

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190532704 Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

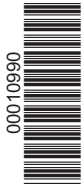
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532704

Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

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, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532704

Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

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\$ 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: ERIVAN SILVA CARVALHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 1560

Conta: 0000021626-7

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



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532704

Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

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\$ 5.395,95

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 32.1%

% Invalidez Permanente DPVAT: (32.1% de 70%) 22,47%

Valor a indenizar: 22,47% x 13.500,00 = R\$ 3.033,45

Recebedor: ERIVAN SILVA CARVALHO

Valor: R\$ 5.395,95

Banco: 104

Agência: 000001560

Conta: 0000021626-7

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.



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: 950321851-91 Nome completo da vítima: Erison Silva Carvalho

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

Nome completo: Erison Silva Carvalho CPF: 950321851-91
Profissão: Relaxou Endereço: Rua Nereide Número: 04398 Complemento: _____
Bairro: LT Granja Lisboa Cidade: Lauro de Freitas Estado: CE CEP: 61661-170
E-mail: _____ Tel.(DDD): 98866-0468

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: 1560 13 CONTA: 21626 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Aracaju - CE 06/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Erison Silva Carvalho
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



0319264119

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Av. Dom Almeida Lustosa, 1520, Parque Albano - Caucaia - Ceará - Cep 61.845-900 - CNPJ 15.031.063/0001-41 - INSC 14.724.700

AUTENTICACÃO
No 1A 559012 AMR

Cartório Jurema - Tel. 85-3237-1870
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabeliã

Certifico que a presente cópia fotostática é reprodução fiel do original
Do que dou fé. Caucaia-CE 31 de julho de 2019

Se(a): 569012-1 **Francy Genova da Silva Barros de Sousa - Escrevente**
Carimbo: 771336 Total: R\$2,56 Pedido: 81

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

SELO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Oficiala
do Distrito de Jurema
Av. Dom Almeida Lustosa 1520
Pq Albano - Jurema - Caucaia
(85) 3237 1870
(85) 8778 1318



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019518186



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301-2540/2019

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Evandro Alves de Souza

VISTO DO DELEGADO(A):

Bel. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
P.T. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Av. Dom Almeida Lustosa, 1520, Parque Albano - Caucaia - Ceará - Cep 61.645-000 - CNPJ 15.071.522/0001-52 - CNES 14.728-4

Cartório Jurema - Tel. 85-3237-1870
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabeliã

Certifico que a presente cópia fotostática é reprodução fiel do original
Do que dou fê. Caucaia-CE 31 de julho de 2019

Selo(s): 569013-IA...
Francy Genova da Silva Barros de Sousa - Escrevente
Carimbo: 771337 Total: R\$2,56 Pedido: 81

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
DELEGADO DE POLÍCIA
EVANDRO ALVES DE SOUZA
P.T. 14699

LIBIA CORRETORES DE SEC. LTDA.
16 SET, 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

950321851-91 Emerson Silva Carvalho

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

Nome completo: Emerson Silva Carvalho CPF: 950321851-91
Profissão: Relaxou Endereço: Rua Neride Número: 04398 Complemento:
Bairro: LT Granja Lisboa Cidade: Lauro de Freitas Estado: CE CEP: 61661-170
E-mail: Tel. (DDD): 98566-0468

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: 1560 13 CONTA: 21626 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Apuruz - CE 06/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Emerson Silva Carvalho
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA


Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Erivan Silva Carvalho** - C.P.F. - **950.321.851-91**, no dia **25/06/2019**, às **09h02min**, na **Avenida Historiador Raimundo Girão**, no **Bairro Praia de Iracema**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.


Documento requerido por meio do Processo nº **P783085/2019**.

Fortaleza, 24 de Julho de 2019.

Atenciosamente,


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat : 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

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: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.395,95

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVAN SILVA CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01560

CONTA: 000000021626-7

Nr. da Autenticação 37A9EAD084D15187

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: 14/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVAN SILVA CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01560

CONTA: 000000021626-7

Nr. da Autenticação 5CB2D2EB385B1A91

Assi qd x m - 03/18
Assi qd x m - 21/18

Nº do Cliente:
9109835

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

enel

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

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº
CAS05R15
Rota **DELIA NE BATISTA CARVALHO**
Nome **RU NEREIDE, 04398, LOTEAMENTO GRANJA LISBOA,**
Endereço **61661-170, CAUCAIA**
Classificação **Residencial Pleno**
Modalidade Tarifária **B1 RESIDENCIAL**
Ligação **Monofásico**

Referência **08/2019**
Emissão **10/08/2019**
Medidor **3100553-NAN-270**

ÁREA RESERVADA AO FISCO
510924E4094635FE62B083EDB4D25A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)
P.F.: 29 dias
Anterior: 12/07/2019 Atual: 10/08/2019 Próxima prevista: 02/09/2019
MED AGO JUL JUN MAI ABR MAR FEV JAN DEZ NOV OUT SET AGO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	14,985	14,883	1,00	102	00	102	0,80794	82,41

DADOS DO FATURAMENTO		TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC		-	25,08
CONSUMO		0,80794	82,41
ADICIONAL BAND. AMARELA		0,01471	1,50
ADICIONAL BAND. VERMELHA		0,02078	2,12

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	86,03	27,00	23,22
PIS	86,03	1,35	1,14
COFINS	86,03	6,16	5,29

VENCIMENTO **10/09/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$) **111,11**

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ **023.032.193-37**

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitted kg (CO₂) **39,82** Compensado kg (CO₂) **0,00** Consciência Ecológica (%CO₂) **0,00%**

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 13/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 10/08

UBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

16 SET. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 574945973

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
MAI/2019Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2200371

DV 1

VENCIMENTO

27/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,65

Rota 34 020009 50 077000

Medidor

Poste

Nome ALDAMIRA FERREIRA MESQUITA

9559648

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

VL DOS PAGOS 00000 DT TAPERA AQUIRAZ 61700000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ

900.815.443-91

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

29379

29275

1

104

0

104

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

19/06/2019

Prev. Próxima
Leitura

19/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8718.F893.6141.0D12.06F9.EFA5.7BA6.CC39

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

80,78

Alíquota

27%

Valor do Imposto

21,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZAÇÃO TRIMESTRAL DIC

-0,23

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

13,10

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,95)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

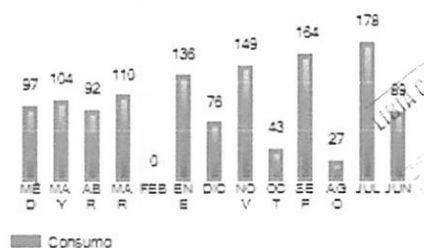
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,33

Conjunto AQUIRAZ

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	1,27	16,75	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	3,00	0,00
DMIC (h)	2,86			1,27		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2200371-1

N° da Nota Fiscal: 574945973

Total a Pagar (R\$): 93,65

Data de Emissão:

29/05/2019

Referência: MAI/2019

N° de Controle: 0002200371 00223 4346 2 94

83860000000-0 93650031000-7 00022003710-8 02234346259-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bruna Hesquita Monteiro
inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.336.133 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Ercuan Silva Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 950321851 / 91
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ercuan Silva Carvalho
inscrito (a) no CPF sob o Nº 950321851 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>VL DOS pagéis</u>	Número: <u>51N</u>	Complemento:
Bairro: <u>DT Topera</u>	Cidade: <u>Aguiar</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail:	Tel.(DDD): <u>985088158</u>	

Local e Data: Aguiar - CE 06/09/2019

Bruna Hesquita Monteiro
Assinatura do Declarante

LIBR. COPIETORA DE SUSEP
16 SET. 2019
PAB



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-783085/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 08	PONTO DE APOIO: UFE	Nº DA OCORRÊNCIA: 2200
DATA: 25/06/19	TURN: MT	EQUIPE: Jacqueline e Romão / maior
NOME: Crivara Silva Carvalho	IDADE: 60a	SEXO: MASC
ENDEREÇO: Av. Autoridade Rm Girasol	BAIRRO: Praia Iracema	
REFERÊNCIA: Posto de Gasolina Praia Iracema	QUY: 09:54	QUU: 10:38
QTY: 08:42	QUY: 09:02	QUU: 10:38
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colúscas		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

<input checked="" type="checkbox"/> PERVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR: _____
---	-------------------------------------	------------

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____
<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO				
<input type="checkbox"/> AGÔNICA / AUSENTE				

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
LOCAL: _____		<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
		<input type="checkbox"/> SECA		
		<input type="checkbox"/> QUENTE		
		<input type="checkbox"/> FRIA		

D Neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)		
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6
	À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
	À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4
	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
	TOTAL: 15	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2
			NENHUMA <input type="checkbox"/> 1
	PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		
	<input type="checkbox"/> ALTERADAS		

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA			
FC: 70	PA: 140 x 80	FR: Eupneico	GLIC: _____
OXIM: 99%	TEMP: _____		

QTY: DESLOCAIMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUT: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



43808319

PROFISSIONAL DE ATENDIMENTO À SAÚDE

NOME: JOÃO CARLOS DATA: 10/08/2010
 SOBRENOME: ALVES IDADE: 30
 SEXO: MASC ENDEREÇO: AV. ANTONIO DE
 NÚMERO: 123 CITY: 08
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: CONSULTA

RESUMO DE EXAME E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

HISTÓRIA DO CASO: ☐ RESUMO ☐ NÃO RESUMO
 EXAME FÍSICO: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
 EXAME LABORATORIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE

SINAIS E SINTOMAS: ☐ FIEBRE ☐ TOSSIDE ☐ DOR
 EXAME FÍSICO: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME LABORATORIAL: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

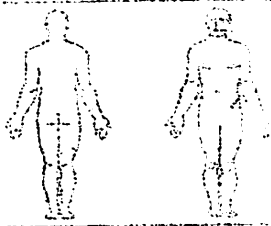
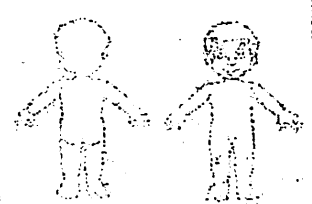
EXAME FÍSICO: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME LABORATORIAL: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME DE COMA DE SANGUE - A BUNDO (H) (CONTINUA)

EXAME FÍSICO: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME LABORATORIAL: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME DE COMA DE SANGUE - A BUNDO (H) (CONTINUA)

EXAME FÍSICO: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME LABORATORIAL: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME DE COMA DE SANGUE - A BUNDO (H) (CONTINUA)

EXAME FÍSICO: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME LABORATORIAL: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME DE COMA DE SANGUE - A BUNDO (H) (CONTINUA)

EXAME FÍSICO: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME LABORATORIAL: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO
 EXAME DE COMA DE SANGUE - A BUNDO (H) (CONTINUA)



PRESCRIÇÃO MEDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão moto/moto, apresentando
sus? de fratura de clavícula do HMO + laceração
no peito 10" suturável. paciente alerta + orientado, ver.
balanço, nega síncope.
paciente apresentando sus? de fratura de tornozelo do
pe 5".

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE:

HDEAM

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DESTINO:

Tratamentista - Ortopedista

CREMEC 7481 / NDE 2894 SBT 8961

EM:

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: ____/____/____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

16 SET 2019
16 SET 2019
16 SET 2019



Secretaria Municipal de Saúde - SMS
Secretaria Executiva Regional III - SER III

Nº 1620

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

CLÍNICO []

TRAUMA []

CIRURGIÃO []

PACIENTE: Brivan Silva Carvalho

DATA DE NASCIMENTO: 06 / 09 / 68 TELEFONE: 93667-0899

RG: 12342254 CPF: 950.321.851-91

NOME DA MÃE: Valdey Ferreira Silva Carvalho

ESTADO CIVIL: _____ SEXO: M

ENDEREÇO: Rua Perceide, 4398 Granja Lisboa Nº 4398

BAIRRO: Granja Lisboa

CIDADE: _____

DATA DE ATENDIMENTO: 25 / 06 / 19

HORA: 10:02

MOTIVO DE ATENDIMENTO: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TESTO

[Assinatura]
Marta Ramos
Vital 45632
Coordenador do SAME HDEAM

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO - SAME

Caro colega, tudo bem? O paciente chegou em situação de acidente de trânsito. Com dor em membros D. 1º, 2º e 3º D. Não pode deambular. Grogar 15. Exame físico contínuo em curso.

DATA / HORA / CONSULTA ESPECIALIZADA E PROCEDIMENTOS:

- Rx de coluna cervical (AP/P)
- Rx de tórax (AP/P)
- Rx de ombro D (AP)
- Rx de quadril D (AP/P)
- Rx de tornozelo D (AP/P)

*• Fratura do fêmur D e péso tibial D
Internos para aguardar transferência (Indonay)*

LIBIA COLETOIRA DE SEG. LTDA
16 SET. 2019

3190537704

Cidade de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGADA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ERIVAN SILVA CARVALHONº DO
700001371931802

Nº DO ATENDIMENTO

NOME DO RESPONSÁVEL

Nº DO

FORTALEZA

CEP
60.540-525UF
CE

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE TRANSFERIDO DO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA, REGULADO PELA CENTRAL DE LEITOS +
REFERE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

SINTOMAS

Nº

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

COR DA PELE

VERDE

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

NEGA

SINAIS VITAIS

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
FRANCISCA ANTONIA MONTEIRO DA SILVA

ÁREA ATENDIMENTO

Nº DO ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Fratura da clavícula D e pelo lateral o
(procedimento de fratura de clavícula direita)

DIAGNÓSTICO

RADIOLÓGICO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

CÓDIGO PROCEDIMENTO

() OUTROS

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Atestado por Francisca Antonia Monteiro da Silva em 26/06/2019 às 11:03:03
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 0250 - TEOT 1105Deliane Batista Carvalho
Eriván Silva Carvalho

Atestado que copia confere com original

PP. Mônica Saba
Mat. 15984

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:			
18:			
20:			
06:			

HOR	O:	8h			
P.A.:		126/80			
TEMP.º:		36			
P / MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NOME: <i>Enilson Silva Pereira</i>	IDADE:	ENF.:	LEITO: <i>126</i>	Nº. PRONTUÁRIO:
------------------------------------	--------	-------	-------------------	-----------------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HISTÓRICO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent / Dieta)
30/06/19	DIETA GERAL IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 Hs DIPYROMA 01 AMP + 10 CC SF EV 6/6 Hs SM TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SM		As 11:00 paciente dada de alta hospitalar, com cinto orientado, vale lizondo.	<i>Carla Moura</i> COORDENADORA TÉCNICA
	<i>Regulador 1/2 IV 6h</i>			
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4630			
	<i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 4630			
	HOSPITAL DISTRITAL AN JOSE BARROS DE OLIVEIRA ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL			
	<i>pp</i> Mônica Saba Mat. 15984			

PREScrição Médica / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

Atenção: Toda informação registrada deverá ser verificada obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação

16			
20			
06			

DATA:	13.05	20.00
A:	14.00	12.00
TEMP.º:	36	36.5
P./MIN.:		
M.V. / MIN.:		

NOME:	Enilson Silva Carneiro	IDADE:	50	ENF.:		LEITO:	126	Nº. PRONTUÁRIO:	
-------	------------------------	--------	----	-------	--	--------	-----	-----------------	--

DATA	PREScrição Médica / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf. / Dieta)
25	1) Diet. geral	SND	26/06/99 - 13:35L	
06	2) Paracetamol 100mg i 100ml S.F.O.V. 8h	16	do	do
14	3) Piroxicam (C 181/20 Ev. GBL 8h 8h			
	4) Omeprazol 20mg 1x 11/da	do		
	5) SCL	Rotina.		
			Admissionado no posto	
			Tras 16:00 vindo da	
			emergência com H.S.	
			de fratura de clavícula	
			+ fratura distal de	
			20.00 - 12.00 com consciência	
			te orientando verbalizar	
			do. Dieta dieta 20	
			+ Medicamentos. Segue	
			na Unidade de	
			Enfermagem	

Dr. Glauber Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 8250 - TEOT 1105

MAI 1994
Mônica Silva

Assinatura

HOSPITAL DIGITAL DE SÃO PAULO DE BERNARDO
ATENÇÃO QUE Cópia contém COPIA ORIGINAL

Edissandra Rocha
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 1260775

Nome:

FRIVAN SILVA CARVALHO

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			26/06/19	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
26/06/19	Paciente transferido do Instituto de Antropologia Legal para tratamento cirúrgico neste unidade hospitalar.
26/06/19	em: VPM
26/06/19	Paciente B.S.C, 50 anos, masculino. Vio transferido do Instituto de Antropologia Legal para tratamento cirúrgico por traumatologia, via aérea em via aérea D e em UTB, após colar Holo + Holo. Paciente consciente, orientado, acompanhando com auxílio da equipe de enfermagem, abdome intacto, com UTB imobilizado. Negativa HAS e DH. A nega uso de medicação em casa. Refere alguns medicamentos, mas não sabe informar o nome da medicação. Exclamações intestinais e evacuações pulsáteis. Apresenta exsudação em região de ombro direito e hematoma em torax anterior. Sem alterações no período. Segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.
	Em tempo: AUP em HSE novo. Paciente
	Em tempo: Paciente encaminhado para PJ, L-126, às 15:50.
26/06/19 # Enfermagem	16:05 E.S.C B.S.C, masculino, admitido no quarto L-126 por fratura de clavícula direita e fratura de plavista lateral D, edema, orientado. Em ambiente. Retratado a cultura. Tokando distal VC, CVP em MSE oxigenado e no flugim. Colimunicação presente no período. Queixa de dor no ombro. Negativa comorbidades. Refere alguns medicamentos a gravidade (SIC)

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 8250 - T501 T105

Disculpa
Deborah Lima S. de Oliveira
COREN-CE 533.334 - ENF

HOSPITAL DISTRICTAL DR. JOSE MARQUES DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Disculpa
Deborah Lima S. de Oliveira
COREN-CE 533.334 - ENF

PP- Deborah
Mônica Saba
Mar 15/2019

Disculpa
Deborah Lima S. de Oliveira
COREN-CE 533.334 - ENF

Alina O.

Enf.

COREN

50134

Prontuário



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PRONTO-SOLAR DE FORTALEZA
AV. Odeir de Paiva nº 1117 - Parangaba - CEP 44.720-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7322



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (L

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

231910.2641801

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ERIVAN SILVA CARVALHO

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: NEREIDE Nº 4398

BAIRRO

GRANJA LISBO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

06/09/1968

SEXO

1. ☐ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DI

IE DA MAE

VALDECY FERREIRA SILVA

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

545748103 - 72

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

26/06/2019

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 8250 - TEOT 11057

Dr. Casemiro Medeiros
Diretor Médico HDB 180
CRM - CE 6816

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com politrauma e lesões de
clavícula e ulna distal e (prevalente
do trauma de antebraço esquerdo)

INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Manutenção de curativo

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Curativo + de fratura + de

pp-Phauro
Mônica Saba
Mat. 15984

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de clavícula D e ulna distal D

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tlo curativo

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

8650

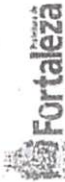
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 8250 - TEOT 11057

DATA

26/06/19

HORA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ LARROSO DE OLIVEIRA
FROTHINA DE PARANGABA
AV. Odele do Brasil, 1137 - Parangaba - CEP 68720-000 Teresopolis-Cia
Telefone: (08) 331-7321 - Fax 331-7319

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Guilherme Silva Cavalcanti

126

Prontuário N°: 381211

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>29.06.19</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina: <u>12,5</u>	Hematócrito: <u>38</u>	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					

Ap. Respiratório:	Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório:	Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:	Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:
Estado Mental: <u>lúcido</u>	Alarxícos:	Corticóides:	Alergia:
			Hipotensores:

Diagnóstico Pré-operatório: fract. toraxo 10 D (pilão tibial) ASA I
+ lesão ligamentar

Lesões Anteriores:

Medicação Pré-anestésica: 1610 Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Agentes Anestésicos	Líquido	INDUÇÃO
		Sat. <input checked="" type="checkbox"/> Ext. <input checked="" type="checkbox"/> Tese <input checked="" type="checkbox"/> Laringe espasmo <input checked="" type="checkbox"/> Lenta <input checked="" type="checkbox"/> Náusea <input checked="" type="checkbox"/> Vômitos <input checked="" type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/>

		MANUTENÇÃO
		(1) Mant. <input checked="" type="checkbox"/> (2) Fentanyl 100 µg <input checked="" type="checkbox"/> (3) Propofol 150 µg <input checked="" type="checkbox"/> (4) Atropina 1 mg <input checked="" type="checkbox"/>

MANUTENÇÃO

255	OXIMETRIA	
240		
225		
210		
195		
180		
165		
150		
135		
120		
105		
90		
75		
60		
45		
30		
15		
0		

CODIGO
a - Pulso; O - Respiração
A - Anestesia; D - Operação

Anestesia Geral: ☒ Sim ☐ Não
Não, por quê?

DESPERTAR
Referência em S.O.: 1
Obs.: 1 Ext. 1
Náusea: 1 Vômitos: 1
Outros: 1

Com cácula
Para o leito: ☒ Sim ☐ Não
CONDIÇÕES: boa

Agentes: <u>Fentanyl, Propofol</u>	Cânulas:
Técnica: <u>Sedação</u>	
Operação: <u>Fract. pilão tibial + reparo ligamentar</u>	
Cirurgiões: <u>Dr. Chulio + M. Roberto</u>	
Anestesistas: <u>M. Inês de Almeida Junior com 60%</u>	
Observações:	Perda Sanguínea:

FOLHA DE ANESTESIA

QUANT **UNID** **MEDICAMENTO** **QUA**

ADRENALINA	AMPOLA	PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA	PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA	PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA	RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA	SEVOFLURANO	ML	
	AMPOLA	SUCCINILCOLINA	FRASCO	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA	TIOFENTAL	FRASCO	
BUPIVACAINA 0,5% C/ADRENALINA	FRASCO			
BUPIVACAINA 0,5% S/ADRENALINA	FRASCO			
BUPIVACAINA 0,5% PESADA	AMPOLA			
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA			
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA			
CEFALOTINA 500MG	FRASCO			
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO			
CEFTIAZOLINA 1G	FRASCO			
CETOPROFENO 100MG	FRASCO			
CETAMINA	ML			
CISATRACURIO	AMPOLA	SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO	
CLINDAMICINA	AMPOLA	SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA	SORO RINGER LACTADO 500ML	FRASCO	
DEXAMETASONA	AMPOLA	SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO	
DIAPIRONA	AMPOLA	FRUTOSE	FRASCO	
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA			
DOBUTAMINA	AMPOLA			
DOPAMINA	AMPOLA			
EFILEFRINA 10MG	AMPOLA			
ETOMIDATO	AMPOLA			
ENTANIL	AMPOLA			
TUROSEMIDA	AMPOLA			
GENTAMICINA	AMPOLA			
HEPARINA	AMPOLA	CATETER VENOSO	UNIDADE	
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO	EXTENSOR	UNIDADE	
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO	EQUIPO DE SORO	UNIDADE	
IPILON	AMPOLA	SONDA ASPIRAÇÃO	UNIDADE	
ISOFLURANO	ML	SONDA TRAQUEAL	UNIDADE	
ISORDIL	AMPOLA	SONDA NASOGÁSTRICA	UNIDADE	
LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA	FRASCO	SCALP	UNIDADE	
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA	FRASCO	AGULHA P/PERIDURAL	UNIDADE	
LIDOCAINA GEL	FRASCO	AGULHA P/RAQUI	UNIDADE	
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA	TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE	
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA			
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO			
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA			
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA			
NALOXONA	AMPOLA			

MATERIAS DESCARTAVEIS

SANGUE- HEMODERIVADOS

SOROS

ANESTESISTA-CRM

Handwritten signature and notes:
Mônica Silva
MATEUS

126

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
FISIOLOGIA DE FORTALEZA
Av. Estado do Ceará, 111 - Fátima - Fortaleza - CE 04209-000
Telefone: (85) 3221-2011 - Fax: (85) 3221-2012

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:
38-12-11

Paciente:	ERIVAN SILVA CARVALHO		
Data da Operação:	29/10/2014	Enfermaria:	Leito: 126
Operador:	EUSEBIO	Auxiliar:	ROBERTO MENDES
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:	
Instrumentador:		Anestesiologista:	JUNIOR

Antonio Eusebio I Rocha
Otorrinolaringologista - CRM 4774

Tipo de Anestesia: _____
Diagnóstico Pré-operatório: _____
Tipo de Operação: FRATURA PULVE TIBIAL TORNOZELO D
LESÃO LIGAMENTAR
Diagnóstico Pós-operatório: FRATURA CILINDRICA FRATURA +
LESÃO LIGAMENTAR
Relatório Imediato Patologista: NEGRÃO LESÃO LIGAMENTAR
Exame Radiológico no ato: _____
Acidente durante a operação: _____
Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

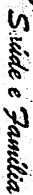
- Realização de Dorso
- ANESTESIA
- AMBISSONIA + ASSUPSI + CINDOS
- VIA DE ACESSO MEDIAL TORNOZELO D
- Redução Fraco Fratura
- Fixação com FIO STEEL
- Redução Lesão Ligamentar TORNOZELO D
- Sutura por Ponto
- Curativo + Tala Gesso

HOSPITAL DIST. JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

pp. [Assinatura]
Monica Saba
28/11/2014

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Otorrinolaringologista
CRM 4600

Antonio Eusebio I Rocha
Otorrinolaringologista - CRM 4774



Dr. Adnaldo Silveira Aragão
Medicina Interna

22

Thelma Richter

[illegible][illegible]

CONSULTORIO:
Rua Tibúrcio Cavali, ante, 1710 - Aldeota - Foz de Iguaçu
Fones: 3261 0552 / 9 8897 0552
CEP: 60725-100

MÉDICO

Carla MTN Mt - 1303 20

E-mail: adroalidevetoec@notmail.com
Fones: 3224 6350 / 9994 6350 / 9 8864 6351

CRM/CE 161 n

Confines:

... la cota e l'aspirazione di denaro
 di forza, mentre gli MTD, gli investitori
 ne desiderano e sono da 100),
 per compensazione lo cambio in
 60% e da 45% in 30%.
 Con l'aspirazione di denaro da
 80% e da 45% in 50%.

080320

70/45

Adroaldo Silveira Aragão
MÉDICO
CRM/CE 11.002

CRM/CE 11102

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1234225-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/01/97

NOME ERIVAN SILVA CARVALHO

FILIAÇÃO MANOEL EDIVAN CARVALHO
VALDECY FERREIRA SILVA
CARVALHO

NATURALIDADE PAULO RAMOS-MA DATA DE NASCIMENTO 06/09/1968

DOC ORIGEM C. NASC. LIV. A07 FLS. 155
TERM 814 PAULO RAMOS-MA

CPF 99999999999

Crescêncio Costa
ASSINATURA DO DIVISOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/66

073

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE JUSTIÇA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA

ASSINATURA DO TITULAR

ERIVAN SILVA CARVALHO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

UBA CORREKTURA DE SEG. LTDA.

16 SET. 2019

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ERIVAN SILVA CARVALHO

Nº de Inscrição
950321851-91

Data do Nascimento
06/09/68



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
ERIVAN SILVA CARVALHO
ERIVAN SILVA CARVALHO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 29/12/99

S
E
R
V
I
D
O

LIBIA CORRÊTORA DE SEC. LTDA.
16 SET, 2019
PRN:

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

NOME
BRUNO MESQUITA MONTEIRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2004005131930 SSP CE

CPF 606.330.133-07 DATA NASCIMENTO 10/09/1992

FILIAÇÃO
ANTONIO DE PADUA
FERREIRA MONTEIRO
ALDANIRA FERREIRA
MESQUITA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 05472931247

VALIDADE 15/12/2021

1ª HABILITAÇÃO 19/04/2012

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Bruno Mesquita Monteiro

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
19/12/2016

igor Vascóncelos Pónte
IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

50301386078
CE157092518

DETRAN-CE (CEARA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 015037050280
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 210011050 RANTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2019

ERIVAN SILVA CARVALHO
CAUCAIA / CE

CPF / CNPJ 95032185191

PLACA NVA0883/CE

PLACA ANT / UF 95032185191
ESPECIE TIPO 9C2KD0520AR036964

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS MIX ES

CAP / POT / CIL

2P/0CV/149CC

CATEGORIA 2010 ANO MOD. 2010

COTA ÚNICA

PARTEC

COR PREDOMINANTE PRETA

P *****
V FAIXA LPVA *****
A *****

1º VENC. COTA ÚNICA
2º VENC. COTAS
3º VENC. COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 28/05/2019

OBSERVAÇÕES

CAUCAIA LOCAL DATA 22/06/2019

16 SET. 2019
Igor Pontes
Superintendente

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

CE Nº 015037050280 BILHETE DE SEGURO DPVAT

95032185191

NVA0883 / CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15037050280

56245141523

VIA 1 RANVAM 95032185191 CPF / CNPJ 95032185191 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 22/06/2019

RENANAM 210011050

CPF / CNPJ 95032185191

MARCA / MODELO

ANO FAB. 2010

DATA INSC. 09

HONDA/NXR150 BROS MIX ES

ANO FAB. 2010

DATA INSC. 09

9C2KD0520AR036964

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05

DENATRAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.32

TOTAL SEM PAGO PELA SEGURADORA (R\$) 84.58

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 28/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

MOTOR: KD05E2A036964

JAN / 2019

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4070.1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 9h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

3190532704

Data da solicitação:

01/03/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Enivan Silva Carvalho

CPF do beneficiário:

950.388.88-91

Nome do solicitante:

Bruno Mesquita Monteiro

CPF do solicitante:

666.330.132-27

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98509-8157

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Assinatura - 01/03/2020

Local e Data

Bruno Mesquita Monteiro

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532704 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: a

Resultados terapêuticos: a

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532704 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIO DE STEINMAN (TORNOZELO - P9), OMBRO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO, E DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL APRESENTA DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, E MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DO TORNOZELO DIREITO.
FEITO REAJUSTE PARA 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, E 25% DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
CONFORME RELATÓRIO PELO DR ADROALDO SILVEIRA ARAGÃO, CRM/CE: 1600, EM 03/03/2020.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
Total			39,97 %	R\$ 5.395,95

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532704 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE STEINMAN (TORNOZELO - P9), OMBRO CONSERVADOR. ALTA.

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

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 MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532704 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE STEINMAN (TORNOZELO - P9), OMBRO CONSERVADOR. ALTA.

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

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 MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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