
Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200242487

Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

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



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200242487

Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200242487

Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000919

Conta: 000002515-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 757.454.293-72 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 757.454.293.72
7 - Profissão: MOTOTAXISTA 8 - Endereço: RUA CAP. INACIO PRATA 9 - Número: 00 10 - Complemento:
11 - Bairro: TAIBA 12 - Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62670-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 996333354

DADOS CADASTRAIS

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:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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)

AGÊNCIA: 0919 CONTA: 2515 0 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 a 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Entou cliente 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.

NÃO ATUALIZADO

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, SÃO GONÇALO DO AMARANTE - CE 07/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) * Francisco Lauriano Moreira do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 1283 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/05/2020 16:10:49**
Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2020 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DEPUTADO BARROS PINHO, CENTRO - SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**
Ponto de Referência: **PRAÇA DA JUVENTUDE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO**
Nascimento: **29/11/1977** CPF:
RG: **2001020048628** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA SOLIDADE MOREIRA DO NASCIMENTO**
AUGUSTO CAMELO DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA CAPITÃO INÁCIO PRADO SEM NUMERO**
Bairro: **TAIBA**
Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNY7800** Uf: **CE** Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE**
Chassi: **9C2KD0810HR410527** Renavam: **1106261582** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **AZUL** Proprietário: **Francisco lauriano moreira do nascimento**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora cima descrito, pilotava a moto já mencionada acima quando atropelou um cachorro; que o declarante perdeu o controle da moto e caiu ao solo e na queda fraturou a tíbia esquerda; Que o declarante foi levado ao hospital municipal de São Gonçalo por uma ambulância do próprio hospital municipal e posteriormente foi transferido para o hospital de Caucaia onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-S

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Francisco Lauriano Moreira do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 757.454.293-72 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 757.454.293.72
7 - Profissão: MOTOTAXISTA 8 - Endereço: RUA CAP. INACIO PRATA 9 - Número: 00 10 - Complemento:
11 - Bairro: TAIBA 12 - Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62670-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 996333354

DADOS CADASTRAIS

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:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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)

AGÊNCIA: 0919 CONTA: 2515 0 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 a 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Entou cliente 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.

NÃO ATUALIZADO

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, SÃO GONÇALO DO AMARANTE - CE 07/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) * Francisco Lauriano Moreira do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 02/04/2020		HORÁRIO: 13:20		PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()																							
PACIENTE: F ^o Luciano Moreira do Nascimento																											
NOME DA MÃE: Maria da Solidade Moreira do Nascimento																											
DATA DE NASCIMENTO: 25/11/1977		CARTÃO DO SUS: 70920323746																									
IDADE: 43		SEXO: M () F ()		RG: 7574542997292255552																							
ENDEREÇO: R. Doença Morais																											
BAIRRO: São Gonçalo do Amaral		CIDADE: Ceará		ESTADO: CE																							
FUNÇÃO: Faltante		FUNCIONÁRIO: 132																									
ACOLHIMENTO																											
QUEIXA PRINCIPAL: Admissão da UPA São Gonçalo (HD: Fx fechada diáfana de 4cm)																											
CLÍNICO () CIRURGIÃO () TRAUMATOLOGISTA (X) PEDIATRA ()																											
SINAIS VITAIS																											
ESCALA DE DOR ADULTO																											
<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td colspan="3">SEM DOR</td><td colspan="3">DOR LEVE</td><td colspan="3">DOR MODERADA</td><td colspan="2">PIOR DOR POSSÍVEL</td></tr></table>						0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
SEM DOR			DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSÍVEL																		
HORA: 13:42		PA: 166x99		TEMP: —		SpO2: 98%		F.C: 96bpm		GLICEMIA: —																	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO						CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:																					
VERMELHO () LARANJA () AMARELO (X) VERDE () AZUL ()						[Carimbo]																					
ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO																											
HORA: 13:42		HISTÓRIA CLÍNICA:																									
Paciente relata quadro de dor no joelho, com início das dores no joelho esquerdo																											
DIAGNÓSTICO INICIAL:																											
Interno para tratamento																											
CONDUTA:																											
[Assinatura]																											
EXAMES SOLICITADOS:																											
LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS ()																											
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: [Assinatura]																											

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00919

CONTA: 000000002515-0

Nr. da Autenticação D593152656FB0706



Novo Fficial - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Sólida Unipol 114°

080292648

Companhia Energética de Ceará
Rua Pólo Velho, 110, Fortaleza CE | CEP 01330-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEF 06.058.49-3
para ler nº 15.428 de 20 de abril de 2022

Esta é a sua conta de

04/2020

Nome FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Endereço RUA CAP INACIO PRATA 00000 00000

Qualificação Residencial Plano

Modicidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 5943260-ELE-626 - SG735UJ06

757.484.285-72

DATA RESERVAÇÃO AO CONTROLE FISCAL

2566.84F5.346B.71B6.318C.5946.F7B1.DA72

20/04/2020

DATA EMISSÃO

20/04/2020

0,00

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

20/04/2020

Forneça o número de identificação da empresa e o nome do titular do contrato de fornecimento de energia elétrica para a emissão da conta de energia elétrica. O titular do contrato de fornecimento de energia elétrica é o responsável pelo pagamento da conta de energia elétrica.

COPIA PARA O CLIENTE

FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO
RUA CAP INACIO PRATA 00000 00000
S GONCALO DO AMARANTE TAIBA
62670-000

5943260-ELE-626
SG735UJ06
8229834
20/04/2020

Enel & VOCÊ
Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196
www.enel.com.br

CONDIÇÕES

As condições de fornecimento de energia elétrica são regidas pelo Regulamento de Fornecimento de Energia Elétrica (RFE) e pelo Regulamento de Tarifação de Energia Elétrica (RTE).

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIATURAS

Enel: Companhia Energética de Ceará
RTE: Regulamento de Tarifação de Energia Elétrica
RFE: Regulamento de Fornecimento de Energia Elétrica

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 285 0196: Número de telefone para contato

www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente



LEGENDA

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

Enel & VOCÊ: Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 285 0196: Número de telefone para contato
www.enel.com.br: Site oficial da Enel

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 02/04/2020	HORÁRIO: 13:20	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()	
PACIENTE: F ^{co} Luciano Moreira do Nascimento			
NOME DA MÃE: Maria da Solidade Moreira do Nascimento			
DATA DE NASCIMENTO: 25/11/1977	CARTÃO DO SUS: 10920323746	TÍTULO: SIM () NÃO ()	
IDADE: 43	SEXO: M (x) F ()	RG: 157 454 299 72	TELEFONE: 9225-5552

ENDEREÇO: R. Doença morais			
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	FUNCIONÁRIO:
São Gonçalo do 2	Caruaru -	CE	132

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: Admissão da UPA São Gonçalo (MD: Fx fechada disjunta d

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SEM DOR		DOR LEVE	DOR MODERADA	PIOR DOR POSSIVEL	
HORA: 10:42	PA: 166 x 99	TEMP: —	SpO2: 98%	F.C: 96bpm	GLICEMIA: —

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:
VERMELHO()	LARANJA()	AMARELO(<input checked="" type="checkbox"/>)
VERDE()	AZUL()	

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO

HORA:	HISTÓRIA CLÍNICA:
-------	-------------------

Parente relata quadro de
vômitos hoje, com febre de
38,5 no ponto febril.

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Interno para tratamento
urgente

Cyrlenei Santos Freitas
Técnica - Fisiologista - Ortopedista
"MEEC 7.161 RQE 2544 SBO 19651"

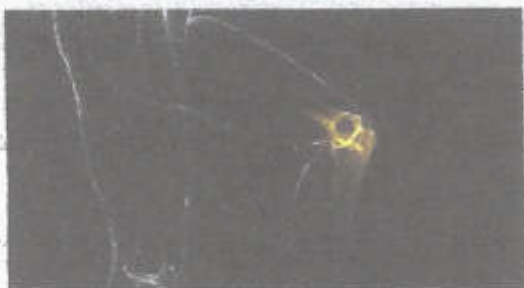
CONDUTA: buona

Cyriel Santos Freitez
Tram. 20101812 - Ortopedia
"FALC 7101 RQJ 2594 SEP 0901"

EXAMES SOLICITADOS:	
---------------------	--

LABORATORIAIS () RAIO X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS () _____ () _____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: 



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **02/04/2020**. **SOFREU FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA**. PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA, SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR RESIDUAL, EDEMA (PRINCIPALMENTE APÓS ESFORÇO FÍSICO), E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO. APRESENTA AINDA, DÉFICIT DE FORÇA E DIFICULDADE EM REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 70% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

DATA: 07/07/2020

Jr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
TEOT 12042 - ROE 5137
CRM 10184

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

**SUS**Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

37085

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Luciano Gomes dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701920323746516381

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/11/77

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DA SOLIDADE MOREIRA DON

11 - TELEFONE DE CONTATO

85924118249

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. DADA MORAN

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

S-G- AMARATÉ

14 - COD. IBSSE MUNICIPAL

23-12.40462674000

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura dos ossos do pé e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente de complexão

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

Fratura de 4º e 5º falange

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura dos ossos do pé e

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Cydnel Santos Freitas
Fisioterapeuta - Ortopedia

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/04/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Cydnel Santos Freitas
Fisioterapeuta - Ortopedia
CRM 6242**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ EMPRESA

39 - CNES DA EMPRESA

40 - CDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14/04/20

48 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Vanderlan Pereira
Médico Assistente
CRM 6242

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

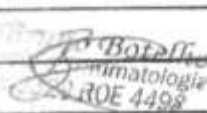


GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 37085

NOME: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO					
DATA DE NASCIMENTO: 29-11-77	IDADE: 43	COR: PARDOS	SEXO: M	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	NATURALIDADE: S. E. AMARANTE
Nº IDENTIDADE:		Nº CPF:		CERT. NASCIMENTO Nº:	
PAIS: MARIA DA SOLIDADE MOREIRA DO NASCIMENTO					
ENDEREÇO DO PACIENTE: Rua D. O. A. M. A. S.					Nº:
BAIRRO:	MUNICÍPIO: Caucaia			FONE:	
NOME DO RESPONSÁVEL: JURACI -				FONE: 4922552.52	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
DATA DE ADMISSÃO: 02/09/20		HORA DE EMISSÃO: 14:26 h		FUNCIONÁRIO: R	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: Frente dos ossos de peso R					
EXAME FÍSICO:					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
ASSINATURA Cyndei Santos Freitas FONE: 4922552.52 RQE 259/2009					

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>Francisco Lauriano Moreira do 1º</u>			Nº Reg.
Data da Cirurgia: <u>06/04/20</u>	Enf.	Leito	
Cirurgião: <u>Bruno Botelho</u>	1º Auxiliar: <u>Diego</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista: <u>Walter Jr.</u>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fussum do Arter Bto.</u>			
Tipo de Operação: <u>Tuss. cirurgico Fussum do Arter Bto.</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>O mesmo</u>			
Relatório Imediato do Patologista: <u>Ø</u>			
Exame Radiológico no Ato: <u>Não</u>			
Acidente durante a Operação: <u>Não</u>			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras			
<u>Apresenta dor</u>			
<u>Assimétrico - Anterior</u>			
<u>do lado direito do T3/T4</u>			
<u>movimento por dor</u>			
<u>atraso do movimento</u>			
<u>esta situação com dor + pontos</u>			
<u>Hemostase + limpar</u>			
<u>Sutura por dor</u>			
<u>Cirurgia este</u>			
 Bruno Botelho Cirurgião ROE 4498			

H.M.A.G.R.	HOSPITAL MUNICIPAL CAUCAIA		ENFERMEIRA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA	NOME João Laureano M. Halar		IDADE	SEXO	COR		
DATA 6-4-20	PRES. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁTIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO				ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL		ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA							
APLICADAS ÀS			EFEITO				
Agentes Anestésicos	Q2					INDUÇÃO	
Líquidos						Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____ Laringe _____ Espasmo _____ Lenta _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____	
CÓDIGO VP Arterial o Puls O - Respiração A x Anestesia O Ocorrência	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 40 20					MANUTENÇÃO	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Anestesia Satisf. S _____ N _____ Não por que? _____	
POSICÃO	P.A. sent. dd				DESPERTAR Reflexos na S.O.		
AGENTES					Obstr. CO2 Exercit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____		
TÉCNICA	Rápida ag 21 dim 04				CONDIÇÕES		
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES	Dr. Paulo M. Diego				CÔNULAS		
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES	Complicações pré-operatória, operatórias e pós-operatórias				PERDA SANGÜÍNEA		
① Difim ag (17.10h)							

Idade: 15620014180

FICHA DE REFÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES - HOSPITAL GERAL LUIZA ALCANTARA SILVA

NOME PACIENTE FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO
NOME MÃE MARIA DA SOLIDADE MOREIRA DO NASCIMENTO
RESPONSÁVEL FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO
SEXO MASCULINO DATA NASCIMENTO 29/11/1977 OCUPAÇÃO
ENDEREÇO RUA DOCA MORAIS 00
BAIRRO PALESTINA

RG

Dr. Raimundo
CORREÇÃO DE
31-03-2020

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Em 02/04/2020 fratura fechada diafisária de tibia esquerda por queda de moto.
Ausência de TCE, Trauma de face, tórax e abdômen.

RESULTADO DE EXAMES

Fratura diafisária de tibia esquerda.

CONDUTA REALIZADA

Internação e imobilização

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura fechada de tibia esquerda

PROF. SOLICITANTE RAIMUNDO NOGUEIRA OLIVEIRA NETO
CPF 01638434301
CRM/CRO CRM:13728-CE
Dr. Raimundo Oliveira
Traumatologia e Ortopedia
CREMEC 13.728 / TEOT 16.802

Ass. e Carimbo do(a) Médico(a)

09:07

DATA 02/04/2020

AGENDAMENTO

ENCAMINHAM. PARA ATEND - AMBULATORIAL () | HOSPITALAR () | AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ()

PROCEDIMENTO

PROFISSIONAL

UNIDADE DE REFERÊNCIA

DATA 02/04/2020 09:07

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1491121098

Nome
FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / DATA EMISSÃO DE
2001070048828 **809DC** **CE**

CPF
757.454.293-72 DATA NASCIMENTO
29/11/1977

PAIS
AUGUSTO CAMELO DO NASCIMENTO
MARIA DA SOLIDADE MOREIRA DO NASCIMENTO

PERMISSÃO

ACC

CATEG

AD

Nº REGISTRO
04269516632

VALIDADE
24/05/2022

1ª HABILITAÇÃO
07/01/2008

OBSERVAÇÕES

CMTX;
CMTF;
EAR;

Francisco Lauriano Moreira do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
09/06/2017

[Assinatura]
IGOR VASCONCELOS MONTE

75948507521
CE159613884

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

1491121098

CEARÁ

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200242487

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA CAPITAO INACIO PRATA, , 62.670-000, TAIBA, São Gonçalo do Amarante/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 200102004828

Data e local do acidente: 02/04/2020 - São Gonçalo do Amarante/CE

Data e local do exame: 21/07/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura diafisária da tíbia esquerda, contusão em face e contusão torácica.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação da fratura da tíbia, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, sem déficit de movimentos respiratórios. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior esquerdo, com redução da força e mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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 (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequelas permanentes" (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.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

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

Periciado evolui com prejuízo importante dos movimentos do membro inferior esquerdo, encurtamento e deformidade em varo. Apresenta marcha claudicante e diminuição de força do membro.


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200242487 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/04/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da tíbia esquerda, contusão em face e contusão torácica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, sem déficit de movimentos respiratórios. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumprir frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura diafisária da tíbia esquerda, contusão em face e contusão torácica, conforme documentos de pronto atendimento de 02/04/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura da tíbia, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no membro inferior esquerdo apresentou redução da força e mobilidade. Com relação às demais lesões, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior esquerdo, em grau médio, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/07/2020

Conduta mantida:

Observações: Periciado evoluiu com prejuízo importante dos movimentos do membro inferior esquerdo, encurtamento e deformidade em varo. Apresenta marcha claudicante e diminuição de força do membro.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200242487 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/04/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @PÁG 2.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189853/20

Vítima: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NAS

CPF: 757.454.293-72

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 02/04/2020

Titular do CPF: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO : 757.454.293-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2020
Nome: FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 757.454.293-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

FRANCISCO LAURIANO MOREIRA DO NASCIMENTO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA