

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200433627 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 07/07/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 4º METATARSOS ESQUERDOS. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.6,8
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 1, DE 18/11/2020, ASSINADO POR DR FRANCISCO M. S. DE ALMEIDA, CRM 4411-CE.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200433627 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 07/07/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fraturas múltiplas no pé esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsalangeana aos 5°. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Sem fisioterapia.
Alta médica

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau médio no pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2021

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente em 25 % do pé esquerdo, após nova avaliação recebe indenização complementar.

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ITAU UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06223

CONTA: 000000080408-6

Autenticação:

640EC68384B1D8A187DA7CE57BD6F5F23C83DE0EBB2E398C936843E7B430C112

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06223

CONTA: 000000080408-6

Autenticação:

3277F57CFB0DFAB58084DD96B365B09C234D4301B4225AD79E8CA3ED6FD06E6D

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200433627

Vítima: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006223

Conta: 0000080408-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200433627**

Vítima: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200433627

Vítima: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%	
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$ 3.375,00

Recebedor: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006223

Conta: 0000080408-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 062.677.223-09 4 - Nome completo da vítima: Elenilton Estevão do Nascimento

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

5 - Nome completo: Elenilton Estevão do Nascimento 6 - CPF: 062.677.223-09

7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua H. E. P. P. P. P. II 9 - Número: 237 10 - Complemento: A

11 - Bairro: Barroso 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60863-740

15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú (341)

AGÊNCIA: 6223 CONTA: 80408 (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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filho menor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 18 de novembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2020857020



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2256 / 2020

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **25/11/2020 11:03:50**Data / Hora da Ocorrência: **07/07/2020 07:30:00**Endereço da Ocorrência: **AV JORNALISTA TOMAZ COELHO, JANGURUSSU - FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **CLENILTON ESTEVÃO DO NASCIMENTO**Nascimento: **08/04/1993** CPF:RG: **2008010430616** Órgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **CLEMILDA ESTEVÃO DA SILVA****FRANCISCO ROGÉRIO DO NASCIMENTO**Endereço: **RUA 25 DE DEZEMBRO, 715**Bairro: **MESSEJANA**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.000-000**País: **BRASIL**Telefone: **8523-0464****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **POY5004** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2MC4400LR002237** Renavam: **1214735557** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB250F TWISTER CBS** AnoFabricação: **2019** Ano Modelo: **2020** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRATA** Proprietário: **CLEMILDA ESTEVAO DA SILVA** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA CB 250F TWISTER CBS, DE PLACA POY5004, QUANDO OUTRO MOTOCICLISTA, CUJA PLACA NÃO SABE INFORMAR, AO ULTRAPASSAR O DECLARANTE, ACABOU POR COLIDIR NO VEICULO DA VÍTIMA, PELA LATERAL ESQUERDA; QUE A VÍTIMA VEIO A SOLO, SOFRENDO TRAUMATISMO NO PÉ ESQUERDO; QUE O CAUSADOR DO EVENTO DANOSO EVADIU-SE; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE

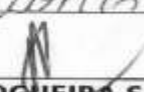
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO(A) DELEGADO(A):


DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 062.677.223-09 4 - Nome completo da vítima: Elenilton Estevão do Nascimento

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

5 - Nome completo: Elenilton Estevão do Nascimento 6 - CPF: 062.677.223-09

7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua H. E. P. P. P. P. II 9 - Número: 237 10 - Complemento: A

11 - Bairro: Barroso 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60863-740

15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú (341)

AGÊNCIA: 6223
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filho menor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, 18 de novembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS DO CLIENTE

RENATA TEIXEIRA RODRIGUES

RUA 17 CJ JOAO PAULO II, 237, A. BARROSO
FORTALEZA - CEP: 60863-740

Codificação: 001.052.0133.0050.0001.00.00

Padrão do imóvel: BASICO

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Método Semestral
AGUA	A19N048349	144	151	7	9

DATAS

Leitura atual: 07/09/2020

Emissão: 07/09/2020

Lacre água: 451616

Leitura anterior: 06/08/2020

Proxima leitura: 07/10/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

07/2020

Nº de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Analisadas	351	351	343	351	351
Em conformidade	351	346	329	340	351

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28.30			
JUROS DE 0,033% AO DIA	1.51	set/19	11	0
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0.22	out/19	0	0
MULTA DE 2%	1.79	nov/19	0	0
ACRESC. IMPONT. AGUA TARI	0.27	dez/19	4	0
		jan/20	11	0
		fev/20	10	0
		mar/20	10	0
		abr/20	0	0
		mai/20	12	0
		jun/20	0	0
		jul/20	0	0
		ago/20	0	0

Tributos sobre o Faturamento

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0.30
COFINS	1.53

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	44.89
VALOR DO SUBSIDIO	12.80
VALOR TOTAL A PAGAR	32.09

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

09/2020

22/09/2020

32,09

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Clénilton Estevão de Nascimento

vitima de acidente de transito, em 07/07/2020, sofreu:

Fraturas múltiplas do pé ESF
fechada no 2º e 3º do pé ESF
CID-S 92.8

e submeteu-se a tratamento(s): Limpeza e drenagem da
lesão e medicações do
paciente. Medicar.

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Edema e cicatriz no pé
dor e desconforto
marcha claudicante
ângulo de 30° e 5° no dorso do pé
Dificuldade de deambular
Pé do pé é um arco
Não consegue usar calçados comuns
Preferindo usar calçados de médico
Outra medida de tratamento

07/11/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: LUCAS SILVEIRA DO NASCIMENTO

Conselho: 20454CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

ENDEREÇO: M. 2443, MESSEJANA, FORTALEZA

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1. PACO (500 MG + 30 MG) ----- 02 CAIXAS

TOMAR 01 COMPRIMIDO 12/12 HORAS SE DOR INTENSA

DATA: 13/07/2020

Dr. Lucas Silveira
 Médico e Cirurgião
 Assinatura e Carimbo Profissional
 Conselho Regional de Medicina
 CRM/CE 20.454

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data:

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: LUCAS SILVEIRA DO NASCIMENTO

Conselho: 20454CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

ENDEREÇO: M. 2443, MESSEJANA, FORTALEZA

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1. PACO (500 MG + 30 MG) ----- 02 CAIXAS

TOMAR 01 COMPRIMIDO 12/12 HORAS SE DOR INTENSA

DATA: 13/07/2020

Dr. Lucas Silveira
 Médico e Cirurgião
 Assinatura e Carimbo Profissional
 Conselho Regional de Medicina
 CRM/CE 20.454

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data:



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

Prontuário: 5672832

USO ORAL

1. NOVALGINA 1G 01 CAIXA
 TOMAR 01 COMPRIMIDO ATÉ 6/6 HORAS SE DOR OU FEBRE
 2. FLANCCOX 500 MG 01 CAIXA
 TOMAR 01 COMPRIMIDO 12/12 HORAS POR 5 DIAS

Dr. Lucas Silveira
 Ortopedista e Traumatologista

Data: 13/07/2020

LUCAS SILVEIRA DO NASCIMENTO

20454CRM

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

Prontuário: 5672832

USO ORAL

1. NOVALGINA 1G 01 CAIXA
 TOMAR 01 COMPRIMIDO ATÉ 6/6 HORAS SE DOR OU FEBRE
 2. FLANCCOX 500 MG 01 CAIXA
 TOMAR 01 COMPRIMIDO 12/12 HORAS POR 5 DIAS

Dr. Lucas Silveira
 Ortopedista e Traumatologista

Data: 13/07/2020

LUCAS SILVEIRA DO NASCIMENTO

20454CRM

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 60 (sessenta) dia(s) das suas atividades profissionais.



Fortaleza, 13 de Julho de 2020

CID: _____

592

Dr. Lucas Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM/EC 20.454

LUCAS SILVEIRA DO NASCIMENTO

20454CRM

Paciente: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO			
Idade: 27 ano(s) 3 mes(es) e 5 dia(s)		Sexo: Masculino	
Endereço: M		Bairro: MESSEJANA	
Num: 2443	CEP: 60873740	UF: CEARÁ	Cidade: FORTALEZA
Pront.: 5672632			

Localização		
Clinica: UNIDADE 21	Enfermaria: 214	Leito: 2130
Admissão Emergência: 07/07/2020 08:31		
Internação 07/07/2020	20:41	Alta: * Não Informado * - * Não Informado

13/07/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050470	Urgência	07/07/2020 16:20	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	EDILMAR FERREIRA LESSA

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

[Assinatura]
Dr. Lucas Silveira
 Ortopedia e Traumatologia
 Médico Residente
 CREMEC 20.454

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

Idade: 27 ano(s) 3 mes(es) e 5 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5672632

Endereço: M

Bairro: MESSEJANA

Num: 2443

CEP: 60873740

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clínica: UNIDADE 21

Enfermaria: 214

Leito: 2130

Admissão Emergência: 07/07/2020 08:31

Internação 07/07/2020

20:41

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

MASCULINO, 27 ANOS, REFERE QUEDA DE MOTO EM 07/07/2020, COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO, APRESENTANDO DOR, LIMITAÇÃO, EXPOSIÇÃO DE PARTES MOLES.

NEUROVASCULAR PRESERVADO

RADIOGRAFIA REVELA FRATURA 3ª E 4ª METATARSos ESQUERDOS

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO TARSO ESQUERDO. SEM INTERCORRÊNCIAS - 07/07/2020

DISCUTIDO CASO COM DR. LEONARDO QUENTAL QUE APÓS ANALISAR TOMOGRAFIA DO PÉ E TORNOZELO ÓPTA PELO TRATAMENTO CONSERVADOR DO PACIENTE.

- SEGUIR ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÕES MÉDICAS

- MARCAR RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DO DR. LEONARDO QUENTAL 15 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR (SPA - 85 3255-5186)

- PROVIDENCIAR SANDÁLIA AUGUSTA PARA DEAMBULAÇÃO

- RETORNAR PRECOCEMENTE EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS TRAUMATOLÓGICAS

Exames Realizados

RADIOGRAFIAS E TOMOGRAFIA

Terapêutica Utilizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO TARSO ESQUERDO. SEM INTERCORRÊNCIAS - 07/07/2020

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S922 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO TARSO


Dr. Lucas Silveira
Otorrinolaringologista
Médico Residente
CREMEC 20.454**DIAGNÓSTICOS**

Principal	Código	Descrição
Sim	S922	FRATURA DE OUTROS OSSOS DO TARSO
Não	S901	CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: * Não Informado *

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: LUCAS SILVEIRA DO NASCIMENTO

Data:

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700309961501332 Admissão: 07/07/2020 08:31
 Nome: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO
 Pront.: 5672632 Data Nasc.: 08/04/1993 Idade: 27 ano(s) 5 mes(es) e 6 dia(s) Tel.: 85 99112-9651
 Mãe: CLEMILDA ESTEVAO DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60873740 Bairro: MESSEJANA
 Endereço: M

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
07/07/2020 08:35	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA	LARANJA	KATYNA BEZERRA ANDRADE

PRESCRIÇÃO

Médico: BERTRAND AGRA CRM 5956 07/07/20 13:40

Prescrição	Horário:
GENTAMICINA 40MG/ML (80MG) - AMP ADMINISTRAR 240 MG + 250 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 24/24 H	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 20ML/3MIN SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
CLINDAMICINA 150MG/ML (600MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 100ML/H	
DIETA ZERO - PÓS-OPERATÓRIO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLOS
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 19/07/2020
MATRICULA 51022
SERVIDOR(A)

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700309961501332 Admissão: 07/07/2020 08:31
 Nome: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO
 Pront.: 5672632 Data Nasc.: 08/04/1993 Idade: 27 ano(s) 5 mes(es) e 6 dia(s) Tel.: 85 99112-9651
 Mãe: CLEMILDA ESTEVAO DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60873740 Bairro: MESSEJANA
 Endereço: M

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador KATYNA BEZERRA ANDRADE COREN:77695 Horário 07/07/2020 08:35
 Queixa: trazido pelo samu por colisão moto x carro. relato de síncope. fratura exposta em mie (pé). queixa de dor torácica, cervical. nega vômitos
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: 14 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SUERBH EUZEBIO LEITE ALBUQUERQUE CRM: 13253 Nº: 642843 Horário 07/07/2020 08:36
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: MEDICAÇÃO
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 PACIENTE VITIMA DE PLT
 GLASGOW: 15
 CD.: TCC/RX/FAST
 PARECER NEURO/TO E CIR GERAL

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 07/07/2020 14:37

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
07/07/2020 13:40	BERTRAND AGRA	PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO HOJE, COM TRAUMA EM PE ESQUERDO DOR, LIMITAÇÃO, EXPOSIÇÃO DE PARTES MOLES EXTENSA NEUROVASCULAR NORMAL RX: FRATURA 3 E 4 METATARSOS ESQUERDOS CD: CODIGO CIRURGICO + ATB + TETANO PROFILAXIA
07/07/2020 09:05	ISMAR VILANOVA E SILVA NETO	REALIZADA ULTRASSONOGRAFIA FAST. LAUDO NO PACS.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

PACIENTE ESTÁVEL, IMOBILIZADO, ENCAMINHADO PARA O IJF CENTRO, CONFORME RTW PASSADO PARA DIA. MANHÃ.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

DESTINO DO PACIENTE

- ☐ UNIDADE DE SAÚDE: ☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: ☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO ASS. DO RESPONSÁVEL: ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

Suerbh Albuquerque
Cardiologista
CREMEC: 13253 RQE 8785

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:



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria de Saúde

P-260664/20

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 29	PONTO DE APOIO: CN65F	Nº DA OCORRÊNCIA: 01:02
DATA: 07/07/2020	TURNO: MT	EQUIPE: PELMANA / GABRIEL NOU
NOME: CLENILTON	ESTEVÃO DO NASCIMENTO	IDADE: 26
ENDEREÇO: JONHATA	TOMAX	SEXO: M
REFERÊNCIA:		BAIRRO: JANGUINSSU
QTY: 07:45	QUS: 07:48	QUY: 08:27
NATUREZA DA OCORRÊNCIA:	COMBUSTIVO	QUU: 08:40

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

A Orelhas	☐ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO
	☒ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
	☐ BRADIPNEICO		
	☐ AGÔNICA/AUSENTE		

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☐ SIM
	☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☒ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
	☒ CHEIO	☐ SUDOREICA		
	☐ FILIFORME	☐ SECA		
	☐ IMPALPÁVEL	☒ QUENTE		
		☐ FRIA		
	LOCAL:			

D Neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)		
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE 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
	PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA ☐ 1
	☐ ALTERADAS		

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		FRATURA EXPOSTA EM MEMBRANO INTERCOSTAL ESQUERDO NO PE	

SAMPLA				
FC: 80	PA: 120/80	FR: 20	GLIC: -	OXIM: -
TEMP: -				
PACIENTE, CONSCIENTE, ORIENTADO ÚLTIMA BG COLUBA CASO / MOTO PORTAVA CAPA COTEI HOUVE SINCOPE, RELATA BOA TONARICA, BOA NA COLUNA CERVICAL, GSTA COM FRATURA EXPOSTA EM PE ESQUERDO COM ESPOSICAO DE TENDONES				

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



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

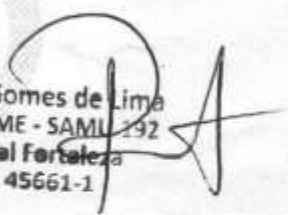
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Clenilton Estevão do Nascimento** - C.P.F. - **062.677.223-09**, no dia **07/07/2020**, às **07h48min**, na **Avenida Jornalista Tomaz Coelho (Perimetral)**, no **Bairro Jangurussu**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo **Nº P260664/2020**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo **Nº P260664/2020**.

Fortaleza, 30 de Setembro de 2020.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Ministério Público do Estado do Ceará - DECON/CE
Programa Estadual de Proteção e Defesa do Consumidor - DECON/CE

PROTOCOLO DA RECLAMAÇÃO: 2021.01/00004085756
DATA DE ABERTURA: 12/01/2021
PRAZO PARA RESPOSTA DO FORNECEDOR: 27/01/2021
SITUAÇÃO: Aberta

DADOS DO CONSUMIDOR

Nome: Clenilton Estevao do Nascimento
CPF: 062.677.223-09
Endereço: Rua 17, 237, Bairro Barroso, Cidade Fortaleza/CE - CEP 60863-740
Telefone: (85) 98762-7530 Celular:
E-mail: cleniltonvaonasc@gmail.com

DADOS DO FORNECEDOR

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
CNPJ: 09.248.608/0001-04 - Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro - DPVAT
Endereço: Rua da Assembleia 100 (Edifício Citibank), 100, Bairro Centro, Cidade Rio de Janeiro/RJ - CEP 20011-904
Telefone:

DADOS DA RECLAMAÇÃO

Como: Não comprei / contratei
Área: Serviços Financeiros
Assunto: Seguros de Veículos
Problema: Negativa de cobertura / Demora injustificada ou Divergência na indenização
Protocolos Fornecidos pela Empresa: Não possui

DESCRIÇÃO DA RECLAMAÇÃO

Prezado Sr analista, Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, venho por meio desta solicitar a revisão do sinistro hora mencionado, haja visto que não fui avaliado por um profissional adequado para que fosse elaborado um parecer compatível com minhas lesões, me fazendo discordar do parecer de negativa do atual sinistro hora mencionado.

Informações Adicionais

Data da Ocorrência/Sinistro: 14/12/2020
Número da Apólice/Bilhete: 3200433627

PEDIDO À EMPRESA

Sr analista, peço muito respeitosamente que revise meu processo, e que seja agendada uma perícia medica para que então seja comprovada a gravidade de minhas sequelas, e eu possa ser devidamente enquadrado na atual tabela de indenizações de acordo com os termos da Lei nº 6.194, de 1974.

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Clenilton Estevão de Nascimento

vítima de acidente de trânsito, em 07/07/2020, sofreu:

Fraturas múltiplas do pé ESF
fechadas no OSNF do pé ESF
CID-S 92.8

e submeteu-se a tratamento(s): Limpeza e drenagem da
lesão e medicações do
pé fraturado.

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Edema e cicatriz no pé
dor e desconforto
marcha claudicante
insucesso do 3º, 4º e 5º dedos do pé
Dificuldade de deambular
Rigidez do pé e unhas
Não consegue usar calçados comuns
Prejudicados funcionalmente do membro
NÃO recebe assistência

12/01/21

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME		CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO						
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR		2000010430616		SEP	CE		
	CPF		062.677.223-09		DATA NASCIMENTO		08/04/1993	
	FILIAÇÃO		FRANCISCO ROGERIO DO NASCIMENTO CLEMILDA ESTAVAO DA SILVA					
	PERMISSÃO		ACC		CEARA		AB	
Nº RENOVADO		06600608421		VALIDADE		11/11/2020	1ª HABILITAÇÃO	14/04/2016
OBSERVAÇÕES		A 7 EAR;						
Assinatura do Portador		<i>Clenilton Estevao do Nascimento</i>						
LOCAL		FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO		24/04/2017		
Assinatura do Emissor		<i>[Assinatura]</i>		05288930607		CE159107768		
CEARA								

Journal of Management Inquiry 20(4) 403-418
© The Author(s) 2011
Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1056492611416001
<http://jmi.sagepub.com>

MOTOR: MC44601C8022696000001-04

6102-NW

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 062.677.223-09 4 - Nome completo da vítima: Elenilton Estevão do Nascimento

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

5 - Nome completo: Elenilton Estevão do Nascimento 6 - CPF: 062.677.223-09

7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua H. E. P. P. Paulo II 9 - Número: 237 10 - Complemento: A

11 - Bairro: Barroso 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60863-740

15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú (341)

AGÊNCIA: 6223 CONTA: 80408 (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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filho nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 18 de novembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344847/20

Número do Sinistro: 3200433627

Vítima: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

CPF: 062.677.223-09

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 07/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2021
Nome: CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO
CPF: 062.677.223-09

CLENILTON ESTEVAO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2021
Nome: Laura Vanessa Quadros Muniz
CPF: 017.688.220-00

Laura Vanessa Quadros Muniz