225800061

DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF

2005028042443 SSP

CE

CPF

062.682.843-05

DATA NASCIMENTO
02/06/1994

FILIAÇÃO

ANTONIO GERARDO
FURTADO DE MENEZES
MARIA LUCIELMA
LINHARES DE MENEZES

PERMISSÃO



ACC



CAT.HAB.

B

Nº REGISTRO

06154425719

VALIDADE

04/06/2019

1ª HABILITAÇÃO

20/08/2014

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Gessinide F. Nobre
Carteira de Saguaro Elet
CNPJ:21.387.140001-02

PROIBIDO PLASTIFICAR

1225800061

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Lara S. L. de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SOBRAL, CE

DATA EMISSÃO

21/03/2016

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

53511105580
CE149725710

ASSINATURA DO EMISSOR

DETTRAN-CE (CEARA)

REGISTRO NACIONAL DE TRANSITO

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Gacineida F. Alves
Corretora de Seguros E.
CNPJ:21.457/122211-2

**USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)**

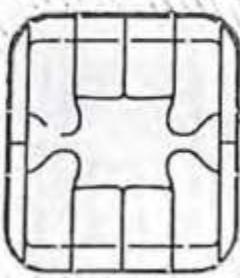
TEM PÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

14590719



ASSINATURA DO PORTADOR

卷之三



RECEBEMOS

卷之十一

MAESTRA GASTONNE F. ALZOLA
CARRERA 22 DE SABANAS, EXCE.
C.P. 110-21. 40777. 00000-0000

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADA

LARA LINHARES DE MENEZES



38513

ANTONIO GERARDO FURTADO DE MENEZES
MARIA LUCIELMA LINHARES

SATURALIDADE
UBAJARA-CE

RG
2005028042443 - SSP/CE

OCADOR DE ORGÃOS E TECÍDOS
SIM

DATA DE NASCIMENTO

02/06/1994

CPF

062.682.843-05

VIA
EXPEDIDO EM

01
23/02/2018



Marcos
MARCELO MOTA GURGEL DO AMARAL
PRESIDENTE

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.457.745/0001-10

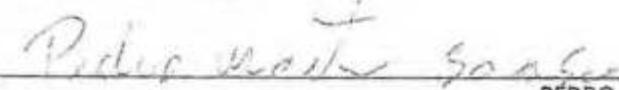
Registro de Ouvidoria – N°051/2018

NOME DO(A) PACIENTE: CLAIRTON HENRIQUE PEREIRA
CIDADE DO(A) PACIENTE: UBAJARA
NOME DO(A) RECLAMANTE: PEDRO MOITA SOUSA
NOME DO(A) DENUNCIADO(A): SÃO JOSE
CONTATO: (88) 9 9339 1355
DATA DA SOLICITAÇÃO: terça-feira, 8 de maio de 2018
TIPO DE OCORRÊNCIA: Reclamação
REFERÊNCIA/MOTIVO:
DATA DE RETORNO:

Senhora Ouvidora,

O paciente ficou internado na São José durante 1 mês e 15 dias. Paciente sofreu acidente e permaneceu internado, foram feitas cirurgias necessárias e dado alta, tem aproximadamente uns 20 dias que ele está em casa. Paciente está com os ferimentos se agravando em casa, braço inchado, saindo pus nos pinos e ferros da cirurgia e Dr. Chagas nem sequer visitou paciente enquanto estava internado e agora preciso trazer-lo e disseram que tenho que pagar a consulta, pois depois que sai de alta não tem como ser de graça. Quer dizer que ele passou todo esse tempo internado não teve atenção do médico e agora preciso pagar para ajeitar o que o Dr. Chagas fez?

Atenciosamente,


PÉDRO MOITA SOUSA

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Cotmara de Saquros Eksf
(CHPJ:21.487.736/2011-06)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423825 **Cidade:** Ubajara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS **Data do acidente:** 03/03/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
PEREIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DISTAL DIREITA
TRAUMA ABDOMINAL

Descrição do exame físico: CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO DISTAL DE ANTE-BRAÇO MEDINDO CERCA DE 12 CM, CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO DO ABDOMEM MEDINDO CERCA DE 25 CM, CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO DISTAL DA PERNA DIREITA MEDINDO CERCA DE 9 CM MAIS CICATRIZES PARA COLOCAÇÃO DO FIXADOR EXTERNO.
PUNHO ESQUERDO - FLEXÃO - 50° EXTENSÃO - 40° DESVIO RADIAL - 20° DESVIO ULNAR - 30°
TORNOZELO DIREITO - FLEXÃO DORSAL- 10° FLEXÃO PLANTAR - 20°

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO DO RÁDIO - CIRÚRGICO OSTEOSÍTESE TRATAMENTO DO TÍBIA - OSTEOSÍTESE COM FIXADOR EXTERNO. TRATAMENTO DO TRAUMA ABDOMINAL - LAPAROTOMIA EXPLORADORA. FISIOTERAPIA - 3 SESSÕES DATA DE ALTA - JANEIRO DE 2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM PUNHO ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM PUNHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Plantão Henrique de Freitas Pereira, brasileiro(a), estado civil: solteiro
Profissão: desempregado, portador(a) do RG 21093779-3-6, órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 621 915 663-32, residente no(a) Rua Seni Biruna Pereira
nº 51N, bairro: Pentro, município: Ilheoflora I.C.E.

OUTORGADO:

Nome: Lara Lúthariz de Menezes, brasileiro(a), estado civil: solteira
Profissão: advogada, portador(a) do RG 20050-2804-443 órgão expedidor SSP/CE
e do CPF: 062.632-893-05, residente no(a) Rua José Ruyana Pereira
nº 511, bairro: Centro, município: Ilheajá CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Planton Henrique de Freitas Pereira
CPF 621.915.663-32 data do acidente: 03/10/2018 Cobertura: Imobilizado 8

Local e data: Almada, 11 de junho de 2019 Cobertura: imobiliária e Despesas judiciais

Assinatura do autor

Assinatura do outorgante (Reconhecer firma por autenticidade)



RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço (ass.) Firmado de
CLAIRTON KURIBI-
WUF DE FREITAS
TE REIRA

VALIDO SOMENTE COM O
Selo de AUTENTICIDADE

RECEBEMOS

11 July 2019

DADOS DE QUEM ASSINA A BOGO/SE HOUVERE:

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS	
1º Nome:	<hr/>
CPF:	<hr/>
_____ Assinatura	
TESTEMUNHAS	
2º Nome:	<hr/>
CPF:	<hr/>
_____ Assinatura	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235066/19

Vítima: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

CPF: 621.915.663-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2018

Titular do CPF: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LARA LINHARES DE MENEZES : 062.682.843-05

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

CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA : 621.915.663-32

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: 11/07/2019
Nome: LARA LINHARES DE MENEZES
CPF: 062.682.843-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

LARA LINHARES DE MENEZES

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA DE LOURDES DE FREITAS PEREIRA
 End. Leitura: RU JOSE RUFINO PEREIRA, 226, CENTRO
 Cidade: UBAJARA

CEP: 62350-000

End. Entrega:

Cidade:
 Local: 011 Setor: 002 Quadra: 0166 Lote: 0328 CEP:
 Subsector: 00 Subquadra: 00 Compr: 0000

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m ³)	Média Semestral(m ³)
AGUA	A15F067663	369	381	12	12

DATAS

Leitura Atual: 02/08/2019 | Emissão: 02/08/2019 | Lacre Água: 3240859
 Leitura Anterior: 02/07/2019 | Próxima Leitura: 03/09/2019 | Lacre Esgoto:

08/2019

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Claro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	027	027	010	027	027
Analysadas	027	027	027	027	027
Em conformidade	027	027	027	027	027

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

RODA
 MULTA DE 2%
 JUROS DE 0,033% AO DIA
 DIF. AGUA LIMINAR 07/19

HISTÓRICO DE VOLUME

Valor R\$	Jan/19	Agosto/19	Esgoto/19
50,76			0
0,92	JAN/19	Agosto/19	0
0,11	MAR/19	14	0
4,53	ABR/19	12	0
	MAI/19	11	0
	JUN/19	11	0
	JUL/19	11	0

RECEBEMOS

22 AGO 2019

Maria Cecília F. Nóbrega
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ 21.487.744/0001-14

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Princípios	0,54
COFINS	2,69

VALOR DO SERVIÇO

VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
VALOR TOTAL A PAGAR	56,32

Valor R\$ 56,32

 0,00
 56,32

 MÊS/ANO
 08/2019

 VENCIMENTO
 02/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,32

I: 358299056308635 L: 0406 H: 09 55 13 R: 083 P: 001



Central de Atendimento
 Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
 conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Entidades Reguladoras: ANFOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e
 Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais
 localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do
 Ceará: 0800 275 3830. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 3830, nas lojas de atendimento, de
 8h às 17h, no site www.arce.ce.gov.br, nas lojas de atendimento, de
 8h às 12h e 13h às 17h.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **3190423825** 3 - CPF da vítima: **621.915.663-32** 4 - Nome completo da vítima: **Clánton Henrique de Freitas Pereira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **Clánton Henrique de Freitas Pereira** 6 - CPF: **621.915.663-32**
 7 - Profissão: **Aposentado** 8 - Endereço: **Rua José Ruyano Pereira** 9 - Número: **226** 10 - Complemento: **1º piso/loja 06**
 11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Ilhabela** 13 - Estado: **São Paulo** 14 - CEP: **62.350-000**
 15 - E-mail: **adv.laranjinhares@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(18) 997294027**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: **Maria de Lourdes Freitas Pereira** 18 - CPF do Representante Legal: **969.051.313-34** 19 - Profissão do Representante Legal: **Doméstica**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<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: 0792 CONTA: 0082672
AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Dedico, 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

22/10/2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou residuo (viventes)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, Ilhabela, 19 de agosto de 2019	Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)