
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

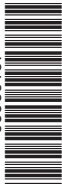
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Pag. 00393/00394 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14585184

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



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, retorne 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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA

FLS. _____

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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)**Nome: **CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA**Nascimento: **15/07/1996** CPF: **621.915.663-32**RG: **2008387933-6**Orgão Emissor: **SSPDS**Filiação: **MARIA DELOURDES DE FREITAS PEREIRA**Endereço: **RUA JUVÊNCIO LUIS PEREIRA**Bairro: **CENTRO**Município: **UBAJARA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99298-3056**

11 JUL 2019

UF: **CE**

Maria Goreide F. Nobre
Corretora de Seguros E...
CNPJ: 21.437.742/0001-00

CEP: **62.350-000****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**CEP: **62.350-000**Telefone: **(88) 99298-3056**

UF:
Ricardo Bastos da Silva
Escrivão de Polícia
M.F. 198.318-1-7

Histórico

A DECLARANTE COMPARECEU 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 OPOSTO; 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

Maria de Lourdes Freitas Pereira



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 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/////////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE UBAJARA

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

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature]
RICARDO BASTOS DA SILVA - MAT.: 198318-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *maria de Lourdes gomes pereira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

RECEBEMOS

11 JUL 2018

*maria Carminda F. Abreu
Delegada de Polícia
11/07/2018 15:43:13*

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: Clairton Benrique de Freitas Pereira

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

Nome completo: Clairton Benrique de Freitas Pereira CPF: 621.915.663-32
Profissão: Recusado Endereço: Rua José Rufino Pereira Número: 226 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Ubatuba Estado: CE CEP: 62.350-000
E-mail: adn.lanalinhares@gmail.com Tel.(DDD): (88) 997294027

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

RENDA 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 OPÇÃO 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: 0752 8 CONTA: 0082672 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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: Ubatuba / 29/01/2019
Nome: Clairton Benrique de Freitas
CPF: 621.915.663-32

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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 quem será exigido o comparecimento de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Maria Goreide F. Noor
CPF: 21.457.12000-0

**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 TIBIA 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 OSTEOSÍNTESE

TRATAMENTO DO TÍBIA - OSTEOSÍNTESE 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°
DEVIO 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

TORNOZELO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 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:

DISTRITO SANITÁRIO:

MUNICÍPIO:

NOME: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

PRONTUÁRIO Nº

SEXO: M ☒ F ☐

IDADE:

21

Ocupação:

ENDEREÇO:

CENTRO

BAIRRO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente, acidente com - bicicleta, apresentando edema e dor no tornozelo direito; trauma de membros superiores esquerdo e em membros inferiores direito; trauma de membros superiores direito e em membros inferiores esquerdo.

RESULTADO DE EXAMES

AP: MVJ, com RA.

Pupílas isocóricas e reagentes; Reflexo = 97%;

Conduta já realizada

Analgesia + Imobilização + Hidratação Vaginal + ATB

IMPRESSÃO DIAGNOSTICADA

FRATURA EXPOSTA DE MEMBRADO INFERIOR DIREITO

NOME DO ENCAMINHANTE

MÉDICO

FUNÇÃO

03/03/2018

DATA

21:53

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL

HOSPITALAR ☐

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

ESPECIALIDADE AVALIAÇÃO

PROFISSIONAL

HORA

UNIDADE DE SAÚDE

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

NOME

UNIDADE DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE SAÚDE

SEXO: M ☐ F ☐

IDADE

PRONTUÁRIO Nº

RESUMO CLÍNICO

Tratamento cirúrgico de politraumatismo

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO

politrauma

CONDUTA REALIZADA

COORDENADOR

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 2018

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

Dr. Francisco das Chagas Pereira

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

FUNÇÃO

Maria Gorete F. Nogueira
Coordenadora de Saúde Bucal E.O.
CHP/24 2017/2018

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

BRADESCO3008201905000000000023700752000000082672337500 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 Nº 10.438
de 26 de abril de 2002

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

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 no verso desta conta.

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

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A62B.0FDB.4D26.2810.9F18.3FFD.1355.C5C0

| | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC | 5,19 | 10,36 | 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 | | |

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|-------------|------------------|-------------|
| 370 | 347 | 1,00 | 23 | 0,00 | 30 | 0,51825 | 15,54 |
| 17/04/19 | 19/03/19 | | 29 DIAS | | | | 15,54 |

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO
INDENIZACAO MENSAL DMIC
COB. SALDO FATURA ANTERIOR

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Genineide F. Nobre
Gerente de Serviços Elétricos
CNPJ 21.417.700/0001-06

VALOR (R\$)
15,54
-29,98
-0,86
15,30



(/)



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 | https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/k1p0K+UT6WwMoqljgURapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhHTVlvoz4kH77+cgh3c8Tww= |
| 17/08/2019 | NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO | https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/___39cNhqtsojp3zLLqhFLapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhHTVlvoz4kH77+cgh3c8Tww= |
| 19/07/2019 | INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE | https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8nSRciEicOX5kNz2f6x8lwap_i_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhHTVlvoz4kH77+cgh3c8Tww= |

| | | |
|------------|------------------------------------|--|
| 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-Medicinas.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-Efetuos.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://www.facebook.com/SeguradoraLiderDPVAToficial/>)
(<https://www.instagram.com/seguradoraliderdpvat/>)
(<https://twitter.com/SeguradoraLiderDPVAT>)
(<https://www.youtube.com/channel/UCB3Dd3BvT0f1aTl%3ADderdpvat>)

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 \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)



**SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL**

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 PERFURO 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 PERITÔNIAL E DISSECANDO O RETROPERITÔNIO DIREITO; LACERAÇÃO DE TERCEIRA PARA QUARTA PORÇÃO DUODENAL (CERCA DE 50% DA ALÇA) COM BORDOS FINOS ISQUÊMICOS 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

**María Goreteide F. Nobre
Enfermeira de Serviços Especializados
CRMJ 21.457.724-0001-06**



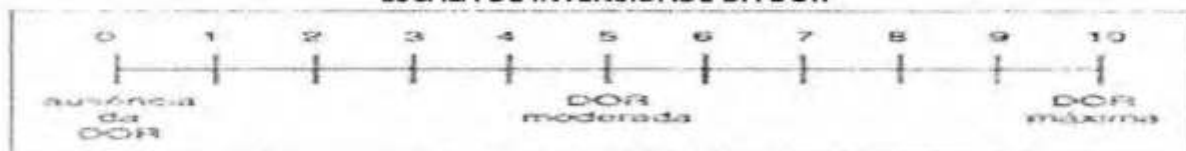
LAUDO MÉDICO

CNS: 898.002.300.325.758 Documento: _____ Contato: 9324.0346
Nome do Paciente: Clairton Henrique de Freitas Pereira
Data de Nasc: 25/07/1996 Idade: 21 Sexo: um Estado Civil: _____
Endereço: Centro ACS: _____
Mãe: Maria de Lourdes de 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 com - bicicleta, apresentando fraturas em antebraço e em mão, trauma contuso em abdome e em ombro esquerdo.

Exame Físico: • SatO₂ = 97% ; FC = 75 bpm ;
• PACIENTE SURDO MUDO

Diagnóstico: POLITRAUMAConduta: TRANSFERÊNCIA

Prescrição Médica

Horário Medicação

Evolução Enfermagem

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

05/03/2018

Fco. Ricardo de Souza
Aux. de Estatística

2ª VIA

05/03/2018

H.M.F.B.C.

Evolução:

Data: 03.03.18 Hora do Atendimento: 21:35 Recepcionista: lauro

Dr. Ivo Ferreira
Médico

Assinatura/Carimbo

ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMINAL TOTAL

Paciente: Clairton Henrique de Freitas
Matrícula: 841067

Fígado: Tópico, com volume total e dimensões normais, móvel às incursões respiratórias, parênquima hipoeecóico homogêneo, contornos nítidos e bem delimitados, bordos finos e regulares. Não visualizamos imagens nodulares císticas ou sólidas intra-parenquimatosas. 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 hipoeecóico 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 ipoanecóica heterogênea no entorno da imagem do dreno tubular retroperitoneal sugestiva de coleção líquida

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

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

Conferência de M. da Sobral
COI-FERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Sobral, 12 de março de 2018.

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Dr. Agnaldo
Especialista em Ultra-Sonografia Geral
Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia - 2176/09
Dr. Cecineide F. Nobre
Clínica de Sangre Efele
CNPJ 21.457.738/0001-02



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 diário: 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 Goreide F. Nobre
Coordenadora de Serviços Externos
CNPJ: 21.497.734/0001-22

Edeysson Sales
Nutricionista - Residente
CRN-23184/P

Nutricionista

NOME.....: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA IDADE: 21 Anos
Nº PRONTUÁRIO: 841067 ENF.....: ENF 01 LEITO: 1-2 - SAO JOSE CLÍNICA: CIRURGICA
PERÍODO INTERNAÇÃO.: 06/04/18 à
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 rafiada e aposicionado dreno sentinela. Deixado em dieta zero e iniciada NPT. Realizada ainda fixação externa de fraturas da tíbia e fíbula 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 estendendo-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 dispnéia. 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 BASTÕES 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 EXPLORATÓRIA (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; TAZOCIN(D7)
MEROPENEM (D1); IMIPENEM (D7)

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

RECEBEMOS

11 JUL 2018

Sobral, 19 de Abril de 2018



Carimbo / Ass. Médico

Maria Goreteide F. Nobre
Cirurgiã de Sobral
CRM 21.007.1.000-05

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 02/05
e 16/05
127/06/*

RECEBEMOS

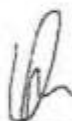
11 JUL 2018

Maria Gorete F. Almeida
Coordenadora de Enfermagem
CRMJ 21.487.1-1

Sobral, 19 de Abril de 2018

Ribeirão Preto, 19 de Abril de 2018
Médico
CENEC 0018

Carimbo / Ass. Médico



Dr. Daniel Chaves Aguiar
RADIOLÓGICO

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
- Coleção 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.

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 língua

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

Não se observam linfonodomegalias mediastinais.



Aumento do volume cardíaco.

Traqueia e brônquios-fonte péricardiais, com calibre normal.

Estruturas vasculares mediastinais com trajeto e diâmetro preservados.



Dr. Daniel Chaves Anjos
RADIOLÓGICO

 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Maria Cláudia de Silva
COORDENADORA

RECEBEMOS

NOME: Claiton Henrique de Freitas Nº PRONTUÁRIO 811062

SETOR: 5.ª pr ENFERMARIA: São José LEITO: 1-2

| DATA | |
|-------|---|
| 06-04 | <p># Nutrição</p> <p>Paciente C.H.F, 21 anos, admitido neste setor para acompanhamento clínico e procedimentos de terapêutica com drenagem pleural fechada, diurese presente e auscultações presentes (—)</p> <p># Antropometria #</p> <p>Peso estimado 27 Kg, peso ideal = 48,36 Kg (Chumlea, 1988), TMC = 13,23 Kg/m² (mapa de pesos III) OMS, adiposidade CB-1 = 68,40% (desnutrição grave) (—)</p> <p>Diagnóstico Nutricional = Desnutrição Grave</p> <p>- Conduta: Paciente encontra-se recebendo dieta líquida restrita, segue evolução para dieta líquida suplementada conforme orientação. (—)</p> <p>- Segue em acompanhamento diário e reavaliação em 24 horas. (—)</p> <p style="text-align: right;">Edeyffon Sales Nutricionista Residente CRN 23161/P</p> |
| 09-04 | <p># Nutrição</p> <p>Paciente C.H.F, realiza alimentação e conduta prescrita, evolução para dieta líquida suplementada e com lactação (—)</p> <p>Segue em acompanhamento nutricional diário.</p> <p style="text-align: center;">Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Mário Cláudio da Silva COORDENADOR</p> <p style="text-align: right;">Edeyffon Sales Nutricionista Residente CRN 23161/P</p> |
| 10-04 | <p># Nutrição</p> <p>Paciente C.H.F, somado, realiza alimentação com auxílio, auscultações e diurese presentes. Segue com dieta líquida suplementada por via (oral) diária oral, acompanhamento nutricional diário. (—)</p> <p style="text-align: right;">Edeyffon Sales Nutricionista Residente CRN 23161/P</p> |

MOS

2019

F. Nobre
Coordenador de Enfermagem
CRN 121.487.7

16/04/18

ATENDIMENTO T.O. 1 DR. CHAGAS
ANAMNESE - VÍTIMA DO ASSASSINATO 1ª VÍTIMA
RUA CIGARRA, 666, em Fz de
TUBIA 1ª em FZ de EXTREMO 6
em RÁDIO 666, 666, 666
ASSASSINATO (CUBICA)
CO. - ABORDAGEM ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA &
NUTRICIONAL PARA ABORDAR em 1ª VÍTIMA (666)
POA T.O.

Dr. Eudécio J. D. Santos
Nutricionista Residente
Tratamento - Or. 10 dia
CREMEC 18.728

18-04-18

Nutrição

Realização realizada. Dados antropométricos
Peso: 39,400 Kg; altura: 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 recebendo dieta por via
oral, suplementada em todos os horários, hiper-
calórica hiperproteica, segue com boas acen-
tuções, secundando alta, realizado orientações
de alta para mãe. Segue em cuidados nutri-
cionais diários. (--- " ---)

Edeylla Sales
Nutricionista Residente
CRM 14847P

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
pp. 11/11/18
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

RECEBEMOS

11 JUL 2018

Maria Esterneira F. Nobre
Coordenadora de Enfermagem Exter
CRM 121.487 / 2011.00

NOME: Valdison Henrique de J. Pereira

Nº PRONTUÁRIO 841067

SETOR: 5-192-

ENFERMARIA: -

LEITO: -

DATA

06/04/19

Exame

06/04/19

PDI

Prontuário torácico a direita, com
saída de grande quantidade de
pus

col: Relato P.x torax
- A 800 mm

Dr. Talita Aquino
R. Cirurg. Geral
CRM-17474

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
pp. m. silva
Marie Cleide da Silva
COORDENADORA

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Santa Casa de M. de Sobral
Santa Casa de Seguros Exel
CRM 21.437.728/001-06

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

Prontuario: 841067

Data: 13/05/2018

Raio X de perna direita (AP e perfil)

Laudos:

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



Dr. Genes Brito Gonçalves Sousa Lima
Médico Radiologista CRM-CE 17947
Membro Titular da Comissão Brasileira de Radiologia AMB

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Goreteide F. Alôva
Coordenadora de Serviços Ex-
CNPJ: 21.457.746/0001-00

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
Prontuario: 841067
Data: 13/05/2018

Raio X de antebraço esquerdo (AP e perfil)

Laudos:

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



Dr. Genesio de Araújo Gomes de Sousa Lima
Médico Radiologista (RBM) 110411
Membro Titular e Colaborador do Instituto de Radiologia AMB

NOME:

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Cartão Henrique de Faria Loren Nº PRONTUÁRIO 841067

SETOR:

Эпопея

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

21105118

0735, Amuleto Co St Sao Sullom de u
20, Pradimento Cruz, Spach em
Mora

Alberto Wendell E. de Moura
Técnico de Enfermagem
COREN-CE 1012828-TE

07:36 *Charles* p 5

Alberto Weidell E. de Moura
Técnico de Enfermagem
COREN-CE 4012828-TF

07:40 - Recebido via 306, para submeter-se a procedimento cirurgico. Ulio em estado de reclusão. Calma, paciente, mudo-mudo. Com aceno a um monitorado em M3(1), instalada hi-dratante e uma com SPO 9% de 100 ml. Com M3E, mobilizado, com altura de crepe en-salvado. Com fixador externo em M5(2). Insta-lada monitorização. SPO 2 100%; P: 129 bpm; PA: 144 x 95 mmHg. ——— " ———

07:48 - Disponibilizado bandeja de bloqueio para realizar requisição pelo Dr. Gonder-son.

07:56 - Paciente em decubito dorsal, re-
aligada com injeção e compressa e tricotomizada na MS D e MS A

08:10 Inicio do procedimento cirurgico

08:45 - Finalizado procedimento de cancelamento pelo Dr. Chagas, sem intercorrimentos.

2105148

78:52- Encaminhado para ZRPA, em anexo, a-
pós realizar procedimento cirúrgico. Calmo.

acumulado, mantido em 1190. Com curati-
m com propagação clíaca esquerda, com curati-
deputar, externo.

mmHg: P: 147/6 mm; SP02 100%

24105118

28:57 Pot uma da 50 para SPHA após realizar pro-

210518
Santa Casa de M. de Sobrad
COPIA ORIGINAL
Maria Ceide da Silva
COORDENADORA

RECEBEMOS

1 JUL 2019
123 x 77
24 x 77
291 040

NOME: Charlton Henrique de FreitasNº PRONTUÁRIO 841061SETOR: 5 psiquiatria

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

21/05/18 exclusivamente em um único episódio - se colou
acidente; com a pupila mantida no mes-
mo tamanho no MID com sinais de
um episódio com febre, gl. suprar-
renal das endócrinas de enferma-
ria.

Fco. Renan Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 967.642

21/05/18 09:15 cliente transferido para enfermaria
na

Fco. Renan Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 967.642

09:22 Unidade de BE para continuar tratamento
de acordo com a prescrição. Prestados cuidados
de enfermagem. PE Positivo

MIRIA ROBERTA DE SOUZA
AUXILIAR DE ENFERMAGEM
COREN-CE 289282

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
Marta Cleide 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 Múltiplos Não 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 Goreteide F. Nobre
Coordenadora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.437.734/0001-06

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

**CENTRO DE SAÚDE
ENTREGUE**
25/05/18

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

Carimbo e Assinatura do Médico

Data: 24/05/0018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Goreteide F. Albone
Coordenadora de Serviços Externos
CRM 21.487.7.4/2019



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Clinton Henrique de Faria e Silva

ATESTADO OPUNT

vítima de

dia 03/03/18.

em 04/03/18 com
+ fraturas expostas
na mão @

feito de sutura
na mão direita e na
mão esquerda

feito o tratamento
com analgésico e 15/06/

feito tratamento
na mão esquerda

paciente evoluiu com dor na
região da mão esquerda (op) / Susman
05/06/2018

RECEBEMOS

11 JUL 2018

Maria Gabriela F. Silva
Coordenadora de Saúde Bucal
CNPJ 21.447.144/0001-07

Prefeitura Municipal de Ubajara
Secretaria Municipal de Saúde
Rua São João, 111 - Centro
CNPJ: 07.725.541/0001-07

CNPJ: 07.725.541/0001-07
Rua Juvenal Luis Pereira, 594 - Centro
CEP: 66.250-000 - Ubajara-CE

Ubajara

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE

11 JUL 2018

Maria Gabriela F. Silva
Coordenadora de Saúde Bucal
CNPJ 21.447.144/0001-07

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome

CPF

CRM

Endereço

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

CPF

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo

Assinatura

Carimbo



RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Goreteide F. Nogueira
Corretora de Seguros E-1-1
CNPJ: 21.487.184/0001-00



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

Maria Gorethide F. Alcover
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.735/0001-02

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

NOME

LARA LINHARES DE MENEZES



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

O TERRITÓRIO NACIONAL
1225800061

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Guimaraes F. Nobre
Carteira de Seguros Eret
CNPJ: 21.887.150/0001-06

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Lara de Carvalho de Fereze

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SOBRAL, CE

DATA EMISSÃO

21/03/2016

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

53511105580
CE149725710

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN/CE (CEARA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Gacineide F. Albre
Corretora de Seguros E...
CNPJ: 21.457.1...

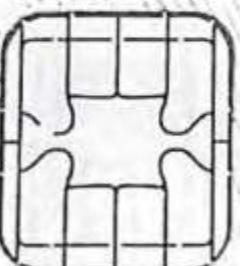
USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

14590719



ASSINATURA DO PORTADOR



OBSERVAÇÕES

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Gorete F. Moura
Carteira de São José, ERE
Cadastrado em 11/07/2019



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

NOME

LARA LINHARES DE MENEZES

38513

FILIAÇÃO

ANTONIO GERARDO FURTADO DE MENEZES
MARIA LUCIELMA LINHARES

NATURALIDADE

UBAJARA-CE

DATA DE NASCIMENTO

02/06/1994

RG

2005028042443 - SSP/CE

CPF

062.682.843-05

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

VIA - EXPECIDO EM

SIM

01 23/02/2018

Marcelo Nota

MARCELO NOTA GURGEL DO AMARAL
PRESIDENTE

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Gercinanda F. Nobre
Corredora de Seguros Etna
CNPJ: 21.487.746/0001-06

Registro de Ouvidoria – Nº051/2018

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,



PEDRO MOITA SOUSA

RECEBEMOS

11 JUL 2019

Maria Gerineide F. Nobre
Coordenadora de Seguros Elétricos
CNPJ: 21.487.732/0001-05

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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° DEVIO ULNAR - 30°
TORNOZELO DIREITO - FLEXÃO DORSAL - 10° FLEXÃO PLANTAR - 20°

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO DO RÁDIO - CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE TRATAMENTO DO TÍBIA - OSTEOSSÍNTESE 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: Plairton Henrique de Freitas Pereira brasileiro(a), estado civil: solteiro
 Profissão: desempregado, portador(a) do RG: 2108337933-6, órgão expedidor SSP/CE
 e do CPF: 621.915.663-32, residente no(a) Rua José Rufino Pereira
 nº 514, bairro: Centro, município: Ubaiana CE

OUTORGADO:

Nome: Lara Lins Barros de Menezes, brasileiro(a), estado civil: solteira
 Profissão: advogada, portador(a) do RG: 20502804443 órgão expedidor SSP/CE
 e do CPF: 062.632.843-05, residente no(a) Rua José Rufino Pereira
 nº 514, bairro: Centro, município: Ubaiana 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 Plairton Henrique de Freitas Pereira CPF 621.915.663-32 data do acidente: 03/03/18 Cobertura: Smalidez e

Local e data: Ubaiana, 11 de junho de 2019

Despesas indicadas

Plairton Henrique de Freitas Pereira

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECONHECIMENTO DE FIRMA
 Reconheço a firma de PLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA
 em 11 de 06 de 19
 Em test. 10 da verdade

VALIDO SOMENTE COM O
 CARIMBO DO OFÍCIO DE AUTENTICIDADE
 Arredondo Melo Pessoa
 Escrevente Substituto
 Cartório da 1ª Ofício do Tabelião
 de Ubaiana - CE

RECEBEMOS

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

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

Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS
 1º Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura
 TESTEMUNHAS
 2º Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235066/19

Vítima: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

CPF: 621.915.663-32

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 03/03/2018

Titular do CPF: CLAIRTON HENRIQUE DE FREITAS PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

LARA LINHARES DE MENEZES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190423825 3 - CPF da vítima: 621.915.663-32 4 - Nome completo da vítima: Clairton Benrique de Freitas Pereira

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

5 - Nome completo: Clairton Benrique de Freitas Pereira 6 - CPF: 621.915.663-32

7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua José Rufino Pereira 9 - Número: 226 10 - Complemento: 1º período de saúde

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Ilhabela 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 62.350-000

15 - E-mail: adhe.loralinhores@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (88) 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 19 - Profissão do Representante Legal: Doméstica

18 - CPF do Representante Legal: 969.051.313-34

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0752 8 CONTA: 0032672 3

(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

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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 22/08/2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Maria de Lourdes Freitas Pereira

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou assinatura (ou rubrica)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 - ☐ Imprescritível ☐ Prescritível ☐ Prescritível ☐ Prescritível ☐ Prescritível

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ilhabela, 19 de agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria de Lourdes Freitas Pereira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Maria de Lourdes Freitas Pereira 43 - Assinatura do Procurador (se houver)