

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 médica-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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.



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: <i>Eduvan Silva Corvalho</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Eduvan Silva Corvalho</i>		CPF: <i>950321851-91</i>		
Profissão: <i>Relefone</i>	Endereço: <i>Rua Nereide</i>	Número: <i>04398</i> Complemento:		
Bairro: <i>LT Granya Residencial</i>	Cidade: <i>Paulista</i>	Estado: <i>CE</i>	CEP: <i>61661-170</i>	Tel.(DDD): <i>98866-0468</i>
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **1560** | B
CONTA: **21626** | D

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ | B
CONTA: _____ | D

(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: Vivos: _____ Falecidos: _____ | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não | Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <i>Angeuz - CE 06/09/2019</i> Nome: _____ CPF: _____
--	--

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2540 / 2019

Dados da Ocorrência

0319264119

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: **30/07/2019 13:27:22**
Data / Hora da Ocorrência: **25/06/2019 08:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO**
Complemento:
Bairro: **PRAIA DE IRACEMA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ERIVAN SILVA CARVALHO**
Nascimento: **06/09/1968** CPF: **950.321.851-91**
CNH: **04313346117** Orgão Emissor: **DETTRAN** UF: **CE**
Filiação: **VALDECY FERREIRA SILVA CARVALHO**
MANOEL EDIVAN CARVALHO
Endereço: **RUA LUMINOSA, 4398**
Bairro: **GRANJA LISBOA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** CEP:
Telefone: **(85) 98566-0468**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NQQ4564 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KC15309R011184 Renavam: 138978409 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Ano Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2009 Combustível: GASOLINA Cor: PRATA Proprietário: MARIA JUCELI BARROS VIANA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

2) Placa: NVA0883 Uf: CE Município: CAUCAIA Chassi: 9C2KD0520AR036964 Renavam: 210011050 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS MIX ES Ano Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRETA Proprietário: ERIVAN SILVA CARVALHO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA AFIM DE REGISTRA, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA NVA-0883 NA AV. HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO QUANDO UMA MOTO DE PLACA NQQ-4564 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS: FALSA COMUNICACÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 30/07/2019 13:37:08

Pág. 1 de 2

Impresso em: 30/07/2019 13:37:08





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019518166



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2540 / 2019

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Evanilson Silva Carvalho

VISTO DO DELEGADO(A) :

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699



LÍBIA CORAL TURA LE SEG. 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: Eunice Silva Corvalho		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: Eunice Silva Corvalho	Profissão: Recepcionista	Endereço: Rua Nereide	CPF: 950321851-91	Número: 04398
Bairro: LT Granga Verde	Cidade: Bauru	Estado: CE	CEP: 61661-170	Complemento: 98566-0468
E-mail:			Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Avise uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1560 | CONTA: 21626 | Dígito: 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____ | Dígito: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Vôvo 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: Aracruz - CE 06/09/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Eriwan 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


6 SET. 2019

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: 00000021626-7

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: 00000021626-7

Nr. da Autenticação 5CB2D2EB385B1A91



Esta é a segunda via de
MAI/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2200371 DV **1**

VENCIMENTO
27/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
93,65

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **574945973**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 34 020009 50 077000	Medidor	Poste
Nome ALDAMIRA FERREIRA MESQUITA	9559648	0000 0
Endereço Postal		

End. da Unidade Consumidora VL DOS PAGOES 00000 DT TAPERA AQUIRAZ 61700000

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	29379	Leitura Anterior	29275	Constante	1	Consumo (kWh)	104	Consumo Incl.	0	Consumo Faturado	104
---------------	-------	------------------	-------	-----------	---	---------------	-----	---------------	---	------------------	-----

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
----------------------------------	--------------------------

19/06/2019 19/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 80,78	Aliquota 27%	Valor do Imposto 21,81
-----------------------------	--------------	------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZACAO TRIMESTRAL DIC	-0,23
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	13,10
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,95)	

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

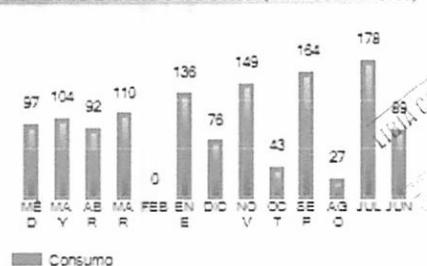
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,33

Conjunto AQUIRAZ

Mês MAR/ 2019

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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/BIBLIOTECAWEB/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 Mesquita Montano

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.336.133 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Enuan Selva Laranhalo inscrito (a) no CPF sob o Nº 950321851 / 91,

do sinistro de DPVAT cobertura Individual da Vítima Enuan Selva Laranhalo,

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 PREGOS</u>	Número:	<u>511</u>	Complemento:
Bairro:	<u>DT TOPES</u>	Cidade:	<u>Aracruz</u>	Estado:
E-mail:			<u>C6</u>	CEP:

Tel.(DDD):
985088158

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

Bruna Mesquita Montano

Assinatura do Declarante

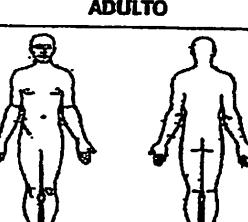
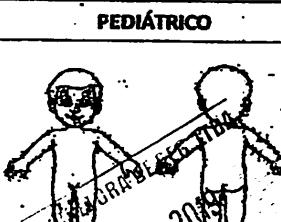
LIBRADORADORA DE SEGUROS
16 SET. 2019



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB OF	PONTO DE APOIO: UFE	Nº DA OCORRÊNCIA: B 200
DATA: 25/06/19	TURNO: UT	EQUIPE: Faculdade Romualdo Matos
NOME: Kriyan Silveira Cavalcante		IDADE: 60a
ENDEREÇO: Av. Professor Raimundo Girão		SEXO: MASC.
REFERÊNCIA: Posto de gasolina Praia Iracema		BAIRRO: Praia Iracema
QTY: 08:42	QUS: 09:02	QUY: 09:54.
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão		QUU: 10:38

RESPOSTA E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORACICA		PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)																																											
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE																																											
A Visão	<input checked="" type="checkbox"/> PERVEAS <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR: _____																																													
B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> EURNÉICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	INSPEÇÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	AUSCULTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____																																											
C Circulação	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input checked="" type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> FIIFORME <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	PELE <input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	ENCHIMENTO CAPILAR <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	SANGRAMENTO EXTERNO <input type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																																										
D Neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p) <table border="1"> <tr> <td colspan="2">ABERTURA OCULAR</td> <td colspan="2">RESPOSTA VERBAL</td> <td colspan="2">RESPOSTA MOTORA</td> </tr> <tr> <td>ESPONTÂNEA</td> <td>4</td> <td>ORIENTADO (a) / SORRI (p)</td> <td>5</td> <td>OBEDIENCE A COMANDOS</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>À VOZ</td> <td>3</td> <td>CONFUSO (a) / CHORO CONSOLÁVEL</td> <td>4</td> <td>LOCALIZA A DOR</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>À DOR</td> <td>2</td> <td>PALAVRAS INAPROPRIADAS (a) / INCONSOLÁVEL (p)</td> <td>3</td> <td>MOVIMENTO DE RETIRADA</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>NENHUMA</td> <td>1</td> <td>SONS INCOMPREENSÍVEIS (a) / GEMENTE (p)</td> <td>2</td> <td>FLEXÃO ANORMAL</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TOTAL:</td> <td>15</td> <td>NENHUMA</td> <td>1</td> <td>EXTENSÃO ANORMAL</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">NENHUMA</td> </tr> </table> <p>PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS</p>					ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA		ESPONTÂNEA	4	ORIENTADO (a) / SORRI (p)	5	OBEDIENCE A COMANDOS	6	À VOZ	3	CONFUSO (a) / CHORO CONSOLÁVEL	4	LOCALIZA A DOR	5	À DOR	2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (a) / INCONSOLÁVEL (p)	3	MOVIMENTO DE RETIRADA	4	NENHUMA	1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (a) / GEMENTE (p)	2	FLEXÃO ANORMAL	3	TOTAL:	15	NENHUMA	1	EXTENSÃO ANORMAL	2					NENHUMA	
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA																																											
ESPONTÂNEA	4	ORIENTADO (a) / SORRI (p)	5	OBEDIENCE A COMANDOS	6																																										
À VOZ	3	CONFUSO (a) / CHORO CONSOLÁVEL	4	LOCALIZA A DOR	5																																										
À DOR	2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (a) / INCONSOLÁVEL (p)	3	MOVIMENTO DE RETIRADA	4																																										
NENHUMA	1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (a) / GEMENTE (p)	2	FLEXÃO ANORMAL	3																																										
TOTAL:	15	NENHUMA	1	EXTENSÃO ANORMAL	2																																										
				NENHUMA																																											
E Exposição	ADULTO 	LESÕES <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		PEDIÁTRICO 																																											

FC: 70 PA: 140 x 80 FR: Eupneico GLIC.: OXIM.: 99% TEMP.: 36,5

QTP: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUB: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUP: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUD: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MEDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão moto/moto, apresentando dor de fratura de clavícula pelo HNSD + laceração no polegar. O paciente é consciente e orientado, sentado, nega síncope. Paciente apresentando suspeita de fratura de tornozelo do lado esquerdo.

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

 UNIDADE DE SAÚDE:

HDEM

BOLETIM EMERG.:

 LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO: ÓBITO

→

 NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

 SIM NÃO

ASS. DO ME:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Assunto: Gestão de Gestas:

Traumatologista - Ortopedista

CREMEC JAH/NOE 2594 SINT 8961

EM:

25/06/13 10:17

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:



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

Sept 1620

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

CLÍNICO [1]

TRAUMA []

CIRURGIÃO []

PACIENTE: Taívan Sílvia Corvalho

DATA DE NASCIMENTO: 06 / 09 / 68 TELEFONE: 98667-0899

RG: 32342254 CPF: 950.321.851-91

NOME DA MÃE: Valdecy Ferreira Silva carvalho

ESTADO CIVIL: _____ SEXO: M

ENDEREÇO: Rua Pereira 4398 Granja Viana N° 4398

BAIRRO: Guanja CIDADE:

DATA DE ATENDIMENTO: 25 / 06 / 19 HORA: 10:02

MOTIVO DE ATENDIMENTO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

~~Martín Campos~~
May. 45632

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO - SAME

DATA / HORA / CONSULTA ESPECIALIZADA E PROCEDIMENTOS:

- fix do coluna (moto) (ADP)
- fix do tronco (ADP)
- fix de dorso (ADP)
- fix de pelvis (ADP)
- fix de peito (ADP)
- fix de coluna (moto) a peito (ADP)
- fix de tronco a peito (ADP)
- fix de dorso a peito (ADP)

3190537704

Atura de
FortezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ERIVAN SILVA CARVALHOIDADE:
700001371931802ENDERECO:
NI
CIDADE:
FORTALEZA
CEP:
60.540-525Nº DO
PRONTUÁRIO
381211 N.º DO SE
277989
SEXO
M RACA COR
PARDO
NOBRE MAE
VALDECY FERREIRA
SILVA
ENDERECO
RUA NEREIDE 4398 GRANJA LISBOA
CONTATO:

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUESTÃO
PACIENTE TRANSFERIDO DO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA, REGULADO PELA CENTRAL DE LEITOS +
REFERE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITAMOTIVO
COLISÃO MOTO X MOTOESCALA DE DUR.
99 (ADULTO)SOLICITADO
NIPRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGASAÍ C3
NI%PULSO
NIGLICEMIA
NIPESO
NI KGTEMPERATURA
NI °CCLASSE
VERDERESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
FRANCISCA ANTONIA MONTEIRO DA SILVADATA E HORA DA
CLASSIFICAÇÃO
26/06/2019
11:03:00

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

ÁREA ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ANAMISE

Fratura de clavícula e ombro esquerdo
 (movimento do ombro é limitado)

DIAGNÓSTICO

SÍNTESES
 HCl SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X 30/06/2019 200

COD. PROCEDIMENTO: 00

() OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA 323393120

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

AUTORIZADA
 DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
 DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOLCARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
 DATA E HORA DO ATENDIMENTOImpresso por Francisca antonia monteiro da silva em 26/06/2019 as 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 Civil.Dr. Gláucio Roberto Barreto
CRM-E 8250 - TEOT 11962

Delcine Batista carvalho
 erivan silva carvalho
 Espero

Carimbo de identificação de original
 Atento que cópia confere com original

PP. Saba
 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:			
16:			
20:			
06:			

HOR. O:	8h		
P.A.:	126+80		
TEMP.º:	26		
P.J MIN.:			
M.V. / MIN.:			

NOME:	Enedim Siqueira Jardim	IDADE:		ENF.:		LEITO:	126	Nº PRONTUÁRIO:	
-------	------------------------	--------	--	-------	--	--------	-----	----------------	--

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORARIO DE APLICAÇÃO DO MEDICAMENTOS	INTERNAÇÃO	RUBRICA (ENFERMEIRA)
30/06/2010	DIETA GERAL IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 Hs DINOROMA 01 AMP+18 CC SF EV 6/6 Hs SNI TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SNI		As 11:00 paciente saiu de alta hospitalar, com certa dificuldade de volta e ligando.	Região Moura SISTEMA DANTZ TEC. ELE
06/07/2010				
19/07/2010	Regulador ip. nro. 63			
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4688			
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4688			
	HOSPITAL DISTRITAL DR JOSE MARIA SOUZA DE SANTANA ATESTO QUE COPIA CORRESPONDE Á ORIGINAL			
	<i>PP M. Saba</i> Mônica Saba Mat. 15984			

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAMI - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá ser assinada, obrigatoriamente, da responsabilidade e carimbo do profissional responsável pela informação.

16							
20							
06							

Initura e carimbo do profissional responsável:

NOME: Enya Sua Canina IDADE: 50 ENF.: LEITO: SLB N.º PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./ Dieta)
25	① Dilt. 50mg	5h00	26/06/2023 - 13:35h	
26	② Profund 100mg + Social SFGV 800mg	10h 14h	paciente orientado, consciente. Narcolepsia clássica. O agitador sempre no leito. Lembre-se — humor.	
27	③ Dymex 200mg ev. G16L ev. SNC			
28	④ Dimpagel 20mg ev. 1/10ev	9h	Aleomilida na pasto. Faz 16h sem fôlego. Vinda da emergência com H.S. de fadiga de plaquetas + Plaquetátilis P. Anterior 20/06/2023 Pct convencional 14/07/2023. te orientado verbalizar dá licita dieta 40 + Medicamentos. Sobre os cuidados de Enfermagem.	
29	Dr. Glauco Roberto Barreto CRM-PE 0250 - TEC 1105	Rotação.		
30	Monica Sales MEL1594			
31	J.R. Júnior			
				Edissandra Rocha Téc. de Enfermagem COREN-CE: 1268773

WWW.GEORGIA.COM/GEORGIA

Pronto! 1

DATA	EVOLUÇÃO
27/06/14	Fratura 1/2 clav. + luxação AOV fechada combra
	Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedista Traumatologista Cirurgia Quadril CRM-SP: 100718031
27/06/14	Ms paciente com FD de Fratura em clavícula D + luxação conservado queixas e verbalizações aceite deles. O procedimento seguiu aos estudos de enfermagem. Relaxe. 71589
28/06/14	Ligante retorcido L Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedista Traumatologista CRM-SP: 100718031
28.06.14	Imagens Paciente com FD de fratura 1/2 clavícula (D). AOV fechada combra, luxação humeral em ambientes. Clavícula com dor, rígida, rígida distal quebrada, limitações funcionais temporárias, migra HASSI Dm, não é útil operar, segue com os cuidados da radiografia.
29/06/14	CPERNADE
	TTO cirúrgico FMSM Plano CBL D CONSERVADAS FRT. CLAVICULA + Hospital Distrital São José Barroso de Oliveira ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL PP. Oliveira Assinatura: Dr. Antônio Luiz Vieira Gonçalves

3/6 feet

~~Roberto Mendes Rodrigues Traumatologista
Lúcio Eribílio T. Rocha Odontólogo C.R.M. 4774~~

pp. - Thomas

~~HONOR SEBA~~

Page 15334

CRM - MÉDICO (A)



FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

FRIAN SILVA CARVALHO

Prontuário	Enferm.,	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			26/10/19	

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	Paciente: Trautando do frotinha de Antônio Bezerra para tratamento cirúrgico. neste mundo frotinha.
06	
/	
19	CN: VTM
26/10/19	Paciente F.S.C, 50 anos, viciado no uso de anfetamina do frotinha de Antônio Bezerra para tratamento cirúrgico por traumatólogia, iniciou trau na em viciância D e em MSB, após colisão moto x moto. Paciente consciente, orientado, caminhando com auxílio de muletas, abdome intenso, com MSB immobilizado. Negava HAS e EPI e nega uso de medicação em casa. Relata alergia medicamentosa, mas não sabe informar o nome da medicina. Excluindo contaminação e exacerbação pustulosa. Apresenta edemação em nódulo de ombro direito e hematoma em tomaz anterior. Sem queixas no período. Segui sobr os cuidados da equipe de enfermagem.
14/11/19	Em tempo: NUP em MSB direito. Paciente Doutor LIMA S. de Oliveira COREN-CE 533.334 - ENF
26/10/19	Em tempo: Paciente encaminhado para PJ, L-12G às 15:50. Doutor LIMA S. de Oliveira COREN-CE 533.334 - ENF
26/10/19 # Enfermagem	16:05 F.S.C Gna, masculino, admitido no dia 26/10/19 com fratura de clavícula direita + fratura de plato tibial D. Admitido, orientado. Têm ar ambiente. Pintura na cintura. Tomando diaria 1000 mg de CVP em MSB oxigenada + inalador de glicozima. Fotoluminescência apresenta ero pericônia. Queixa de dor no ombro. Negar comorbidades. Refere alergia medicamentosa à glicitudina (SIC).
	(Assinatura)
	Enf. enferm.



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO SOCIOassistencial
Av. Otávio de Paiva nº 1.127 - Fortaleza - CEP 60.720-000
Fortaleza/Ceará
Telefone: (85) 3131-7222

Fortaleza

12670026455

CENTRAL DE INFORMAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DA INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CCI/CE - SEDH
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (L)

N.º LAUDO:

Nº da AIH:

2319102641801

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRACGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-**DADOS DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE

Erivan Silva Carvalho

ENDERECO DO PACIENTE

RUA: NEREIDE N.º 4398

BAIRRO

GRANJA LISBO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

06/09/1968

SEXO

1.□ MASC 2.□ FEM

CONDICAO

3.□ SEGUROADO 4.□ CONJUGE 6.□ FILHO 8.□ OUTRO DI

DE DA MÃE

VALDECY FERREIRA SILVA

DADOS DA INTERNACAO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

5455748105-72

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 0250 - TEOF 11057

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

Dr. Casemiro Medeiros
Diretor Médico HDM/IBO
CRM - CE 6618

INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

26/06/2019

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Perente com politrauma. Fratura de clavicula e mbo tibial e fíbula (fratura de antebraço proximal).
Lo fraturado (antebraço proximal).

DISSOCIAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Neurofibrose

INTERNAÇÃO BASEADA NA JUSTIFICATIVA DA SINTOMA

Aviso que cópia confere com original

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

PP- Glauco

Mônica Sába

Mat. 15584

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de clavicula e mbo tibial e fíbula

TIPO DE CLÍNICA

- 1.□ CIRÚRGICA
3.□ CLÍNICA MÉDICA
5.□ PSQUIATRICA
9.□ OUTROS

- 2.□ OBSTÉTRICA
4.□ TISIOPEUMOL
6.□ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tb curva

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

8650

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 0250 - TEOF 11057

DATA

26/06/19

HORA

FOLHA DE ANESTESIA

**REFEIRURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETERIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE EMBARCGADA
SECRETARIA DE SAÚDE
AV. ODEBRECHT, 117 — CEP 60135-120 — FONE: (85) 3212-1111 / FAX: (85) 3212-1119**

Fortaleza

MEDICAMENTO	UNDID	QUANT	UNDID	MEDICAMENTO
AMPOLA	AMPOLA	PROPOFOL 10ml	AMPOLA	AGUA DESTILADA
AMPOLA	AMPOLA	PROPOFOL 20ml	AMPOLA	AMICACINA
AMPOLA	AMPOLA	PROTAMINA	AMPOLA	AMINOFILINA
AMPOLA	AMPOLA	RANTITIDINA	AMPOLA	AMPICILINA 1G
AMPOLA	AMPOLA	SEVOFLURANO	ML	ATROPINA 0,25MG
AMPOLA	AMPOLA	SUCINICOLINA	FRASCO	BUPIVACAINA 0,5% /S/ADRENALINA
AMPOLA	FRASCO	TIOPENTAL	FRASCO	CEFAZOLINA 500MG
FRASCO	FRASCO	BUPIVACAINA 0,5% PESDA	AMPOLA	BICARBOBATO DE SODIO
FRASCO	FRASCO	CEFRALINA 1G	AMPOLA	BROMOPRIDA 10MG
FRASCO	FRASCO	CETOPROFENO 100MG	ML	CETAMINA
FRASCO	ML	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	CISATRACCURIO
FRASCO	ML	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	AMPOLA	CLINIDAMICINA
FRASCO	ML	SORO GLICOSADO 5% 500ML	AMPOLA	DEXAMETASONA
FRASCO	ML	SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	AMPOLA	DIAZEPAM 10MG
FRASCO	ML	SORO RINGER LACTADO 500ML	AMPOLA	DIPRIFONA
FRASCO	ML	SOL. MANITOL 20% 250ML	AMPOLA	DIPRIFONA + ESCOPOLAMINA
FRASCO	PLASMA	SANGUE TOTAL	AMPOLA	ELEFIRINA 10MG
FRASCO	PLASMA	GONGENTRADO DE HEMACIAS	AMPOLA	HEPATAMINA
FRASCO	ALBUMINA	SONDA ASPIRACAO	AMPOLA	ISOFLURANO
FRASCO	ML	SONDA TRAQUEAL	AMPOLA	HIDROCORTISONA 100MG
FRASCO	ML	SONDA NASOGASTRICA	AMPOLA	HIDROCORTISONA 500MG
FRASCO	ML	SCALP	UNIDADE	LIDOCACINA 2% UNIDADE
FRASCO	ML	AGUJ.HA/P/PERIDURAL	UNIDADE	LIDOCACINA 2% /S/ADRENALINA
FRASCO	ML	AGULHA/P/RAOU	UNIDADE	LIDOCACINA GEL
FRASCO	ML	TORNIEIRA 3 VIAS	UNIDADE	METROLCPRAMIDA
FRASCO	ML	MPOL	AMPOLA	MIDAZOLAN 15MG
FRASCO	ML	MPOL	AMPOLA	ANESTESISTA-CRM

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL SANTO AGOSTINHO JOSÉ MARQUES DE OLIVEIRA
Av. Presidente Vargas, 111 - Centro - CEP 60130-000 - Fortaleza-CE
Teléfone (85) 3221-3219 - Fax 3229-3219

**REGISTRO DE
EMERGÊNCIA**

Prontuário N.º:
381211

Paciente:

ERIVAN SILVA CARVALHO

Data da Operação:

29/10/2014

Enfermaria:

Leito: 126

Operador:

EVSEBIO

2º Auxiliar:

Auxiliar:

NO32170

MENDES

Instrumentador:

Anestesista:

JUNIOR

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pre-operatório:

**Fratura Plano Tibial + Osteosíntese D
Lesão Ligamentar**

Diagnóstico Pós-operatório:

**Fratura Plano Clavílico Fratura +
Lesão Ligamentar**

Relatório Imediata Patologista:

ACERANO 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

- INCISÃO DEC DORSO
- ANESTOSIA

- AMISSIONS + ASSUPSI + CINDO

- VIA DE ACESSO MURAL TOTERNO D

- Alergico Faco Frum

- FIXASAO COM FIO STEMM

- HEMORAGIA Lesão ligamentar TOTERNO D

- SUTURA POR PURIZ

- CINTIVO + TAEI GESSO

HOSPITAL DISTRITAL DR JOSE MARQUES DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

PP- Mônica Saba

Mat. 15984

*2- Rotina de vendas 30/10/14
Operador: Dr. Mônica Saba
CRM 4600*

Eduardo Euzebio T. Rocha
Ortoped - CRM 374

S. Vide e Família

Medi ina Interna

Continued

... la cosa e puramente giammai
che poca, minima de uita, g'interessa
ne dicondut a g'oro del po' (09),

Our comprehension of the complex en-

Gott e der uppsättning

Dear Superintendent, do kindly do.

Dr. C. Morrisson

27

Adroaldo Silveira Aragão
MÉDICO
CRM/CE 1.100

Fig. 4. *Trichomyces*
Chrysophyllum (C. *Chrysophyllum*),
Rusticaria, or Transient (various),
that most floriferous; nucleus dark, spherical
even 28.12.19, can recognize "segundas".

deformities are noted, & changes in shape of
parts & functions go on so ; it helps to see what

Dr. Oskar D. & Sonja - sp. med. ap. plan

problem so unsolvable as it appears at present.

CRM: Hananah, Selvana, Anagao
IPF: 049-1600-349803-15

CONSULTÓRIO

Rua: Liburcio Cavalcante, 1710 - A
Fone: 3261 0552 / 9 8897 0552
CEP: 60125-100

CRM/CE 16(1)



16 SET. 2019
CIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
e-mail:



LÍBIA CORRETOURA DE SEG. LTDA.
16 SET. 2019
M.R.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÉIRA 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

RESUMÃO
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
PORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
19/12/2016

José VASCONCELOS PÓNTE

ASSINATURA DO EMISSOR

50301386078
CE157092518

DETTRAN/CE (CEARA)

VALIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1407086616

PROIBIDO PLASTIFICAR

1407086616

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); Capitais e regiões metropolitanas: 1000-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h 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 corvalho

CPF do beneficiário:

950.321.891-91

Nome do solicitante:

Bruno mesquita monteiro

CPF do solicitante:

666.370.132-27

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (xx) 98507-8157

Tel. Comercial: (xx)

Tel. Residencial: (xx)

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

Ao invés de 01/03/2020
 Local e Data
 Bruno mesquita monteiro
 Assinatura do solicitante ou de quem assina o 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

Valorização 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

Valorização 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 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

Valorização 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 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