

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR

Nº Sinistro: 3180357701

Vitima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

Data do Acidente: 20/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180357701**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13193140



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR
Nº Sinistro: 3180357701
Vitima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU
Data do Acidente: 20/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180357701**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR

Sinistro: 3180357701
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU
Data do Acidente: 20/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180357701** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR

Nº Sinistro: 3180357701

Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

Data do Acidente: 20/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180357701**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR

Nº Sinistro: 3180357701
DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

Data do Acidente: 20/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180357701**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13821736



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR

Nº Sinistro: 3180357701
DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

Data do Acidente: 20/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180357701**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13984371



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180357701**
Nome do(a) Examinado(a): **DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DA CAPELA nº 34 - PDE ROMUALDO - CAUCAIA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20160537686 - SSP**
Data e local do acidente: **20/01/2018 CAUCAIA/CE**
Data e local do exame: **09/11/2018 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO UMEROS ESQUERDO.

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

REALIZADO OSTEOSINTESE DO UMEROS ESQUERDO E FISIOTERAPIA, TENDO EVOLUÍDO COM NEUROPATIA DO NERVO RADIAL APÓS A CIRURGIA. FOI ANEXADO NO PROCESSO A ELETRONEUROMIOGRAFIA SUGESTIVA DE MONONEUROPATIA.

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

AO EXAME CLÍNICO FRATURA CONSOLIDADA COM DIMINUIÇÃO DA FUNÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA E RESIDUAL FORÇA MUSCULAR DIMINUIDA NO MEMBRO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DIMINUIÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR CRM:11585/CE



Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11.585

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	08577775305	DANILLO MARCEL ALENCAR DE ABREU

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR		61974595315	AUTONOMA
Endereço		Número	Complemento
R. DA CAPELA		34	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PDE RONUALDO	CAUCAIA	CEARA	61600000
Email			Telefone (DDD)
			(85) 999890779

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.


FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1035 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 112279 D/V 2 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Caucaia, 30 de Julho de 2018.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Horários e Limites

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

Conta origem:	
Conta destino:	1035 / 013 / 00112279-2
Agência destino:	FRANCISCO SA
Nome destinatário:	FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENC
Valor:	

CAIXA CORRETORA DE SEG. - TODA
03 AGO. 2018

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 6835 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **25/07/2018 11:28:20**Data / Hora da Ocorrência: **20/01/2018 19:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO GUEDES PESSOA**

Complemento:

Bairro: **PE. JULIO MARIA**Município: **CAUCAIA/CE**Ponto de Referência: **PE. ROMUALDO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOSE IVANILDO BARROSO DE ABREU**Nascimento: **04/08/1975** CPF:RG: **93008016178**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA NILCE BARROSO DE ABREU****JOSE MACIEL DE ABREU**Endereço: **RUA LOCALIDADE DOS MACACOS**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **PENTECOSTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Nome: **DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU**Nascimento: **09/03/2008** CPF:RG: **2016053768-6**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR****JOSE IVANILDO BARROSO DE ABREU**Endereço: **RUA LOCALIDADE DOS MACACOS**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **PENTECOSTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **OSG3954** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2JC4110DR803722** Renavam: **568843290** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **MARIA DE FATIMA DE S ALENCAR** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

Que o declarante vem noticiar que no dia e hora acima mencionado, pilotava a moto acima descrita, quando foi atingida por uma outra moto de placa não anotada; Que o declarante na ocasião viajava na companhia de seu filho Danilo Maciel Alencar de Abreu; Que ambos foram levados para o hospital Municipal de Caucaia onde receberam tratamento médico. Que o declarante fraturou a tíbia direita e seu filho o braço esquerdo. Que esclarece ainda que não possui carteira de habilitação.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5



BOLETIM DE Ocorrência Nº 201 - 6835 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Yago de Almeida Rodas

VISTO DO DELEGADO(A):

CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0



LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
03 AGO. 2018
ASS: _____

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

DANILLO MACIEL ALENCAR DE ABREU

CPF da Vítima

08577775305

Data do Acidente

20.01.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR

CPF do Representante legal

61974595315

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Parauapeba, 30 de Junho de 2018.

Local e Data

x

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

x Francisca Adriana de Sousa Alencar

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ prestou atendimento ao menor **DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU**, portador do RG 2016053768-6 inscrito no CPF 085.777.753-05, no dia 20/01/2018, às 19h46, no município de Caucaia/CE, na rua Antônio Guedes Pessoa, no bairro Padre Romualdo, **vítima de colisão moto com moto**, sendo encaminhado para o Hospital Municipal de Caucaia. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 22 de Fevereiro de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

LÍBIA CORRETORA DE SEG. JDA
03 AGO. 2018

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: 12/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01035

CONTA: 000000112279-2

Nr. da Autenticação 4B7228358003D6DE

Nº DO CLIENTE
4415631-6

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

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

 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07042281/0001-70 | CGF 06.105.846-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 12 22000 12 289800 - 1 Data de Emissão 16/03/2018
 Nome MARIA NILCE BARROSO DE ABREU
 End. Postal RU DA CAPELA 00034
 PDE ROMUALDO - CAUCAIA - 61600000
 Medidor 74693 Posto 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG/CPF/CNPJ 890505923-68 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência: Mar/2018
 Data da Apresentação: 16/03/2018
 Previsto Próxima Leitura: 17/04/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$): 49,04
 Alíquota: 27,00%
 Valor do Imposto: 13,24

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7892,6318,0568,8257,3639,0044,6500,2557

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	CHD/CHL			EUSC		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	9,31	10,60	21,25	0,00	0,00	0,00
FC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,03			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO


VALOR CONSUMO DO MÊS 49,04
 ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 9,58
 DOAÇÃO APAE - TEL 0800-095-0703 30/36 2,00

VENCIMENTO
20/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
60,62
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	16,70
Transmissão	1,57
Distribuição	1,57
Encargos Setoriais	1,57
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	15,40
TOTAL	49,04

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
7,4	7,3	11,4	9,1	9,2	8,9	9,7	9,3	8,5	9,6	9,9	9,6

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 30,69
 Compensado kg (CO₂) 0,00
 Consciência Ecológica (NCO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DE CLIENTE SENDO O DÍGITO VERIFICADOR.
 Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
 da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal
 A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

consta desta fatura R\$ 2,15 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,79% e COFINS:3,64%
 (PIS: 0,79% x R\$ 2.15 = R\$ 0,17 e COFINS: 3,64% x R\$ 2.15 = R\$ 0,78)

Para o mês de março-18 a bandeira será verde, sem custo para os consumidores. Mais
 informações em www.enel.gov.br

LUBA CONTINUA DE SEG. LTDA
 03 AÇO. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELSON GOMES PINHEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 791649193/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA PIENAR inscrito (a) no CPF sob o Nº 619745953/15, do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU, inscrito (a) no CPF sob o Nº 085777753/05, 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>R. PAULO GOMES DA SILVA</u>		Número <u>226</u>	Complemento _____
Bairro <u>PARK SOLEDADE</u>	Cidade <u>CAUCAIA</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>61603070</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(85) 999890779</u>

Brejo, 30 de Julho de 2018.
Local e Data

Celson Pinheiro
(85) 99989-0779
(85) 98721-2741

Celson Gomes Pinheiro
Assinatura do Declarante

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

02/02/2018

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DANIEL HAZEL ALBUQUERQUE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898004123867016

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/03/68

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

29.664

9 - SEXO

Masc ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

RITA ADRIANA D. S. ALBUQUERQUE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Frei Ezequiel 759 SOLOMOS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAUCAIA

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

23.03.7

15 - UF

CE

16 - CEP

61620000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dor de mato.
No, de provável no mato e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

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

Amarelo e larva

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Furúnculo

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

9102692283-7

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONCELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2318100726340

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

02/02/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

Dr. Vanderlan
Médico
CRM 253.01
CPF: 472.553.01

Aut. estorhara

Nº 29.664



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

NOME: <u>JOÃO MIGUEL ALMEIDA DE ABRAO.</u>					
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE
<u>09.03.2008</u>	<u>9</u>		<u>M</u>	<u>SOLT.</u>	<u>FORT.</u>
IDENTIDADE		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO	
<u>201603768</u>					
PAIS <u>JOSE IVALDO BARROS DE ABRAO, FIA ADRIANA DE S. ALMEIDA</u>					
ENDEREÇO DO PACIENTE <u>Rua Pe. Cicco</u>					Nº <u>719</u>
BAIRRO	MUNICÍPIO	FONE			
<u>SOLOMOS</u>	<u>CAUCAIA</u>				
NOME DO RESPONSÁVEL <u>FIA ADRIANA DE S. ALMEIDA</u>					FONE
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL					
<u>O MESMO</u>					
DATA DE ADMISSÃO <u>20.01.18</u>			HORA ADMISSÃO: <u>21:58</u>		
			FUNCIONÁRIO: <u>DR. JOSE</u>		
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO:					
EXAME FÍSICO:					
<u>Audiência de fratura</u>					
<u>Tr. de fratura</u>					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
<u>União mg</u>					
EXAME COMPLEMENTARES:					
<u>Mo. Tr. de fr. 12 A3</u>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
<u>12 A3</u>					
<u>Tr. de fr. 12 A3</u>					

Assinatura do Médico

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <u>Daniel Vinícius Almeida Azeite</u>			Nº Reg.
Data da Cirurgia <u>22 de 10</u>	Enf.	Leito	
Cirurgião <u>Dr. Vinícius Azeite</u>	1º Auxiliar <u>Vinícius</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista <u>Walter</u>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fístula no Omento</u>			
Tipo de Operação <u>Fist. Omentica Fístula no Omento</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo</u>			
Relatório Imediato do Patologista <u>✓</u>			
Exame Radiológico no Ato <u>Não</u>			
Acidente durante a Operação <u>Não</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura
Material Empregado - Aspecto - Visceras

Realização da
Abordagem e identificação
da fístula no omento no fundo
da cavidade por laparoscopia
Realização da nova fístula
de drenagem no fígado
Realização da fístula no
peritônio com drenagem e fístula
de drenagem no peritônio
Sutura do peritônio
com fio

LIBIA CORRETORES DE SCS - TDA
03 AGO. 2018
SS

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: Danilo Maciel Alencar Nº PRONTUÁRIO:

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
24/01/18	Com 117 - ENVOLVIDO T.M. FOLHAS PELA - 12 115 Dr. D. 5/18 Cl. FOLHAS	
	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM/CE 11.7.201	
24/01/18	Paciente da pediatria: Paciente, clínicamente bem. De repouso de vista pediátrica, pode receber alta.	
	Rota su. encaminhado para traumatologia para o exame um exame o braço ??	
24.01.18 10:30	Paciente, D.M. A.A, 9 anos. ♂, 2º DPO de intermitentes de fatura de cinto (C). Segue consciente, orientado, verbalizando, deambulando, apnéia. Não refere queixas algumas no momento. Orientado a deambu- lar. Realizado troca de curativos, fo- ram rins plásticos, queda limpa e seca. Segue em cuidados de enfermagem.	Liana M. Mendes Pediatria CREMBC 4779
25/01	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM/CE 11.7.201	
	Enfermeira Sociedade Enfermeira CRM/CE 257.924	
	Liberto PELA CLIMA ACTA FORTI TALA MEDICUS + ORIENTA	

LIBA CONFETIMA DE
03 AGO. 2018

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

Paulo. M. da

600 Ruas Fuso 6015 ———— 24

35 611 10 12/12

a) UNATIVO DE DOIS/DOIS DIAS

Retorno 4 M. Bando da

05/02 15 07:00

E se FESSE → RETORNAR ANTO

25/1/18

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha

Ortopedia e Traumatologia

CRMIC 1674 TEUT 1207

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras

LIBIA CORREIA DE S. A.
03 AGO, 2018

ASS:



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) Daniel Pucira Alves

portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

Necessita de 30 (Trinta) dias de Afastamento
POR EXTENSO

do Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

DATA 20/04/18

25/1/17

Hospital ou Ambulatório

Local e Data

Dr. Paulo Sérgio M. Roel
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 5674 / TEL: 7.201

Ass. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art 86 RGPS. Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14-03-67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

03 AGO. 2018
SECRETARIA DE SAÚDE



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: DANIEL MACIEL ALENCAR DE ABREU

IDADE: 9 ENDEREÇO: Rua PC. EICHEL BAIRRO: SOLEDADE

DATA ADMISSÃO: 20/01/18 DATA ALTA: 25/01/18

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura do Ulna 6º

EVOLUÇÃO MÉDICA: Re com os exames e

fratura do Ulna 5º e 6º,
clínica e radiológica

DIAGNÓSTICO FINAL: O mesmo

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

(X) AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE: Dr. Paulo

DATA: 25/1/18

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 5674 TEF: 7.207

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

UNIDADE MUNICIPAL DE REG. UDA
03 AGO. 2018



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao menor **DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU**, portador do RG 2016053768-6 inscrito no CPF 085.777.753-05, no dia 20/01/2018, às 19h46, no município de Caucaia/CE, na rua Antônio Guedes Pessoa, no bairro Padre Romualdo, vítima de colisão moto com moto, sendo encaminhado para o **Hospital Municipal de Caucaia**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 22 de Fevereiro de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

LIBIA CORRÊA DE S. L. DA
03 AGO. 2018



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

DONILIO MARCEL ALMEIDA DE ASSIS

① Suicídio:

FIGOTERAPIA _____ 20/03/2018
MORTUUS

JUST:

REABILITAÇÃO DE SUICÍDIOS E
SUICÍDIOS E SUICÍDIOS.

Dr. Bruno S. Botelho
Oncologia e Traumatologia
CRM 11432

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA
GABEIRA DA RUA

05/02/2018

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras

03 AGO. 2018



ANAMNESE DE ENFERMAGEM E CIRURGIA SEGURA

Paciente: Danielo Manoel Alencar Data: 22.02.17 Idade: 05
 Sexo: M Prontuário: 75.664 Leito: Grupo de sangue e Fator RH:
 Autorização para Cirurgia: (x) Sim () Não Autorização para amputação: () Sim () Não

Fatores de Risco: Hipertensão() Cardiopatias() Diabetes() Doenças Resp.() Insuf. Renal()
 Tabagismo() Outras() Quais?
 Alergias: () Sim (x) Não. Quais?
 Faz uso de medicações? (x) Sim () Não. Quais?
 Cirurgia anterior: () Sim (x) Não. Qual?
 Anestesia anterior: () Sim (x) Não. Tipo?
 Jejum: (x) Sim () Não () Não necessário. Higienizado: (x) Sim () Não
 Próteses: () Sim () Não, Qual? Retirada () Sim () Não
 Cirurgia proposta: 05.5.88 Médico: Dr. Manoel
 Cirurgia Traumatológica: Verificado Caixa: () Sim () Não. Implante: () Sim () Não
 Local da cirurgia: () MSD () MSE () MID () MIE
 Sinais vitais: T= °C Pulso: bpm Respiração: rpm PA: mmHg
 Peso: 53.40 Kg Altura cm
 Registro de admissão: 13.45 Danielo foi admitido no CC
para cirurgia de hernia

Ass. do profissional- Coren

Posição do paciente: (x) Dorsal () Ventral () Lateral () Ginecológica () Fowler ()
 Outra () Cirurgia Realizada: 05.5.88 PA 110/70 mmHg
 Oxímetro de pulso instalado e funcionando: (x) Sim () Não. Saturação: 96%
 Tipo de Anestésico: Sedação Tempo Cirúrgico: Início: 14:30 Término: 15:00
 Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração: () Sim () Sim e há equipamento disponível (x) Não
 Há risco de perda sanguínea > 500 ml. (7 ml/kg em crianças)? (x) Não () Sim e há acesso venoso
 e planejamento para reposição.
 Revisão do cirurgião: Há risco na cirurgia? (x) Sim () Não.
 Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? () Sim (x) Não.
 Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? (x) Sim () Não.
 Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? () Sim (x) Não.
 O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? () Sim (x) Não.
 Exames de imagem estão disponíveis? () Sim () Não.
 Medicações utilizadas:

Peça cirúrgica/ corpo estranho: Destino:
 Exames durante o trans-operatório: (x) RX () ECG () Laboratório ()

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA



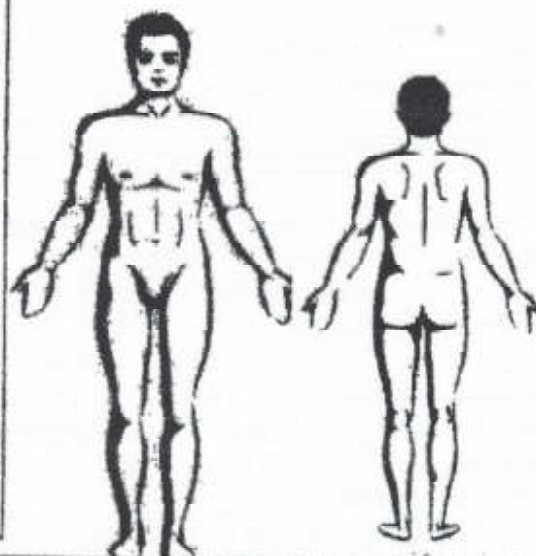
2

SOLUÇÕES
ANTISSÉPTICAS

- ☒ P.V.P.I- TÓPICOS
☒ P.V.P.I-
 DEGERMANTE
☐ P.V.P.I- ALCOÓLICO
☐ CLOREXIDINE
 DEGERMANTE
☐ CLOREXIDINE
 ALCOÓLICA
☐ ÁLCOOL IODADO
☐ ÁLCOOL
☐ ÉTER
☐ OUTROS

LOCALIZAÇÃO:

- ELETRODOS
 -- INCISÃO CIRÚRGICA
 ■ DRENOS
 = PLACA DE BISTURÍ
 ▲ PUNÇÃO VENOSA
 ◆ TENSÍMETRO
 * OXÍMETRO



1º CIRURGIÃO

Dr. Bruno

2º CIRURGIÃO

Dr. Manoel

ANESTESISTA

Dr. Walter

INSTRUMENTADORA

Melina

CIRCULANTE

Tamara + Evelyn

ENFERMEIRA

*C. Mariana*COMPRESSAS
GAZES

OFERECIDAS

*01 pel
02 pel*

RECOLHIDAS

*01 pel
02 pel*

A CONTAGEM DE COMPRESSAS, INSTRUMENTOS E AGULHAS ESTÁ CORRETA? () Sim () Não.
 PACIENTE ENCAMINHADO PARA: SRPA (☒) SR () ENFERMARIA () UTI ()
 COM:

- ☐ Sonda nasogástrica ☐ Tubo endotraqueal ☐ Cateter venoso periférico
☐ Sonda vesical ☐ Cateter venoso central ☒ Curativo
☐ Traqueostomia ☐ Dreno ☒ Tala
☐ Outros, _____

ENTRADA NA SRPA: *02/04/18* HORA: *21:00* h

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

SINAIS VITAIS:

DRENOS:

SONDAS:

INCISÃO CIRÚRGICA:

ACESSO VENOSO:

DIURESE:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

(☒) ACORDADO () SONOLENTO () INCONSCIENTE(☒) NORMAIS () ALTERADOS(☒) AUSENTE () FUNCIONANTE () NÃO FUNCIONANTE(☒) AUSENTE () FUNCIONANTE () NÃO FUNCIONANTE

() SEM SANGRAMENTO () SANGRANTE

() PÉRVIO () NÃO PÉRVIO

() ANÚRIA () OLIGÚRIA () NORMAL () POLIÚRIA

ALTA DA RECUPERAÇÃO

HORA:

10:00

ENCAMINHADO:

ESCALA DE ALDRETE:

Walter 1026

Ass. do Anestesta.



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA
GASTO DE SALA CIRÚRGICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE
Caucaia
NOSSO COMPROMISSO É COM VOCÊ

PACIENTE: <u>Daniel Manuel Alencar</u>				CONVENIO: <u>SUS</u>		APTº		
TIPO DE CIRURGIA: <u>Outro de rotina</u>				TIPO DE ANESTESIA				
EQUIPE MÉDICA: <u>Dr. Bruno</u>				PRONTUÁRIO				
				SETOR EMITENTE				
QTDE	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTDE	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	QTDE	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO
	AGIFLEX	00826		PROLENE CARDIOVASCUL	00822		ADRENALINA	00220
	ÁGUA OXIGENADA	00883		PROPEL DESCARTÁVEL	00807		ÁGUA DESTILADA 10ML	00228
	AGULHA DE CAPULE	00787		SEDA ISENCAP	00829		ÁGUA DESTILADA 1000 ML	00227
	AGULHA DE INSULINA	00792		SEDA OFTÁLMICA	00826		ATROPINA	00272
01	AGULHA DESC. 25x7	00784		SERINGA DE 01ML	00880		BICARB. DE SÓDIO	00282
	AGULHA DESC. 40x12	00784		SERINGA DE 03 ML	00848		DIMORF. 10MG	02033
	ÁLCOOL	00870	01	SERINGA DE 05 ML	00848		DIPRIVAN	01731
	ÁLCOOL IODADO	00890		SERINGA DE 10ML	00846		DOBUTREX	01567
	ALGODÃO HIDROFILO	00884	01	SERINGA DE 20 ML	00847		DOLANTINA	00365
	ALGODÃO ORTOPÉDICO	00886		SOAPEX (ML)	00886		DORMONID 15 MG	07299
	ARRIOELA P/ MONITOR	00889		SONDA ENDOTRAQUEAL	00883		ERGOTRATE	00363
02	ATAD. CREPON 10 CM	00773		SONDA TRAQUEAL	00888		EFORTIL	00378
	ATAD. CREPON 20 CM	00771		SONDA GÁSTRICA	00854		ETRANE	00388
	ATAD. CREPON 30 CM	00769		SONDA FOLEY 2 VIAS	00861		FENTANIL	00396
	ATAD. GESSO 10 CM	00775		SONDA DE FOLEY 3 VIAS	00862		FLUOTHANE	00416
	ATAD. GESSO 15 CM	00776		SUTUPAK AGULHADO	00981		FORANE	00890
	ATAD. GESSO 20 CM	00777		SUTUPAK S/ AGULHA	00983		HALOTHANO	01383
	BUTTERFLY (SCALP)	00844		TAMPÃO	00907		INOVAL	00466
	CAL. SODADA	00671		TORNEIRA 3 VIAS	00905		IRUXOL	00472
	CATETER SUBCLAVIA	00788		ULTRA-GEL	00893		KEFLIN 1 GR	00488
	CATETER INTRAVENOSO	00855	01	VICRIL	00819	02	KETALAR	00487
	CAT GUT SIMPLES	00810		VICRIL OFTÁLMICO	00820		LANEXAT	01802
	CAT GUT CROMADO	00811		FILTRO CARDIOPLEGIA	01633		MARCAINA 0.5% C/AD	00519
	CAT GUT CROM. LAÇADO	00812		FILTRO LINHA ARTERIAL	01585		MARCAINA 0.5% S/AD	00522
	CAT GUT CROM OFTALM	00813		RESERV. CARDIOPLEGIA	01830		MARCAINA PESADA	00521
	CERA DE OSSO	00833		RESERV. CARDIOTOMIA	00824		NARCAN	01898
	CIDEX (ML)	00314		HEMOCONCENTRADOR	01835		ORASTINA	00581
	COL. URINA 8 FECHADO	00780		OXIGENADOR MEMBRANA	00825		PAVULON	00594
	COL. URINA UROFIX	00754		OXIGENADOR DE BOLHAS	01867		PROSTIGMINE	00625
	COTONETES	00874		CONJ. AUTO TRANSFUSÃO	00951		PROTAMINA	00626
03	COMPRESSA CIRÚRGICA	00878		SIST. DREN. MEDIASTINAL	01114		QUELICIM 100MG	00628
	COTONÓIDES	00873		KIT CÂNULAS	00823		ROCEFIN 1GR	00647
	DRENO FENROSE	00802		CONJ. TUBOS PARA CEG	01884		RINGER LOCKATO	00644
	DRENO DE SUÇÃO	00800		TUBOS P/ TCA	00794	01	SORO FISIOLÓGICO 0.9%	00670
	EQUIPO SIMPLES	00806		CAÇIMBO	00937		SORO GLUCOSADO 0.5%	00674
10	ESPARADRAPO	00880		MERCURIO PARA TCA	01401		SORO GLUCOFISOL 0%	00672
	ET. BCND	00824		XILOCAINA 2% C/ AC	00749		SOL. SALINA 808	01007
	ETER (ML)	00881		XILOCAINA 2% S/ AC	00751			
	FIQ DE MARCAPASSO	00825		XILOCAINA GEL 1%	00748	01	diprinna	
	FITA CARDÍACA	00823		XILOCAINA PESADA	00750			
01	FORMOL (ML)	00882						
	GASE SECA	00888						
	GASE ALCOCHADA	00886						
	GASE FURACINADA	00885						
	GELFOAN	00433						
	GORRO DESCARTÁVEL	01530						
01	LÂMINA DE BISTURI	00842						
	LIGA UMBILICAL	00884						
	LIG CLIP (CART)	01822						
02	LUVA DESCARTÁVEL	00843		OUTROS		CÓDIGO	INÍCIO	TÉRMINO
	MALHA TUBULAR (CM)	00774		ASPIRADOR ULTRASÔNICO				
	MASC. DESCARTÁVEL	00915		MONITOR PRESSÃO INTRAGRANENA				
	MICROPOR (CM)	00893		BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR				
04	MONONYLON	00815		TREPANO				
	MONONYLON OFTALM	00816		MARCA PASSO EXTERNO				
	MONONYLON VISCOCIR	00817		MONITOR DE DÉBITO CARDÍACO				
	POLDIVINE	00888		CAPINOGRAFO				
	PROLENE	00821		ASPIRADOR				
	THINEMBUTAL 500MG	00707		SERRA ELÉTRICA				
	TRACIUM	00702		DESFIBRADOR / CARDIOVISOR				
	TUBETE	00906		BOMBA DE INFUSÃO				
	VALIUM 10 MG	00723		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO				
	VAGI SULFA	00722		COLCHÃO TÉRMICO				
	VASELINA	00726		DIÓXIDO DE CARBONO				
				BISTURI ELÉTRICO				
				MONITORIZAÇÃO				
				INTENSIFICADOR DE IMAGEM				
				PROTOXIDO DE AZETO				
				TAXA DE SALA				
				OXIGÊNIO				
				AR COMPRIMIDO				
				OXÍMETRO DE PULSO				
				BALÃO AORTICO				
DATA: <u>27.01.11</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Bruno</u>			ANESTESISTA: <u>[assinatura]</u>			

H.M.A.G.R.	HOSPITAL MUNICIPAL CAUCAIA		ENFERMEIRA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO												
FOLHA DE ANESTESIA	NOME			IDADE	SEXO	COR											
DATA	PRES. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA											
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATIAS URINA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS											
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE										
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA												
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO												
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES											
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO										
ANESTESIASES ANTERIORES																	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADAS ÀS			EFEITO										
Agenésicos Anestésicos	021											INDUÇÃO					
Satisf.												Excit.					
Tosse												Laringe					
Espasmo												Lenta					
Náuseas												Vômitos					
Outros																	
CÓDIGO VP Arterial e Puls - O - Respiração A x Anestesia O Operação	260	AM										MANUTENÇÃO					
	240																
	220																
	200																
	180																
	160																
	140																
	120																
	100																
	80																
40																	
20																	
Anestesia Satisf.: S												N					
Não por que?																	
DESPERTAR										Reflexos na SO							
Obstr.										CO ₂		Exercit					
Náuseas												Vômitos					
Outros																	
CONDIÇÕES																	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																	
POSICÃO	Reba (100) Miata (4)																
AGENTES TÉCNICA	Dr. R.C.F. Ummao																
OPERAÇÃO CIRurgiões	Dr. Brito / Marcus																
ANESTESISTAS OBSERVAÇÕES	Dr. Walter																
Complicações pré-operatória, operatórias, e pós-operatórias.										PERDA SANGÜÍNEA							
Assinatura I.																	



SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR * Pós-graduação
DESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]

Handwritten label with date: 20/01/18

Faint handwritten text, possibly a date or reference number.

Faint handwritten text, possibly a date or reference number.





SINISTRO 3180357701 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU**CPF/CNPJ:** 08577775305**Posição em 24-10-2018 10:32:15**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/09/2018	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

Reanálise

DR. DAGOBERTO CÉSAR

RUA JOÃO CARVALHO, 800 SL. 411
ALDEOTA-FORTALEZA-CEARÁ
FONE: (85)32440564

LAUDO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

Fundamentos Básicos do Exame de Eletromiografia

O Exame de Eletromiografia(ENMG) é um exame de electrodiagnóstico que permite pesquisar a existência de patologias que comprometem a **unidade motora** ou individualmente qualquer um de seus elementos. A **unidade motora** é formada pelo neurônio motor inferior (corpo celular na coluna anterior da medula espinhal), o axônio desse neurônio motor, as junções mioneurais e as fibras musculares inervadas por esse axônio; a Eletromiografia(ENMG) encontra seu fundamento e sua própria razão de ser no estudo da fisiologia da unidade motora(normal e patológica), servindo basicamente – A ENMG- ao estudo das neuropatias, das radiculopatias, das miopatias, das mielopatias, das junções neuromusculares e outras indicações(distúrbios do movimento). O Exame de Eletromiografia, portanto, é um exame limitado, encontrando suas limitações no próprio método empregado e também nas peculiaridades do objeto de seu estudo – A Unidade Motora.

Copyright© NEUROTEC® 1996-2017

EMG/NCV

Versão 3.7.6 - 32 bits

DR. DAGOBERTO CÉSAR

RUA JOÃO CARVALHO-800-SL. 411.
ALDEOTA - FONE : (085) 3244.05.64
FORTALEZA-CEARÁ

LAUDO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

PACIENTE: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

NASCIMENTO: 09/03/2008

REGIÃO EXAMINADA: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

EXAME DE: 25/09/2018

Realizamos testes neurofisiológicos como estudo da neurocondução motora, estudo da neurocondução sensitiva, eletromiografia com agulha monopolar e outros testes neurofisiológicos necessários ao diagnóstico eletroneuromiográfico. **ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES ENCONTRADAS: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO:** Ausência do potencial de ação muscular composto do nervo radial. Prolongamento da latência distal de pico sensitiva, diminuição de acentuada intensidade da amplitude do potencial de ação nervoso sensitivo e diminuição de moderada/accentuada intensidade da velocidade de condução nervosa sensitiva do nervo radial (punho/mão). Rarefação acentuada dos potenciais de ação de unidade motora no extensor próprio do indicador, extensor longo do polegar, no extensor comum dos dedos, no extensor ulnar do carpo; acometimento neurogênico crônico de moderada/accentuada intensidade no triceps, no braquiorradial, no extensor radial do carpo, no flexor radial do carpo.

EXAME COMPATÍVEL COM

1.) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO: Neuropatia axonal do nervo radial, sendo de acentuada intensidade e de aspecto já crônico; o acometimento axonal do nervo radial ocorre ao nível do seu sulco (do nervo radial) no úmero.

2.) Estabelecer correlação com o Quadro Clínico.


A handwritten signature in blue ink is written over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text: 'Dagoberto César', 'Eletromiografia', 'Rua João Carvalho', and 'CEP 61.165-140 - Aldeota - Fortaleza - CE'.



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

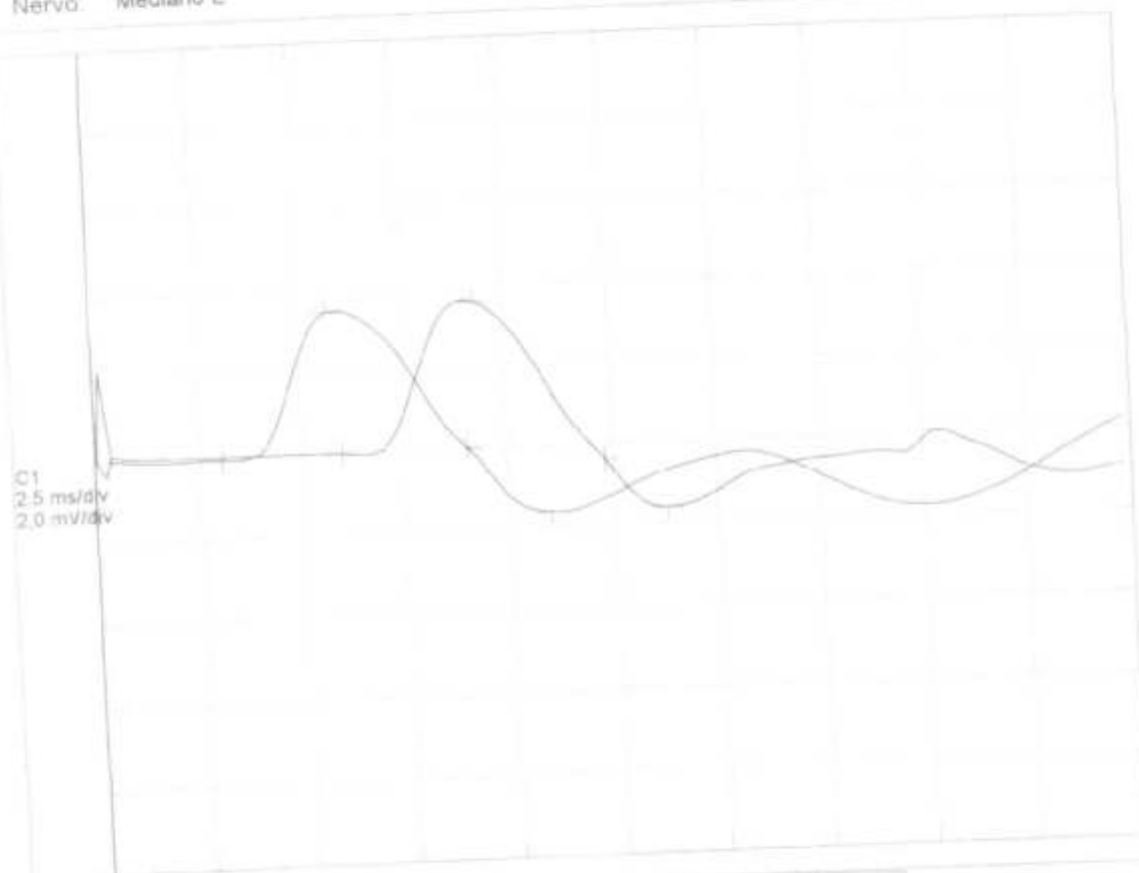
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Mediano E

Tipo: VCM

Data: 25/09/2018



Curva	Local de Estímulo	Latências			Área	Amplitudes	
		Início [ms]	Fim [ms]	Dur [ms]		Base-Fim [mV]	Pico-Pico [mV]
(1)	Punho	3.05	5.74	5.98	10.25	3.49	5.04
(2)	Cotovelo	5.56	8.28	8.30	10.50	3.57	5.16

Vel. de Condução			
Segmento	Distância [cm]	Vel. Lat [m/s]	Vel. Cond [m/s]
1 - 2	21.0	2.93	71.67



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

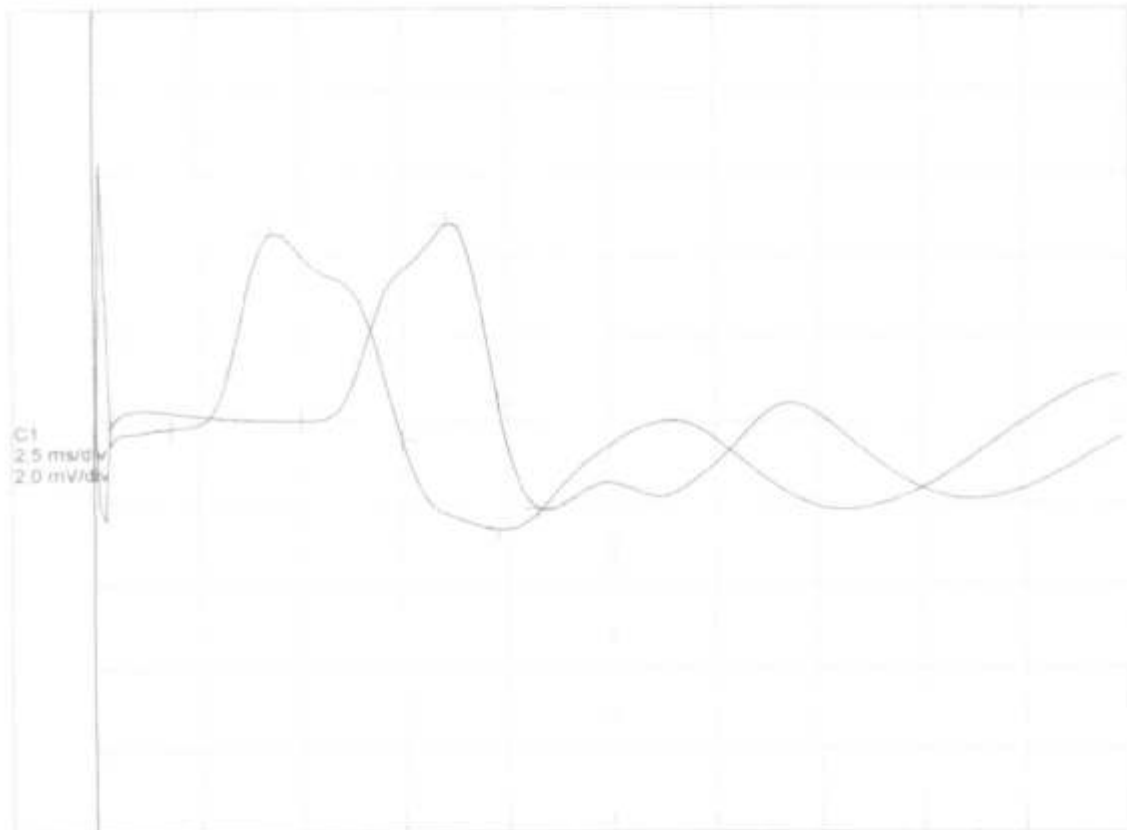
Idade: 10 anos

NEUROTEC 89
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Ulnar E

Tipo: VCM

Data: 25/09/2018



Curva	Local do Estimulo	Latência			Área	Amplitude	
		Inicio (ms)	Pico (ms)	Out (ms)		Base-Pico (mV)	Pico-Pico (mV)
(1)	Punho	1.82	4.27	5.62	13.22	4.72	7.18
(2)	Cotovelo Ombro	5.00	8.54	4.76	11.74	4.76	6.89

Vel. de Condução			
Segmento	Distância (cm)	Del Lat (ms)	Vel Cond (m/s)
1-2	22.0	3.17	69.40



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

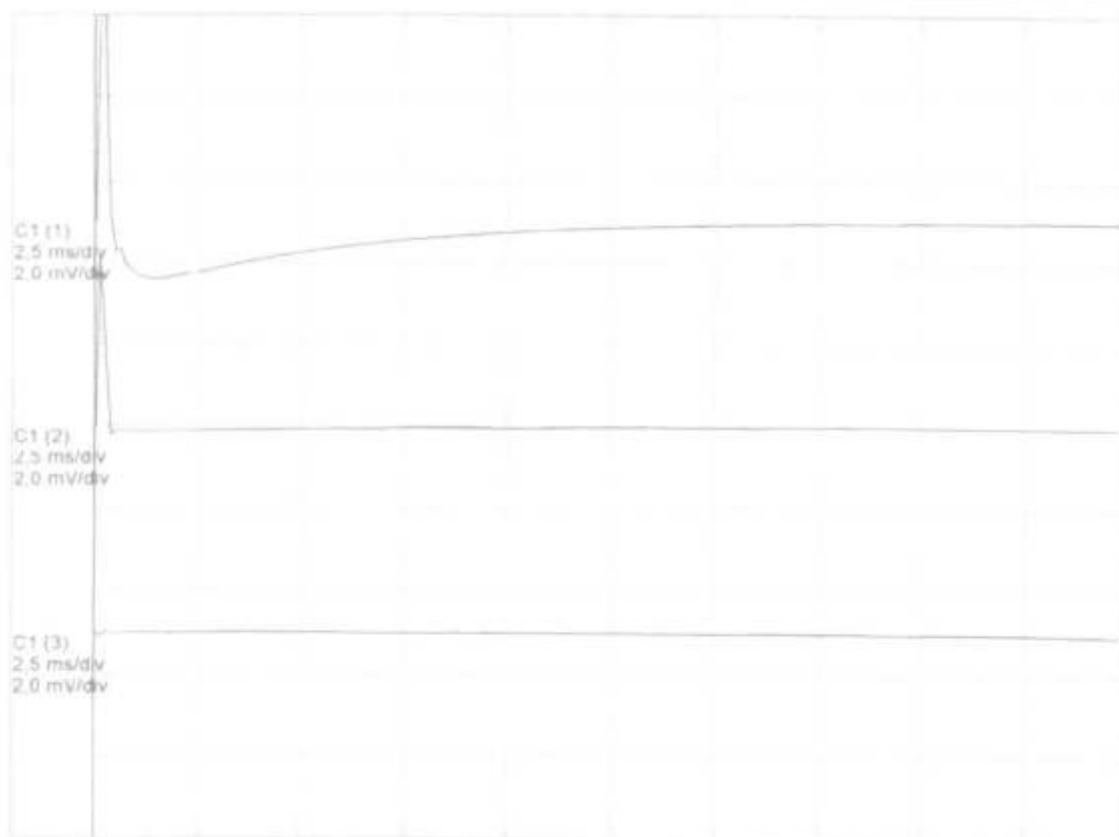
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Radial E (Extensor Próprio do Indica

Tipo: VCM

Data: 25/09/2018



C/Line	Local do Estimulo	Latências			Área	Amplitudes	
		Inicia (ms)	Fim (ms)	Dur (ms)		Base-Pico (mV)	Pico-Pico (mV)
(1)	Antebraço						
(2)	Cotovelo Distal						
(3)	Cotovelo Proximal						



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

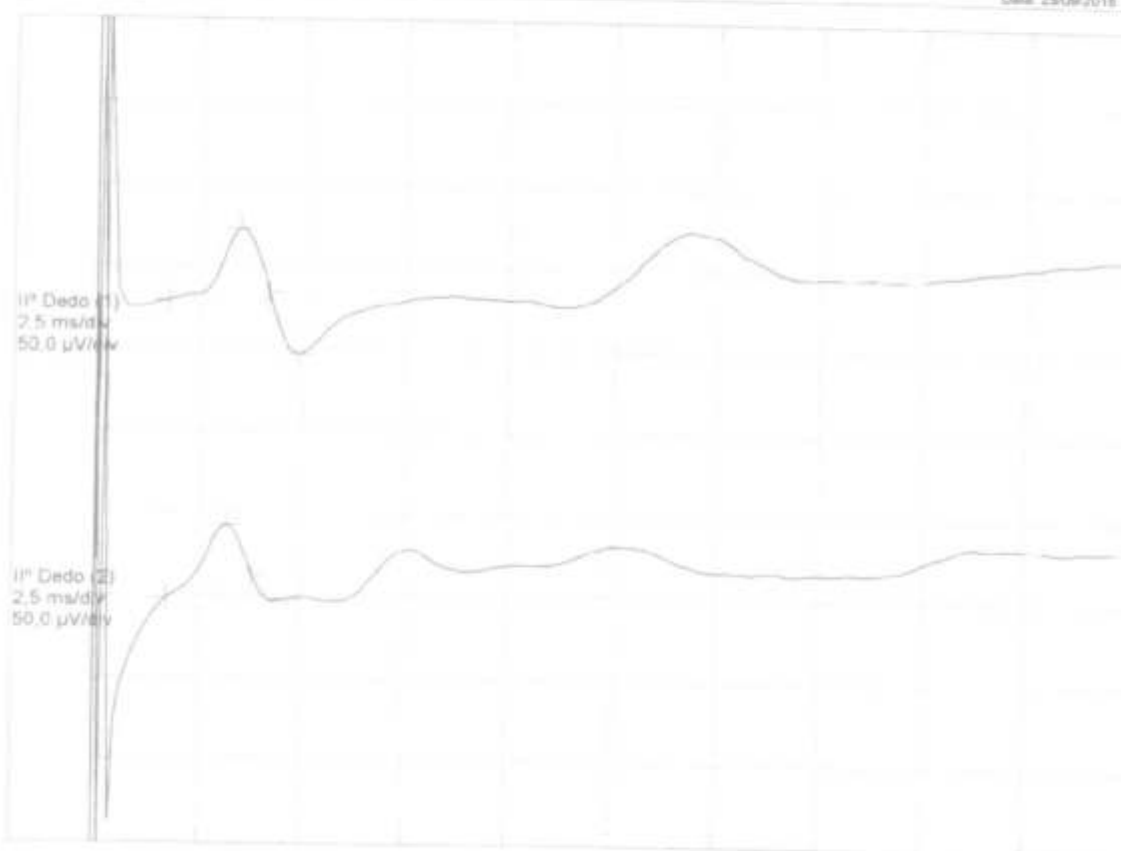
Idade: 10 anos

NEUROTEC ®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Mediano E Punho IIº dedo/Ulnar E Pun

Tipo: VCS

Data: 25/09/2018



Curve	Local do Eletrodo	Latências			Área	Amplitude		Vel. de Condução	
		Início (ms)	Fim (ms)	Dur (ms)		Base-Pico (µV)	Pico-Pico (µV)	Dist (cm)	Vel. Const (m/s)
(1)	Punho	1.71	3.42	2.44	37.20	43.62	75.66	10.0	56.47
(2)	Perna	1.71	3.17	2.09	26.51	44.63	45.21	10.0	56.47



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

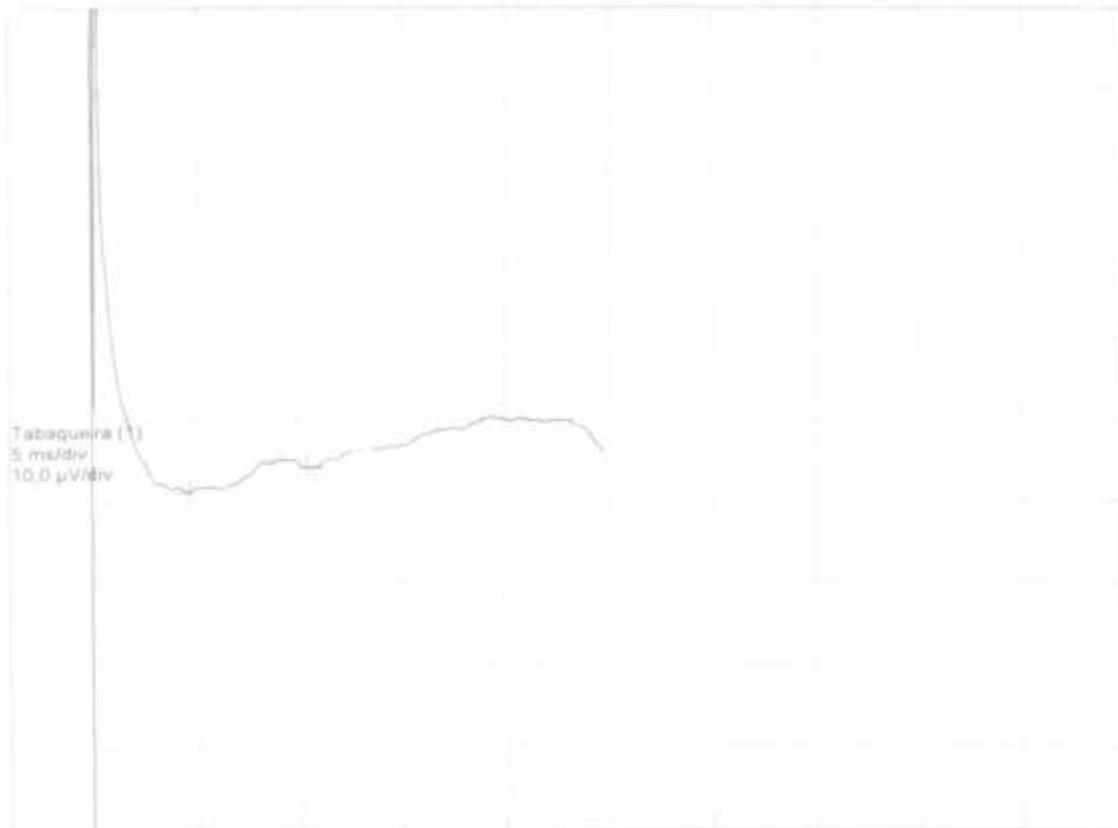
Idade: 10 anos

NEUROTEC @
Eletroencefalógrafo

Nervo: Radial E Antebraço - Tabaqueira Anat

Tipo: VCS

Data: 25/09/2018



Curva	Local do Estímulo	Latência				Amplitude		Vel. de Condução	
		Inicio [ms]	Pico [ms]	Cur [ms]	Área	Base-Pico [µV]	Pico-Pico [µV]	Dist [cm]	Vel. Cond [m/s]
(1)	Antebraço	6.84	9.03	5.74	38.51	3.86	0.87	10.0	21.56



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Triceps E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO			Curva	Duração [ms]	Amplitude [mV]
Atividade de Inserção	Fibrilações	Onda Aguda Positiva			
Fasciculação			(1)	50.42	3.62
Descarga de Alta Frequência			(2)	0.00	0.00
ATIV. VOLUNTÁRIA					
AM	DU	PC			
ESFORÇO					
Esforço					
Ramificação Média					



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

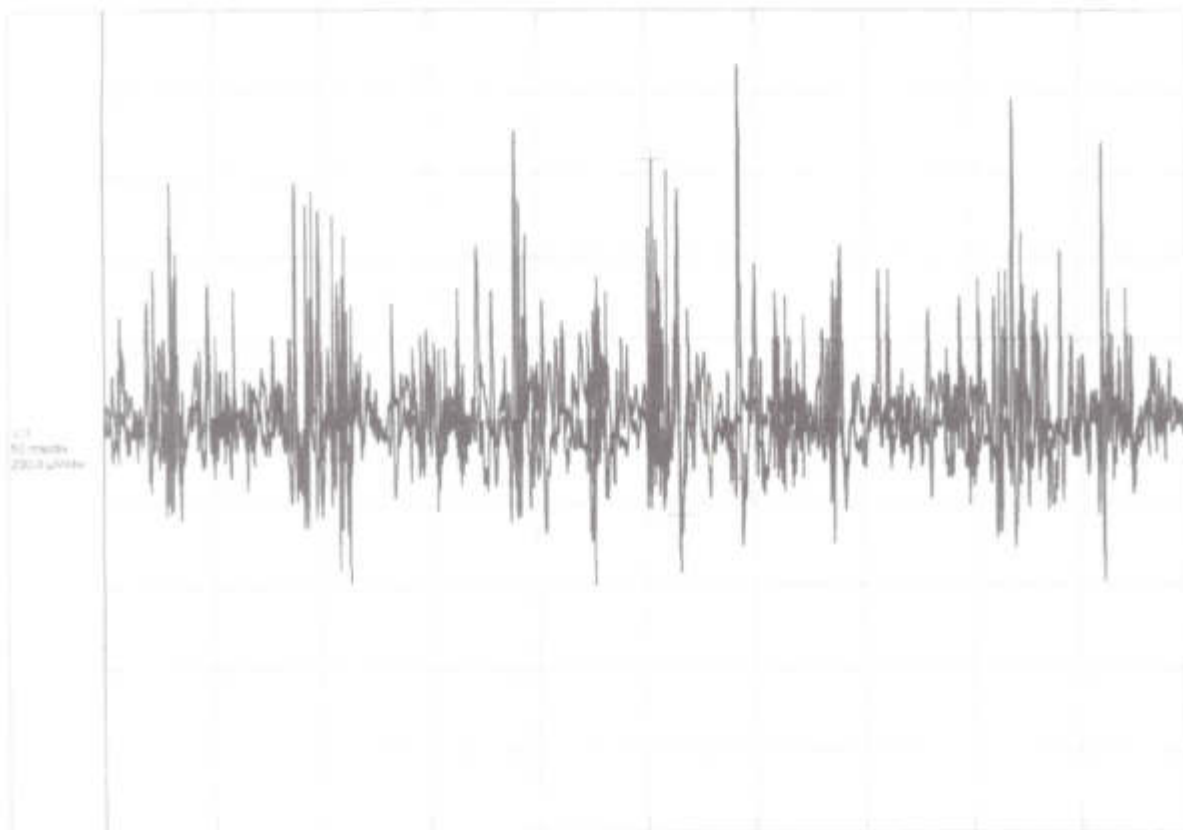
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Braquiorradial E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO			Curva	Duração	Amplitude
Aktividade de Inserção	Fibrações	Onda Aguda Positiva		[ms]	[mV]
			(1)	47,40	0,88
Fasciculação	Descarga de Alta Frequência		(2)	0,00	0,00
ATIV. VOLUNTÁRIA					
AM	DU	PO			
ESFORÇO					
Esforço					
Rarefação Média					



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

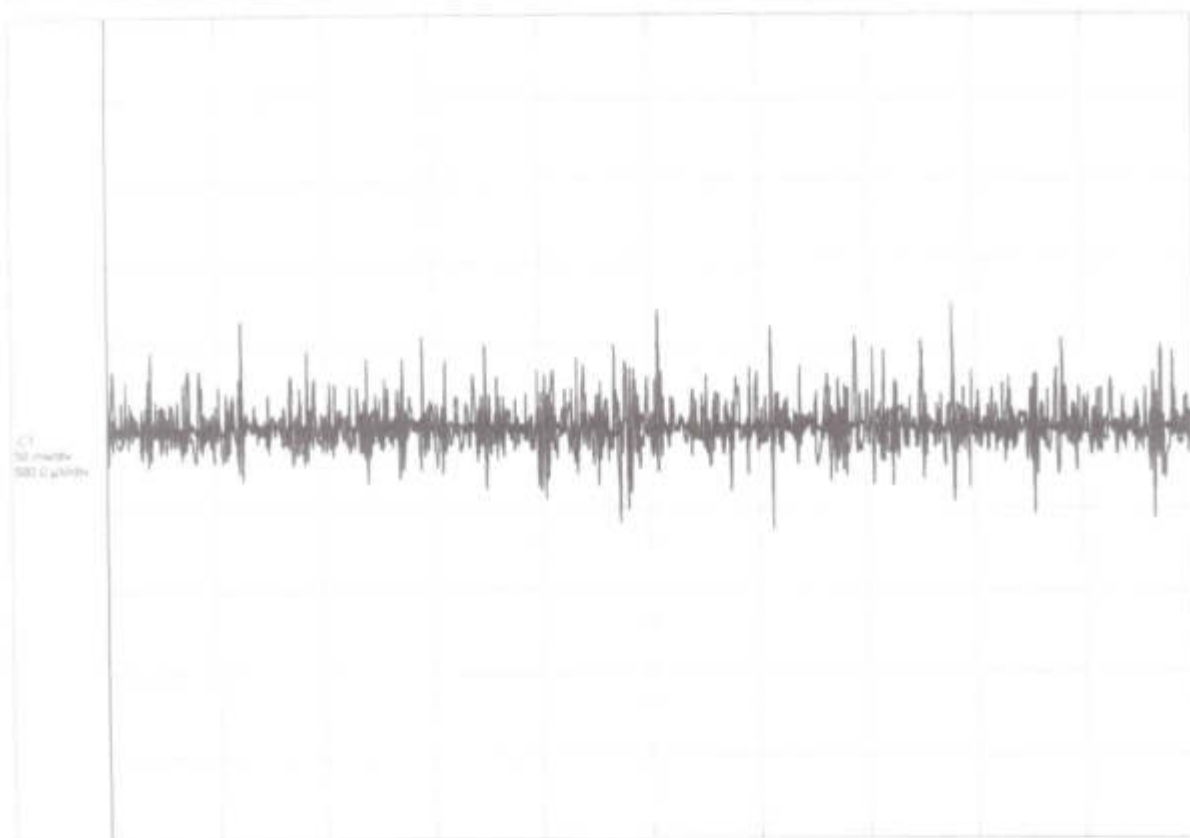
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Flexor ulnar do carpo-E

Tipo: EMG

Data: 25/06/2018



REPOUSO			Curva	Duração (ms)	Amplitude (mV)
Atividade de inserção	Fibrações	Onda Aguda Positiva			
Fasciculação			(1)	0.00	0.00
			(2)	0.00	0.00
Descarga de Alta Frequência					
ATIV. VOLUNTÁRIA					
AM	DU	PO			
ESFORÇO					
Esforço					



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroencefalograma

Músculo: Flexor radial do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018

U1
100 mV
1000 s



REPOUSO

Atividade de Inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva

Fasciculação Descarga de Alta Frequência

Cansa

Duração
[ms]

Amplitude
[mV]

(1)

14,80

0,09

(2)

0,00

0,00

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Normal



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

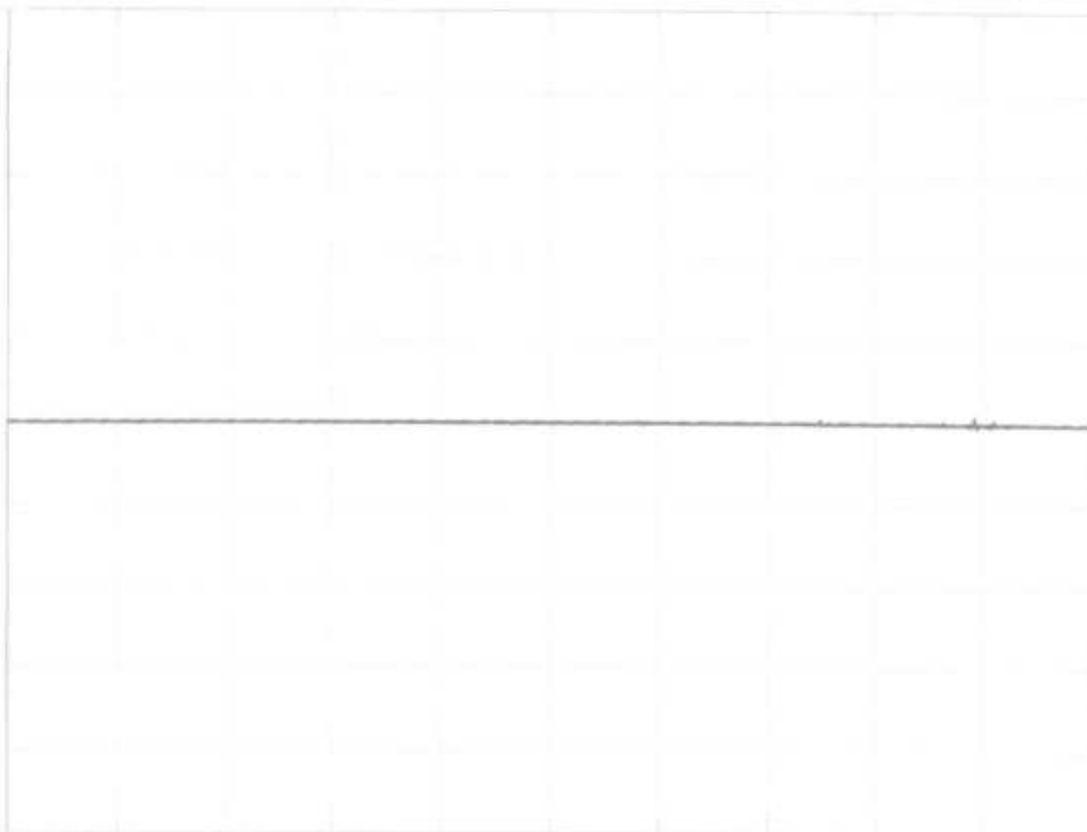
NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor comum dos dedos E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018

C1
100 mV/div
1 s/div



REPOUSO

Atividade de Inserção: Fibrilações Onda Aguda Positiva
Fasciculação: Descarga de Alta Frequência

Curva

Duração

Amplitude

[ms]

[mV]

(1)

0.00

0.00

(2)

0.00

0.00

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Rarefação Acentuada



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

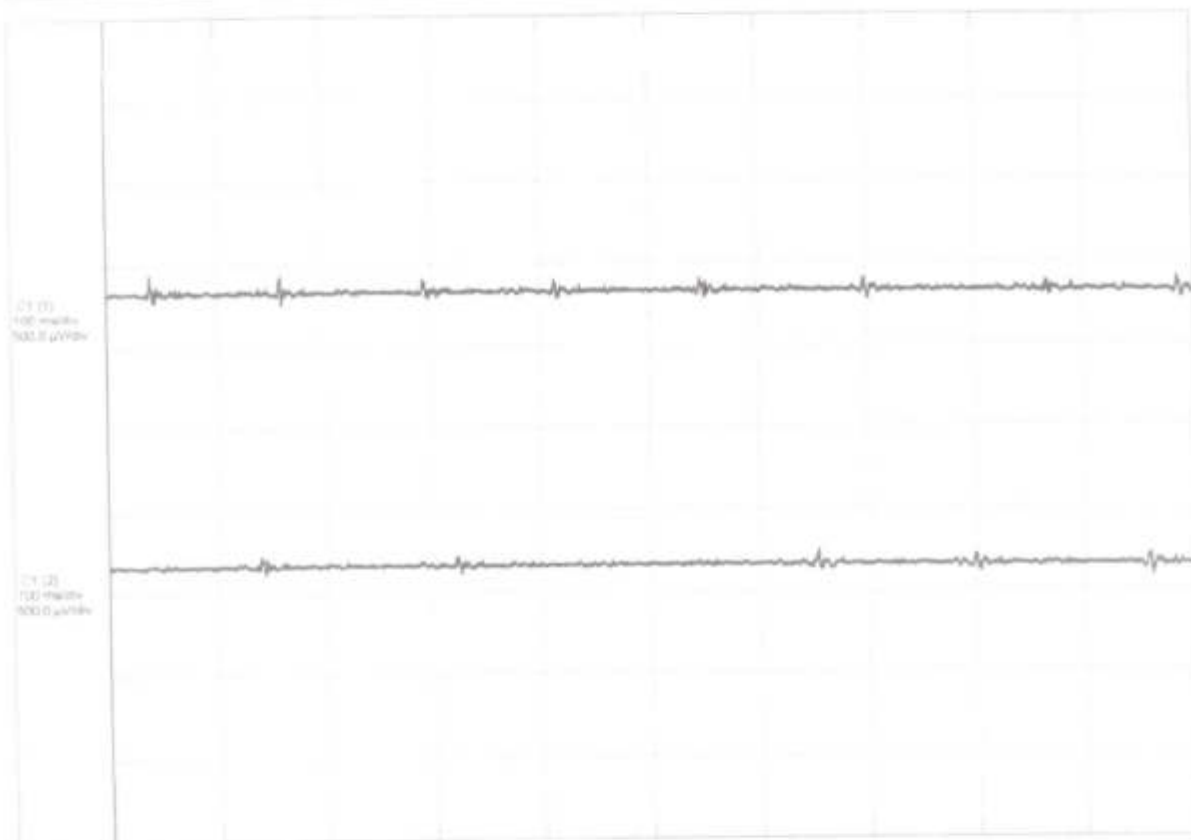
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor próprio do indicador E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO		
Atividade de Inserção	Fibrilações	Onda Aguda Positiva
Fasciculação	Descarga de Alta Frequência	

Curva	Duração [ms]	Amplitude [mV]
(1)	0,00	0,00
(2)	0,00	0,00

ATIV. VOLUNTÁRIA		
AM	DU	PO

ESFORÇO		
Esforço Rarefação Acentuada		



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

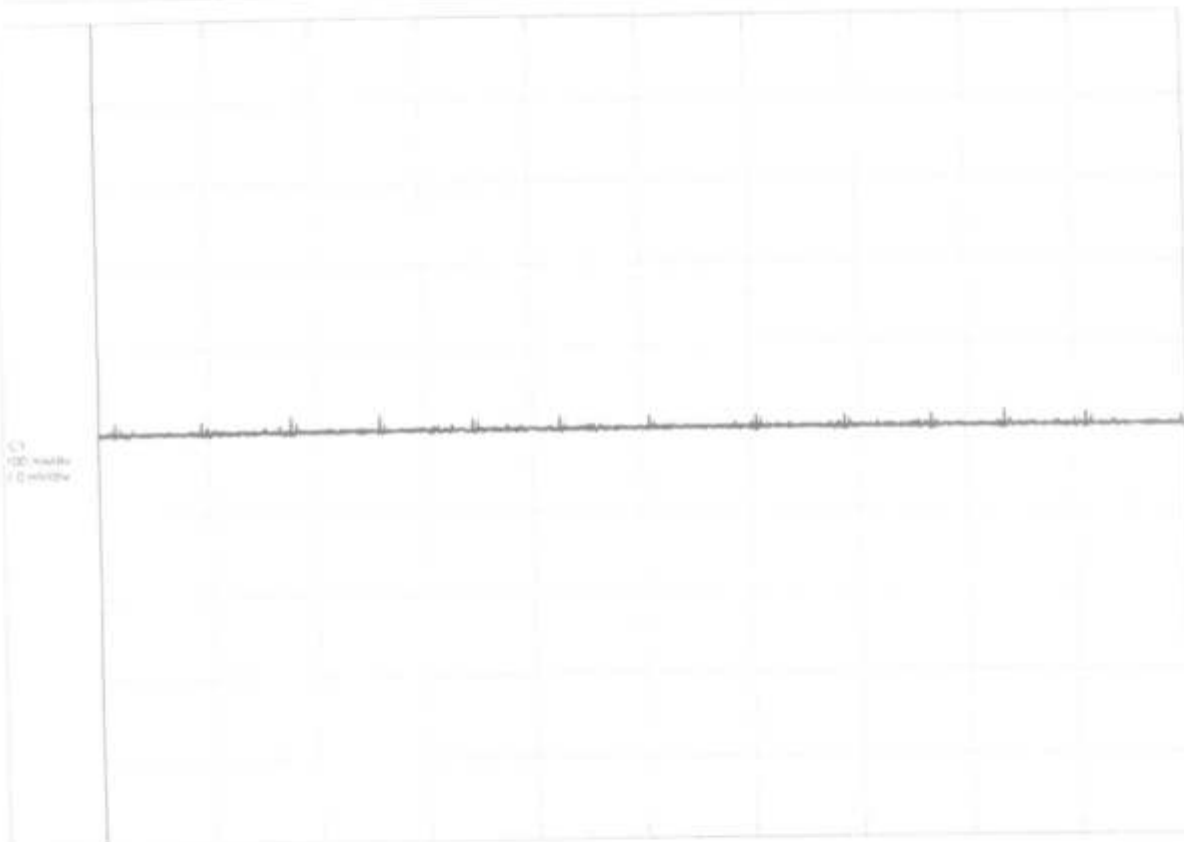
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor longo do polegar E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO
Atividade de Inervação: Fibrilações, Onda Aguda Positiva
Fasciculação: Descarga de Alta Frequência

Curva	Duração (ms)	Amplitude (mV)
(1)	0.00	0.00
(2)	0.00	0.00

ATIV. VOLUNTÁRIA
AM DU PO

ESFORÇO
Esforço



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromógrafo

Músculo: Extensor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/08/2018

CT
100 mV
10 min

REPOUSO
Atividade de inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva
Fasciculação Descarga de Alta Frequência

Curva	Duração [ms]	Amplitude [mV]
(1)	0.00	0.00
(2)	0.00	0.00

ATIV. VOLUNTÁRIA
AM DU PO

ESFORÇO
Esforço
Rarefação Acentuada



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

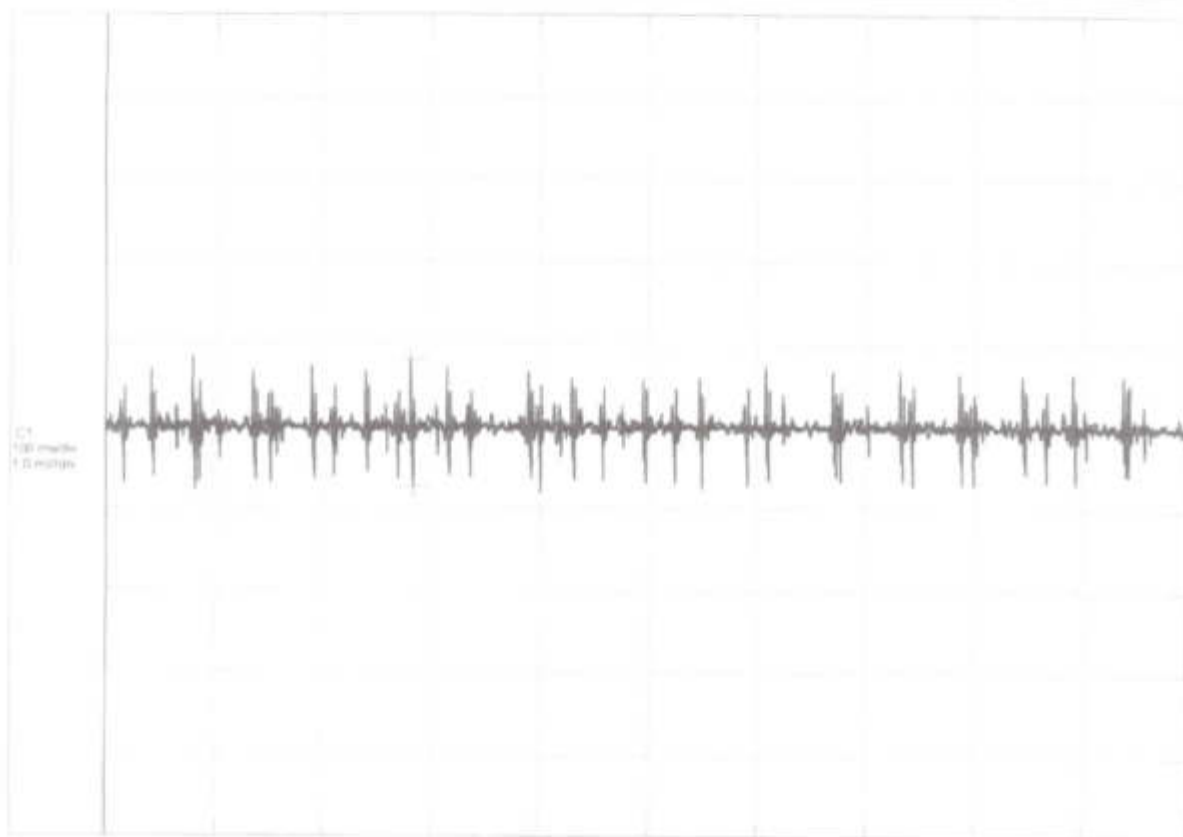
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor radial do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO

Atividade de inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva
Fasciculação Descarga de Alta Frequência

Curva

Duração
[ms]

Amplitude
[mV]

(1)

32,71

1,55

(2)

0,00

0,00

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Rarefação Média

DR. DAGOBERTO CÉSAR

RUA JOÃO CARVALHO, 800 SL. 411
ALDEOTA-FORTALEZA-CEARÁ
FONE: (85)32440564

LAUDO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

Fundamentos Básicos do Exame de Eletromiografia

O Exame de Eletromiografia(ENMG) é um exame de electrodiagnóstico que permite pesquisar a existência de patologias que comprometem a **unidade motora** ou individualmente qualquer um de seus elementos. A **unidade motora** é formada pelo neurônio motor inferior (corpo celular na coluna anterior da medula espinhal), o axônio desse neurônio motor, as junções mioneurais e as fibras musculares inervadas por esse axônio; a Eletromiografia(ENMG) encontra seu fundamento e sua própria razão de ser no estudo da fisiologia da unidade motora(normal e patológica), servindo basicamente – A ENMG- ao estudo das neuropatias, das radiculopatias, das miopatias, das mielopatias, das junções neuromusculares e outras indicações(distúrbios do movimento). O Exame de Eletromiografia, portanto, é um exame limitado, encontrando suas limitações no próprio método empregado e também nas peculiaridades do objeto de seu estudo – A Unidade Motora.

Copyright© NEUROTEC® 1996-2017

EMG/NCV

Versão 3.7.6 - 32 bits

DR. DAGOBERTO CÉSAR

RUA JOÃO CARVALHO-800-SL. 411.
ALDEOTA - FONE : (085) 3244.05.64
FORTALEZA-CEARÁ

LAUDO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

PACIENTE: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

NASCIMENTO: 09/03/2008

REGIÃO EXAMINADA: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

EXAME DE: 25/09/2018

Realizamos testes neurofisiológicos como estudo da neurocondução motora, estudo da neurocondução sensitiva, eletromiografia com agulha monopolar e outros testes neurofisiológicos necessários ao diagnóstico eletroneuromiográfico. **ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES ENCONTRADAS: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO:** Ausência do potencial de ação muscular composto do nervo radial. Prolongamento da latência distal de pico sensitiva, diminuição de acentuada intensidade da amplitude do potencial de ação nervoso sensitivo e diminuição de moderada/accentuada intensidade da velocidade de condução nervosa sensitiva do nervo radial (punho/mão). Rarefação acentuada dos potenciais de ação de unidade motora no extensor próprio do indicador, extensor longo do polegar, no extensor comum dos dedos, no extensor ulnar do carpo; acometimento neurogênico crônico de moderada/accentuada intensidade no triceps, no braquiorradial, no extensor radial do carpo, no flexor radial do carpo.

EXAME COMPATÍVEL COM

1.) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO: Neuropatia axonal do nervo radial, sendo de acentuada intensidade e de aspecto já crônico; o acometimento axonal do nervo radial ocorre ao nível do seu sulco (do nervo radial) no úmero.

2.) Estabelecer correlação com o Quadro Clínico.


A handwritten signature in blue ink is written over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text: 'Dagoberto César', 'Eletromiografia', 'Rua João Carvalho', and 'CEP 61.165-140 - Aldeota - Fortaleza - CE'.



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

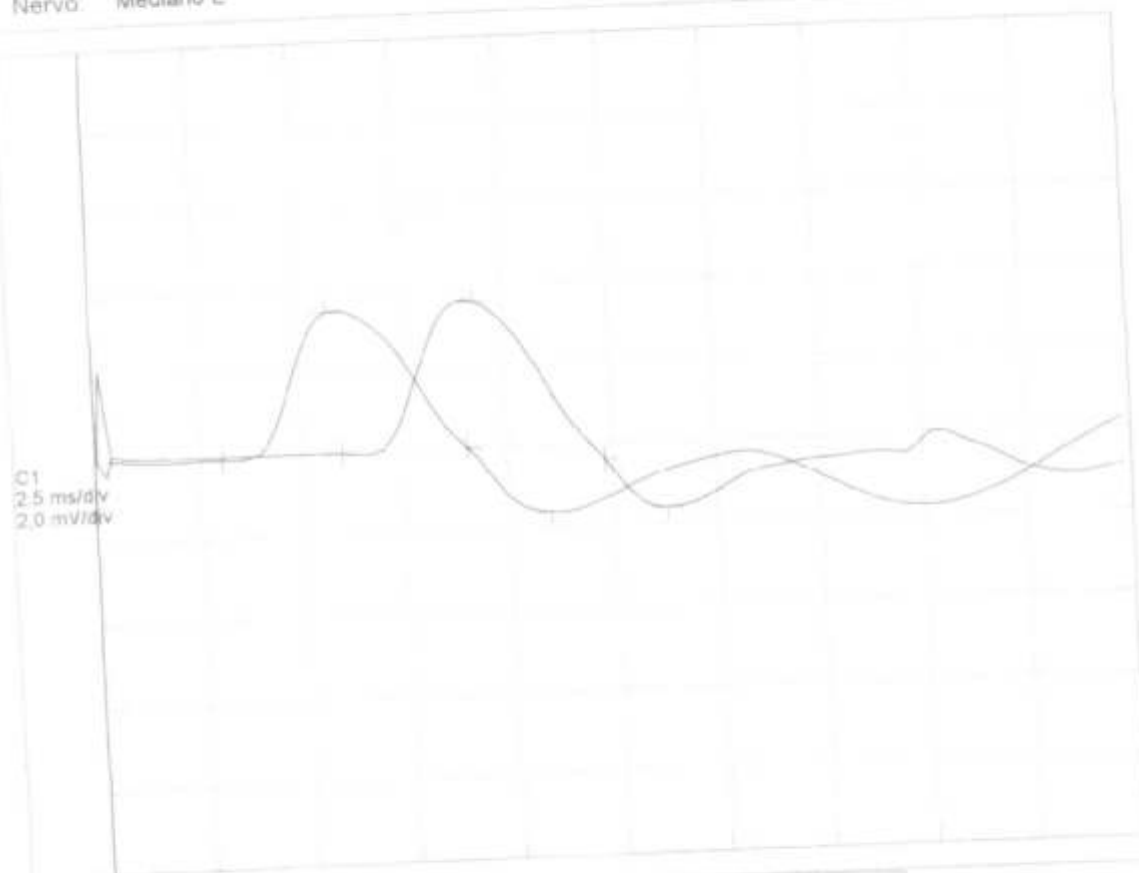
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Mediano E

Tipo: VCM

Data: 25/09/2018



Condiç	Local de Estímulo	Latências		Dur	Área	Amplitudes	
		Inicio [ms]	Fim [ms]			Base-Fim [mV]	Pico-Pico [mV]
(1)	Punho	3.05	5.74	5.98	10.25	3.49	5.04
(2)	Cotovelo	5.56	8.28	8.30	10.50	3.57	5.16

Vel. de Condução			
Segmento	Distância [cm]	Vel. Lat [m/s]	Vel. Cond [m/s]
1 - 2	21.0	2.93	71.67



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

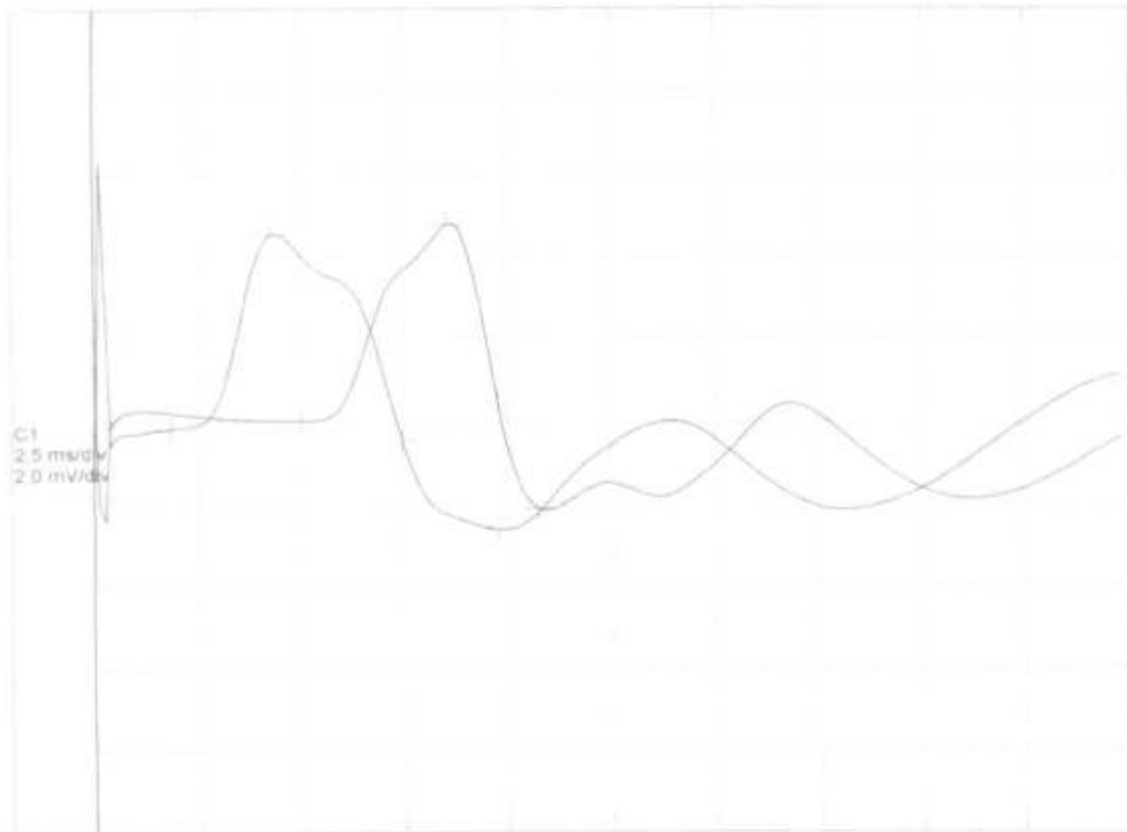
Idade: 10 anos

NEUROTEC 89
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Ulnar E

Tipo: VCM

Data: 25/09/2018



Curva	Local do Estimulo	Latência			Área	Amplitude	
		Inicio (ms)	Pico (ms)	Out (ms)		Base-Pico (mV)	Pico-Pico (mV)
(1)	Punho	1.82	4.27	5.62	13.22	4.72	7.18
(2)	Cotovelo Ombro	5.00	8.54	4.76	11.74	4.76	6.89

Vel. de Condução			
Segmento	Distância (cm)	Del Lat (ms)	Vel Cond (m/s)
1-2	22.0	3.17	69.40



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

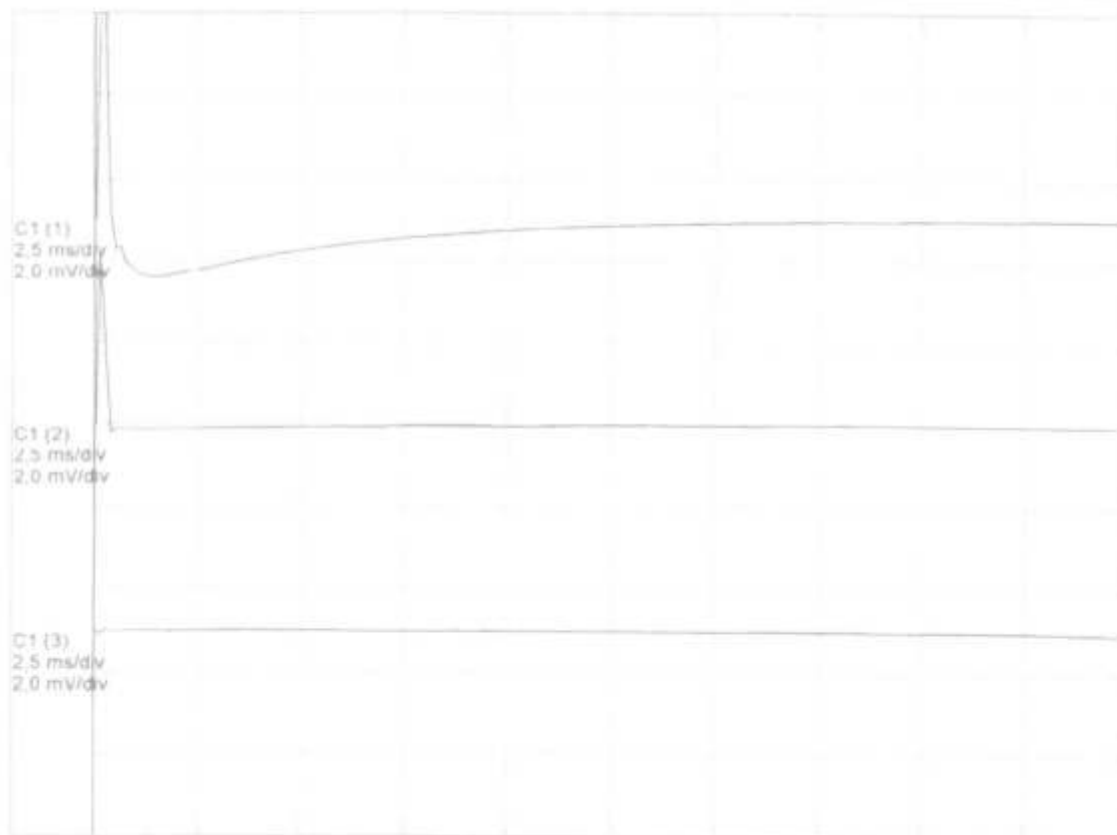
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Radial E (Extensor Próprio do Indica

Tipo: VCM

Data: 25/09/2018



C/Line	Local do Estimulo	Latências			Área	Amplitudes	
		Inicia (ms)	Fim (ms)	Dur (ms)		Base-Pico (mV)	Pico-Pico (mV)
(1)	Antebraço						
(2)	Cotovelo Distal						
(3)	Cotovelo Proximal						



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

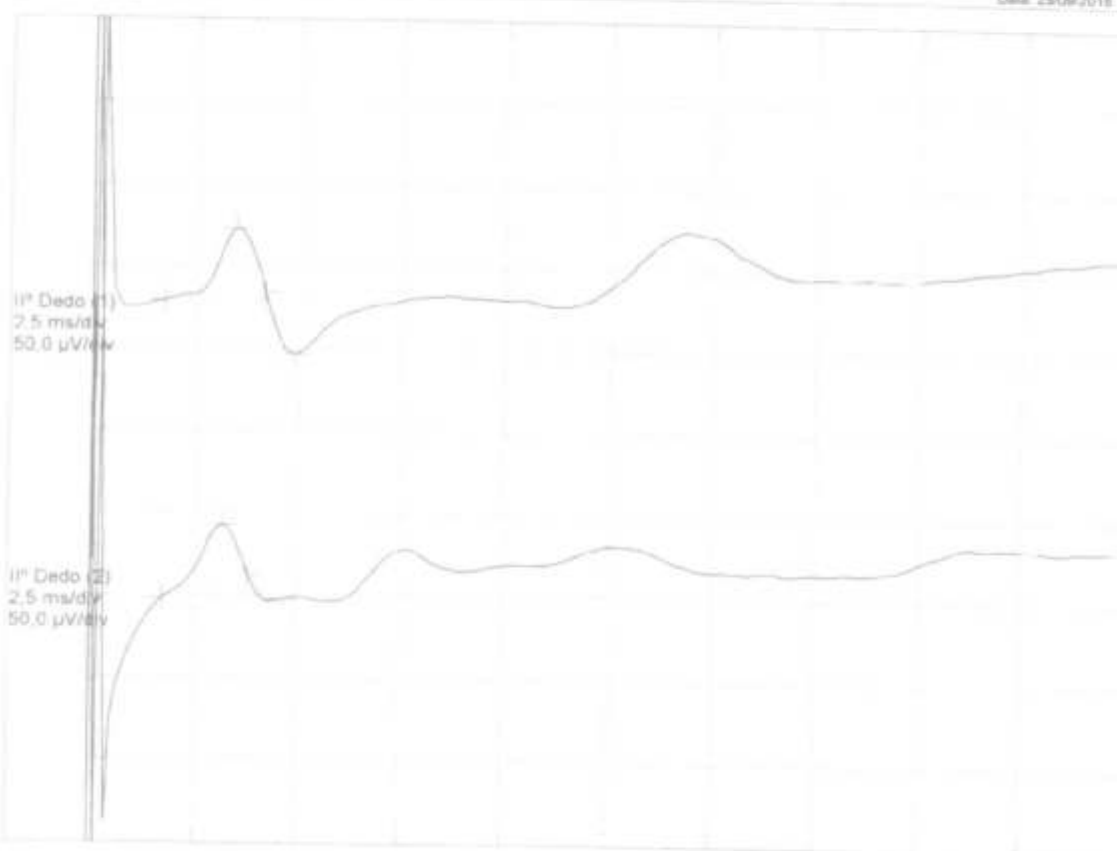
Idade: 10 anos

NEUROTEC ®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Mediano E Punho IIº dedo/Ulnar E Pun

Tipo: VCS

Data: 25/09/2018



Curve	Local do Eletrodo	Latências			Área	Amplitude		Vel. de Condução	
		Início (ms)	Fim (ms)	Dur (ms)		Base-Pico (µV)	Pico-Pico (µV)	Dist (cm)	Vel. Const (m/s)
(1)	Punho	1.71	3.42	2.44	37.20	43.62	75.66	10.0	56.47
(2)	Perna	1.71	3.17	2.09	26.51	44.63	45.21	10.0	56.47



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

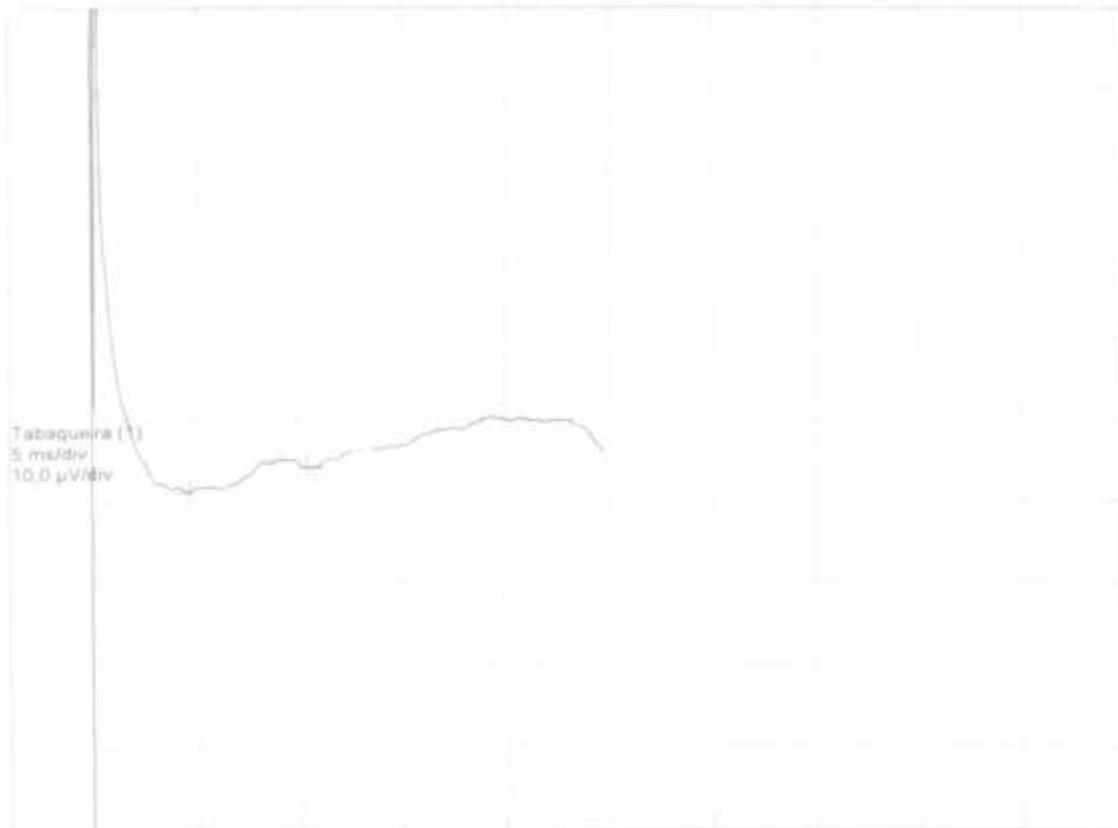
Idade: 10 anos

NEUROTEC @
Eletroencefalógrafo

Nervo: Radial E Antebraço - Tabaqueira Anat

Tipo: VCS

Data: 25/09/2018



Curva	Local do Estímulo	Latência				Amplitude		Vel. de Condução	
		Inicio (ms)	Fim (ms)	Dur (ms)	Área	Base-Pico (µV)	Pico-Pico (µV)	Dist (cm)	Vel. Cond (m/s)
(1)	Antebraço	6.84	9.03	5.74	38.51	3.86	0.87	10.0	21.56



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Triceps E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO

Atividade de Inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva

Fasciculação Descarga de Alta Frequência

Curva

Duração

Amplitude

[ms]

[mV]

(1)

50.42

3.62

(2)

0.00

0.00

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PC

ESFORÇO

Esforço
Ramificação Média



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

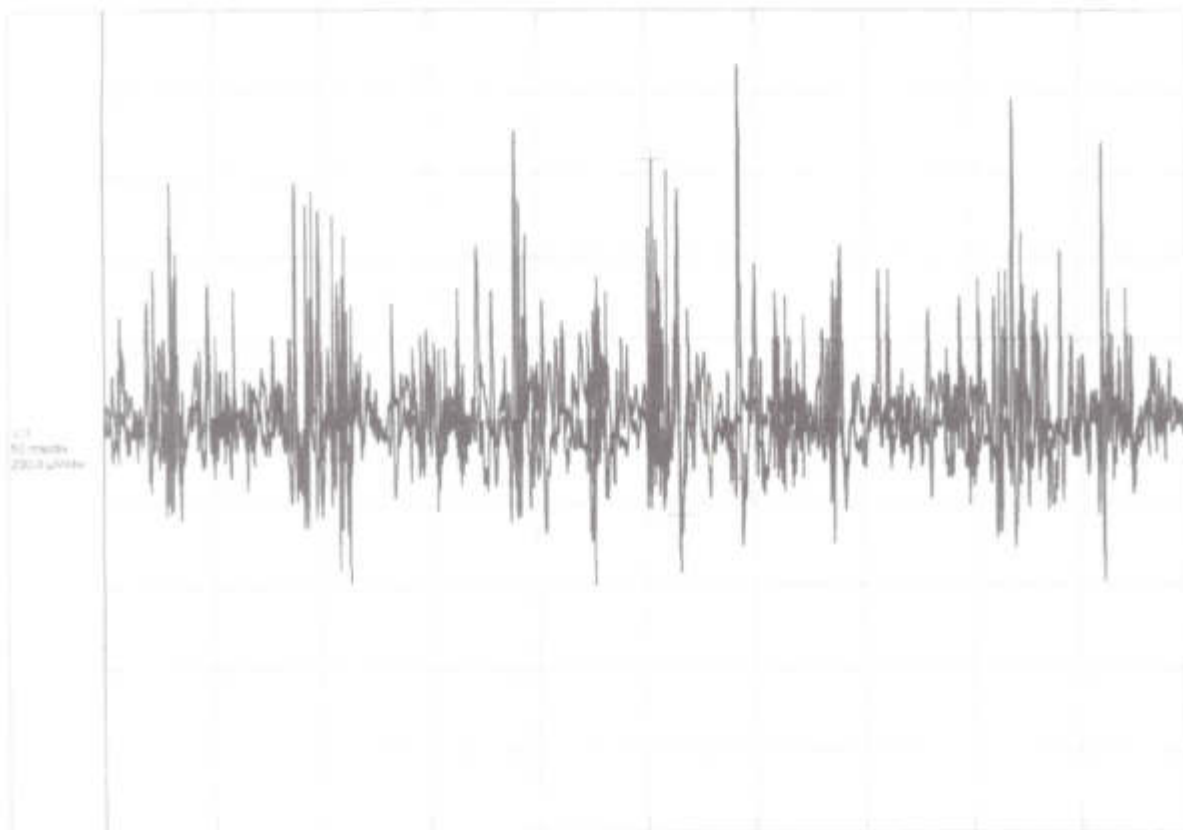
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Braquiorradial E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO			Curva	Duração	Amplitude
Aktividade de Inserção	Fibrações	Onda Aguda Positiva		[ms]	[mV]
			(1)	47.40	0.88
Fasciculação	Descarga de Alta Frequência		(2)	0.00	0.00
ATIV. VOLUNTÁRIA					
AM	DU	PO			
ESFORÇO					
Esforço					
Rarefação Média					



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

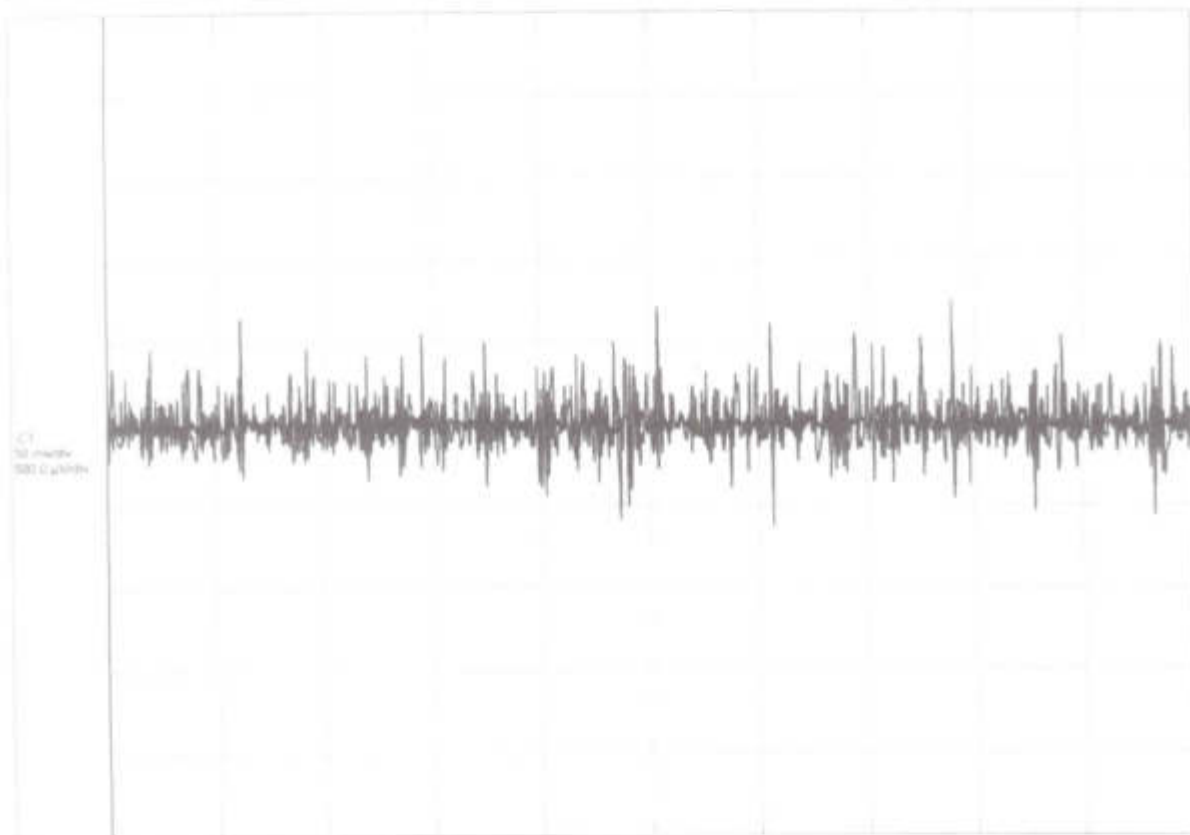
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Flexor ulnar do carpo-E

Tipo: EMG

Data: 25/06/2018



REPOUSO			Curva	Duração	Amplitude
Atividade de inserção	Fibrações	Onda Aguda Positiva	(1)	(ms)	(mV)
			(2)	0.00	0.00
Fasciculação	Descarga de Alta Frequência			0.00	0.00
ATIV. VOLUNTÁRIA					
AM	DU	PO			
ESFORÇO					
Esforço					



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroencefalograma

Músculo: Flexor radial do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018

U1
100 mV
1000 s



REPOUSO		
Atividade de Inserção	Fibrações	Onda Aguda Positiva
Fasciculação	Descarga de Alta Frequência	

Cansa	Duração [ms]	Amplitude [mV]
(1)	14,80	0,09
(2)	0,00	0,00

ATIV. VOLUNTÁRIA		
AM	DU	PO

ESFORÇO		
Esforço Normal		



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

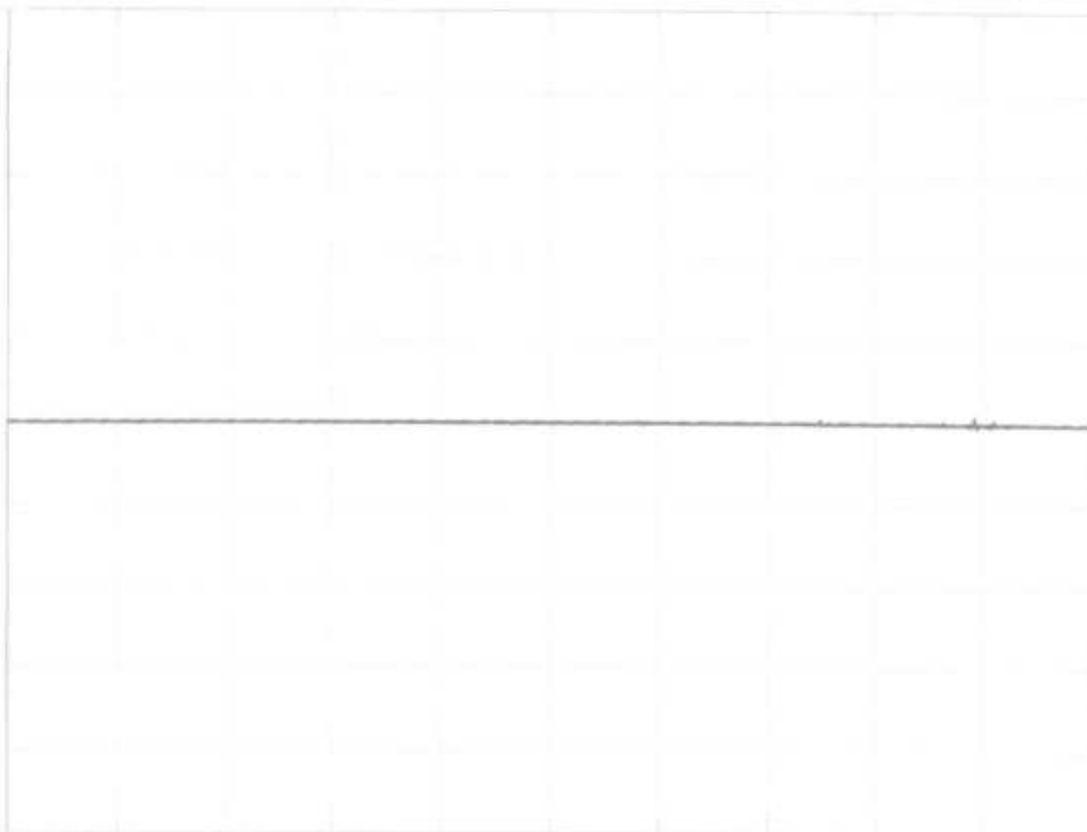
NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor comum dos dedos E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018

C1
100 mV/div
1 s/div



REPOUSO

Atividade de Inserção: Fibrilações Onda Aguda Positiva
Fasciculação: Descarga de Alta Frequência

Curvas

Duração

Amplitude

[ms]

[mV]

(1)

0.00

0.00

(2)

0.00

0.00

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Rarefação Acentuada



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

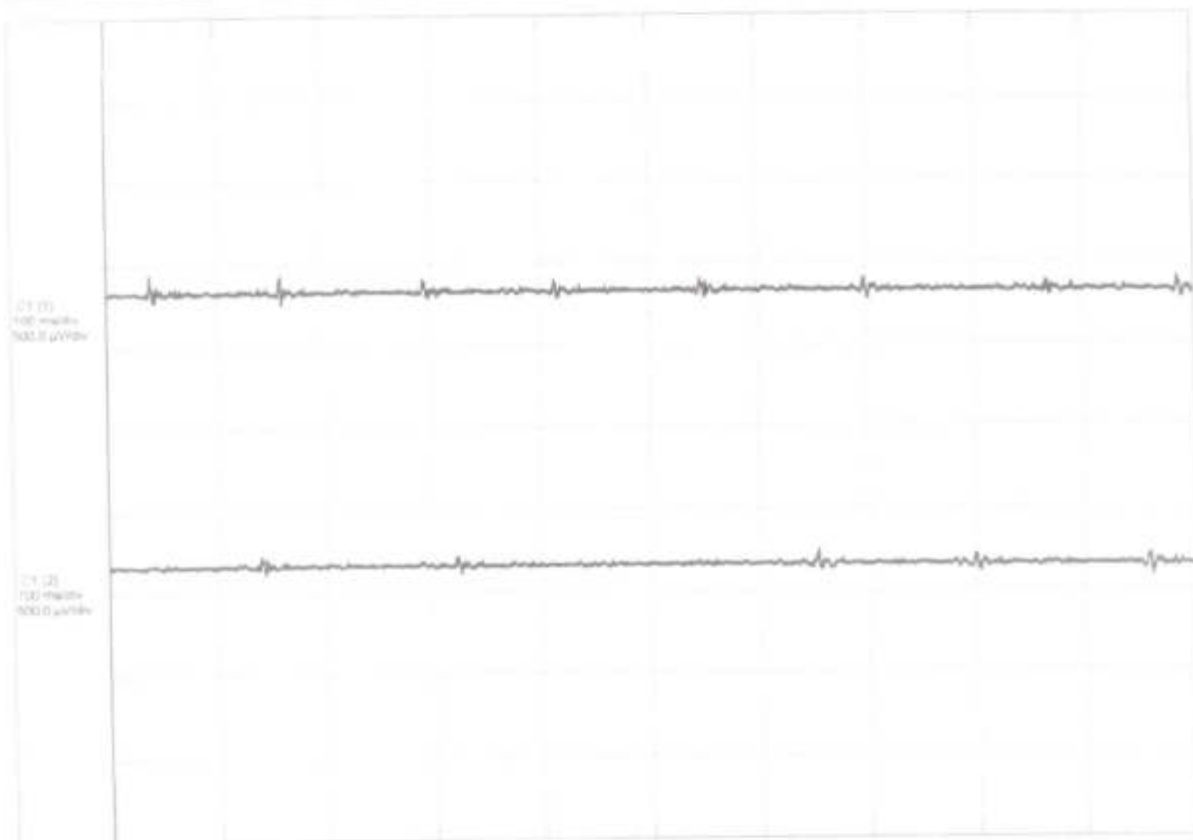
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor próprio do indicador E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO		
Atividade de Inserção	Fibrilações	Onda Aguda Positiva
Fasciculação	Descarga de Alta Frequência	

Curva	Duração [ms]	Amplitude [mV]
(1)	0,00	0,00
(2)	0,00	0,00

ATIV. VOLUNTÁRIA		
AM	DU	PO

ESFORÇO	
Esforço	
Rarefação Acentuada	



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

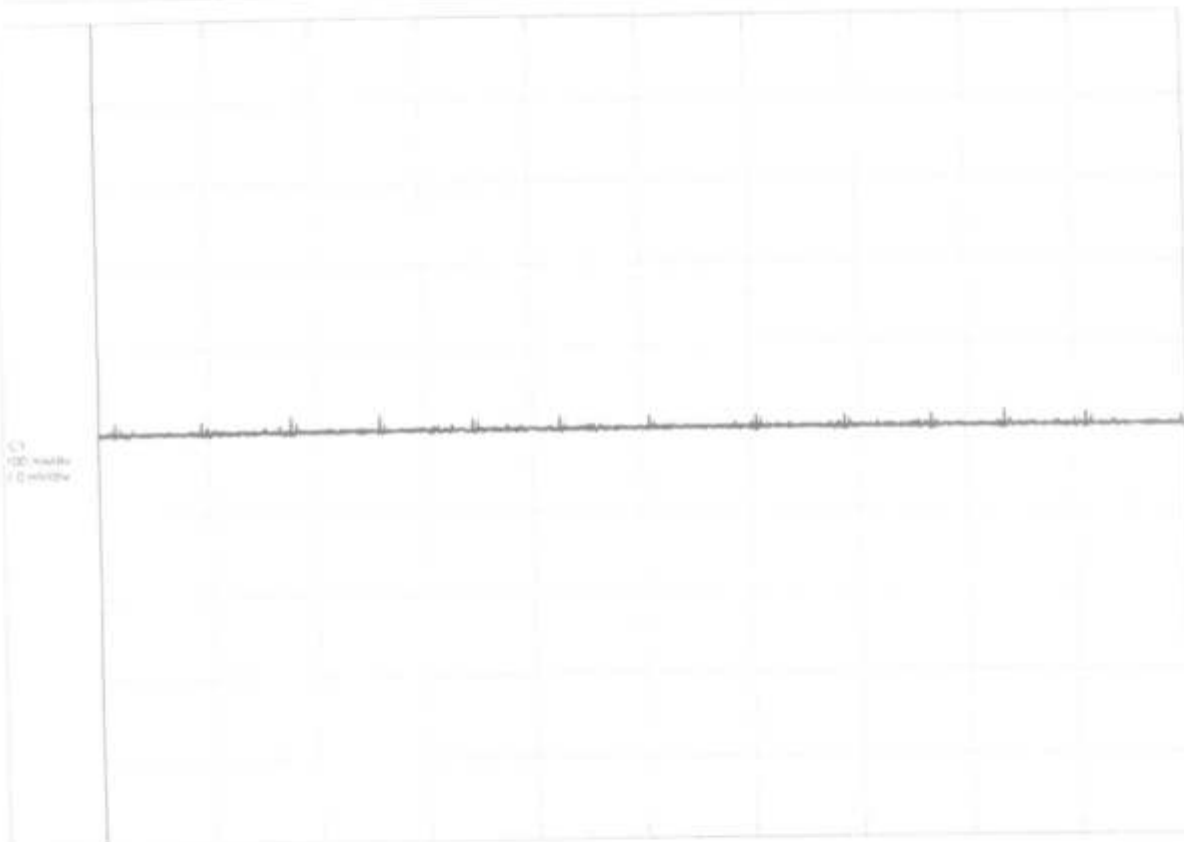
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor longo do polegar E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO
Atividade de Inervação: Fibrilações, Onda Aguda Positiva
Fasciculação: Descarga de Alta Frequência

Curva	Duração [ms]	Amplitude [mV]
(1)	0.00	0.00
(2)	0.00	0.00

ATIV. VOLUNTÁRIA
AM DU PO

ESFORÇO
Esforço



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/08/2018

CT
100 mV
10 min

REPOUSO
Atividade de inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva
Fasciculação Descarga de Alta Frequência

Curva	Duração [ms]	Amplitude [mV]
(1)	0.00	0.00
(2)	0.00	0.00

ATIV. VOLUNTÁRIA
AM DU PO

ESFORÇO
Esforço
Rarefação Acentuada



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

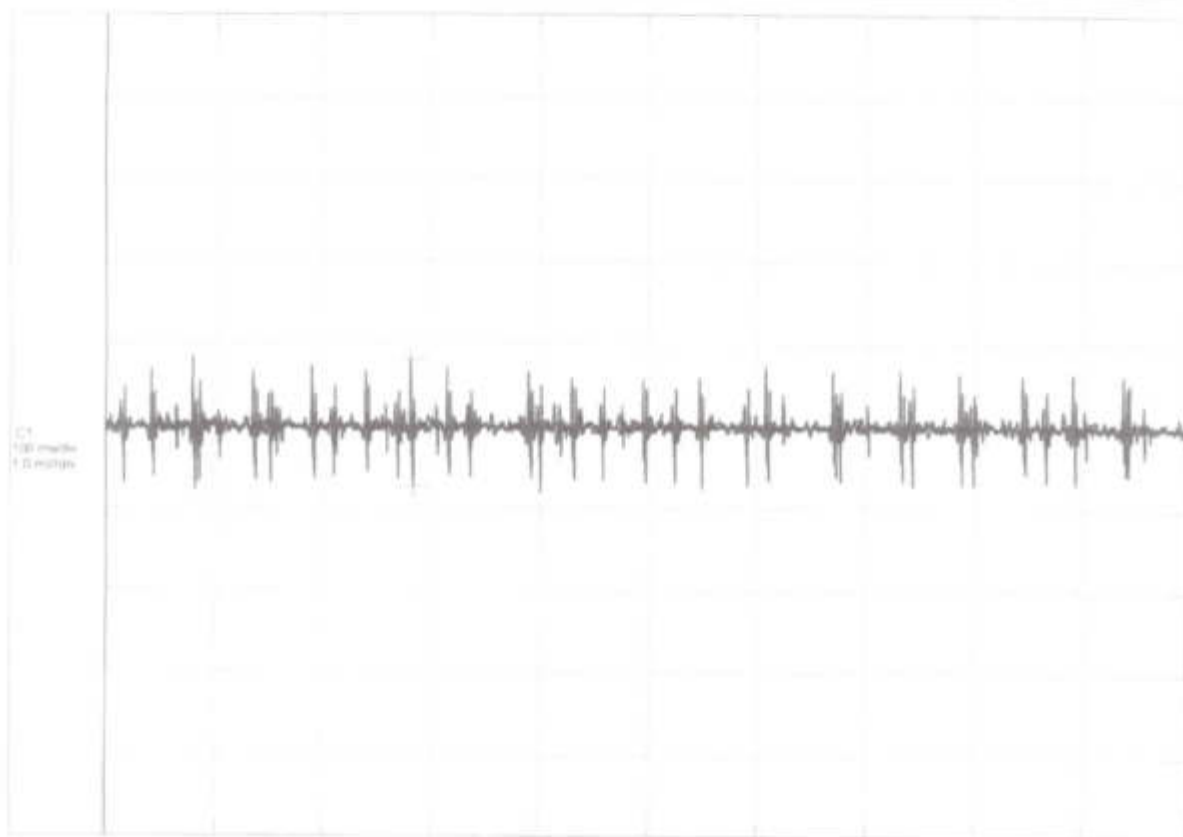
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor radial do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO

Atividade de inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva
Fasciculação Descarga de Alta Frequência

Curva

Duração
[ms]

Amplitude
[mV]

(1)

32,71

1,55

(2)

0,00

0,00

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Rarefação Média



Dr. Marcus Gadelha

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

ATESTADO

NOME: **DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA **20/01/2018**. **SOFREU FRATURA DE ÚMERO A ESQUERDA**. PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE), SEGUIDO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO POLEGAR E REDUÇÃO NA FORÇA DE PRENSÃO PALMAR (LESÃO DE NERVO RADIAL ESQUERDO). PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 80% DA MAO ESQUERDA.

DATA 22/06/18

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

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

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

02/02/2018

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE CAÇUAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DANIEL MAGIEL ALONSO DE ABREU

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

20664

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898004123867016

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/03/62

9 - SEXO

Macho ☒ Fêmea ☐

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

Fátima Rosa de S. ALONSO

11 - TELEFONE DE CONTATO

3182361421

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Pe. Ricardo 759 SOLETRAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAÇUAIA

14 - CÓD. BGE MUNICÍPIO

23.03.2

15 - UF

06

16 - CEP

16300-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃODor de mato
na região lombar no mto e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor de compressão

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

Ampliação de canal

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Fm. de canal

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fm. de canal

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

41.12.01.01

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS OFF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPI) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

1102602283-77

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNR DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () OFF

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

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2318.100726340

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

02/02/18

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Vanderlei
SANTOS
CPF: 472.263.40

Paulo Estorinha



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Nº 29.664

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

NOME: <u>JOÃO MARCELO ALGEMAR DE ABRAO</u>					
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	COR	SEXO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE
<u>09-03-2008</u>	<u>9</u>		<u>M</u>	<u>SOLTEIRO</u>	<u>FORTALEZA</u>
IDENTIDADE		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO	
<u>201653768</u>					
PAIS: <u>JOSE IVANILDO BARBOSA DE ABRAO, FIA ADRIANA DE S. ALGEMAR</u>					
ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>Rua Pe. Cicelo</u>					Nº: <u>7109</u>
BAIRRO	MUNICÍPIO		FONE		
<u>SOLOMOS</u>	<u>CAUCAIA</u>				
NOME DO RESPONSÁVEL: <u>FIA ADRIANA DE S. ALGEMAR</u>					FONE
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL					
DATA DE ADMISSÃO: <u>20/01/12</u> HORA ADMISSÃO: <u>21:00</u>					FUNCIONÁRIO: <u>DR. JOSE</u>
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO:					
EXAME FÍSICO:					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
EXAME COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					

Assinatura do Médico

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: Danilo Maciel Alencar N° PRONTUÁRIO:

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
24/01/18	Com 117 cm VOLUME INFOS PUL - LD 1-15 D.O. 5/18 C. MORA	
	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRMCE 7.207	
24/01/18	Paciente da pediatria Paciente físico-geral, bom de estado de saúde pediátrico, pode receber alta. Rota su avaliada pela traumatologia para o mesmo com um o braço	
24.01.18 10:30	Paciente, D.M. A.A., 9 anos, ♂, 2º DPO de intermitentes de fratura de tíbia (C). Segue consciente, orientado, verbaliza, deambulando, afebril. Não refere queixas algumas no momento. Orientado a deambu- lar. Responde boas de curativos, fo- ra curativos fechados, queda limpa e sem secreção nos curativos de amputação.	Liana M. Mendes Pediatra CREMBC 4779
25/01	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRMCE 7.207	
	Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRMCE 7.207	



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

Paulo M. da

600 Ruas Fico 6015 ———— Aut
35 60 12/12

a) UNIVIVO DE DOIS DOIS DOIS

Peterson C. M. Bruno da
05/02 15 07:00

E se FESIG → PETRONIA ANJO

21/1/18

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5574 TEUT 7.207

MUNICÍPIO DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
CAUCAIA - CE

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) Paulo Sérgio M. Roci

portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

Necessita de 3 (Três) dias de Afastamento
POR EXTENSO

do Trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

DATA 29/04/18

25/1/18

Hospital ou Ambulatório

Local e Data

Dr. Paulo Sérgio M. Roci
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 5674 / TEL: 7.201

Ass. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art 86
RGPS, Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14-03-67 e será expedido
para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: DANIEL MARIOL ALENCAR DOS ABREU

IDADE: 9 ENDEREÇO: Rua PC. EISEN BAIRRO: SOLIMÃO

DATA ADMISSÃO: 20/01/18 DATA ALTA: 25/01/18

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fraqueza do membro 6º

EVOLUÇÃO MÉDICA: Re. Com os exames e

laqueio do membro 5º e 6º
clavicular e do 6º

DIAGNÓSTICO FINAL: O mesmo

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

(X) AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE: Dr. Paulo

DATA: 25/1/18

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 5674 TÍT: 7.207

05/02
07-14

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

DR. DAGOBERTO CÉSAR

RUA JOÃO CARVALHO, 800 SL. 411
ALDEOTA-FORTALEZA-CEARÁ
FONE: (85)32440564

LAUDO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

Fundamentos Básicos do Exame de Eletroneuromiografia

O Exame de Eletroneuromiografia(ENMG) é um exame de electrodiagnóstico que permite pesquisar a existência de patologias que comprometem a **unidade motora** ou individualmente qualquer um de seus elementos. A **unidade motora** é formada pelo neurônio motor inferior (corpo celular na coluna anterior da medula espinhal), o axônio desse neurônio motor, as junções mioneurais e as fibras musculares inervadas por esse axônio; a Eletroneuromiografia(ENMG) encontra seu fundamento e sua própria razão de ser no estudo da fisiologia da unidade motora(normal e patológica), servindo basicamente – A ENMG- ao estudo das neuropatias, das radiculopatias, das miopatias, das mielopatias, das junções neuromusculares e outras indicações(distúrbios do movimento). O Exame de Eletroneuromiografia, portanto, é um exame limitado, encontrando suas limitações no próprio método empregado e também nas peculiaridades do objeto de seu estudo – A Unidade Motora.

Copyright© NEUROTEC® 1996-2017

EMG/NCV

Versão 3.7.6 - 32 bits

 NEUROTEC® - Pesquisa e Desenvolvimento em Biomedicina

DR. DAGOBERTO CÉSAR

RUA JOÃO CARVALHO-800-SL. 411.
ALDEOTA - FONE : (085) 3244.05.64
FORTALEZA-CEARÁ

LAUDO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

PACIENTE: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

NASCIMENTO: 09/03/2008

REGIÃO EXAMINADA: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

EXAME DE: 25/09/2018

Realizamos testes neurofisiológicos como estudo da neurocondução motora, estudo da neurocondução sensitiva, eletromiografia com agulha monopolar e outros testes neurofisiológicos necessários ao diagnóstico eletroneuromiográfico. **ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES ENCONTRADAS: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO:** Ausência do potencial de ação muscular composto do nervo radial. Prolongamento da latência distal de pico sensitiva, diminuição de acentuada intensidade da amplitude do potencial de ação nervoso sensitivo e diminuição de moderada/accentuada intensidade da velocidade de condução nervosa sensitiva do nervo radial (punho/mão). Rarefação acentuada dos potenciais de ação de unidade motora no extensor próprio do indicador, extensor longo do polegar, no extensor comum dos dedos, no extensor ulnar do carpo; acometimento neurogênico crônico de moderada/accentuada intensidade no triceps, no braquiorradial, no extensor radial do carpo, no flexor radial do carpo.

EXAME COMPATÍVEL COM

1.) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO: Neuropatia axonal do nervo radial, sendo de acentuada intensidade e de aspecto já crônico; o acometimento axonal do nervo radial ocorre ao nível do seu sulco (do nervo radial) no úmero.

2.) Estabelecer correlação com o Quadro Clínico.

Dr. Dagoberto César - CRM 10.000
Neurologia - Neuromiografia Clínica
Rua João Carvalho 800 - Aldeota - Fortaleza - CE
CEP: 60.140-140 Aldeota / Fone: (085) 3244.0564



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

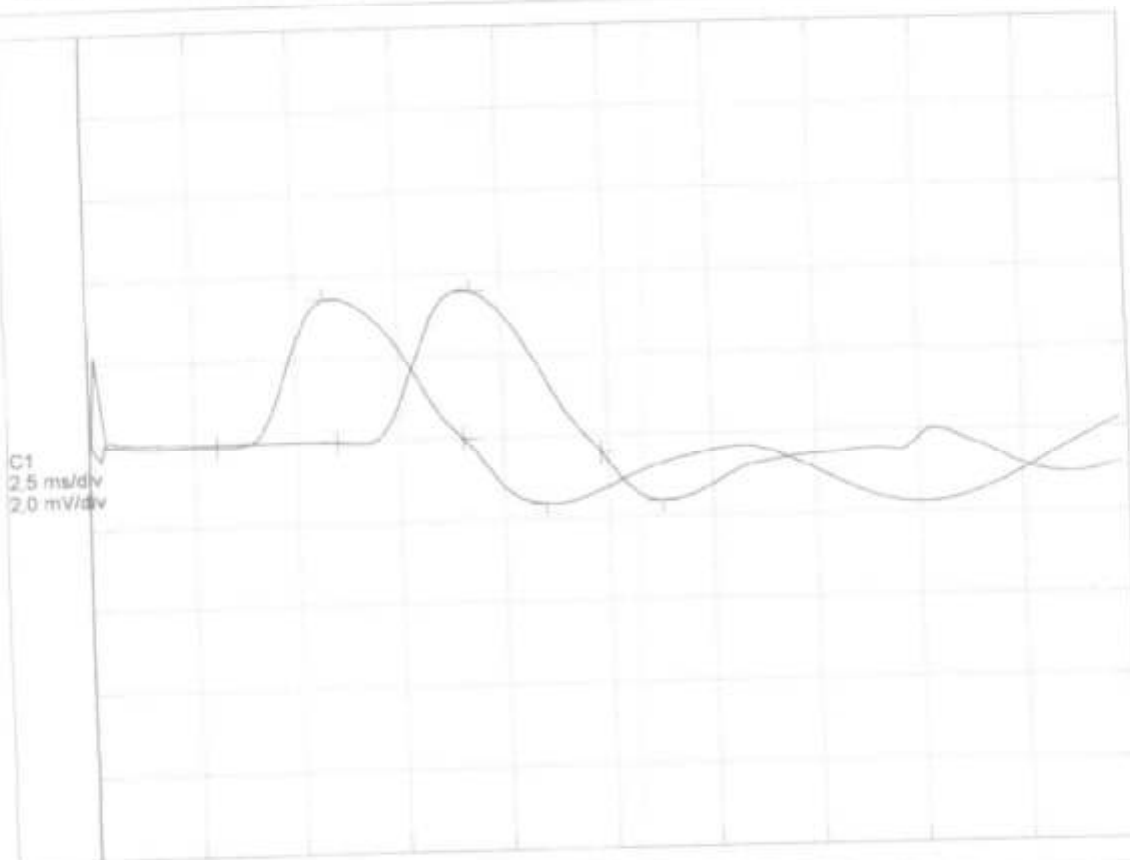
NEUROTEC ®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Mediano E

Tipo: VCM

Data: 25/09/2018

C1
2.5 ms/div
2.0 mV/div



Crus	Local do Estímulo	Latências			Área	Amplitude	
		Início [ms]	Pico [ms]	Off [ms]		Base-Pico [mV]	Pico-Pico [mV]
(1)	Punho	3.05	5.74	5.99	10.25	3.49	5.04
(2)	Cotovelo	5.58	8.28	8.35	10.50	3.57	5.18
Vel. de Condução							
Segmento	Distância [cm]	Of. Lat [ms]	Vel. Cond. [m/s]				
1-2	21.0	2.93	71.67				



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

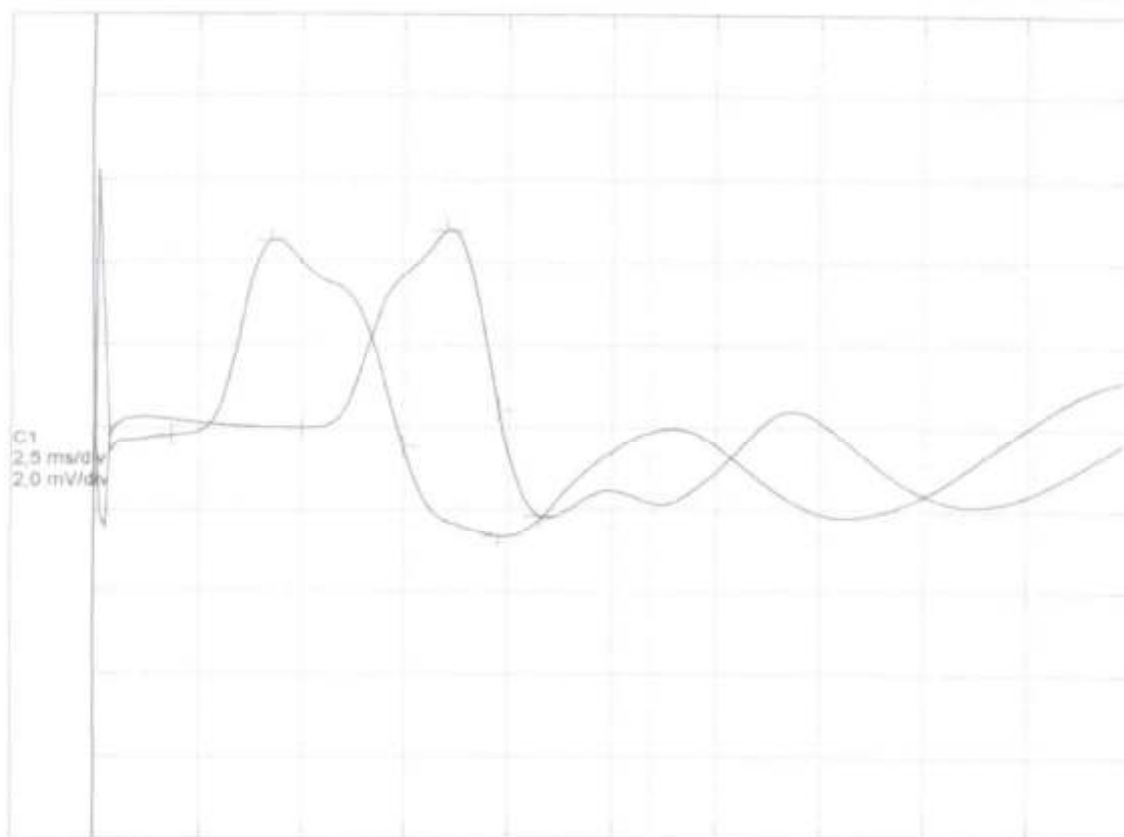
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Ulnar E

Tipo: VCM

Data: 25/09/2018



Curva	Local do Estímulo	Latências			Área	Amplitudes	
		nico [ms]	Pico [ms]	Out [ms]		Base-Pico [mV]	Pico-Pico [mV]
(1)	Punho	1.83	4.27	5.62	13.22	4.72	7.16
(2)	Cotovelo Distal	5.00	8.54	4.76	11.54	4.76	8.86

Vel. de Condução			
Segmento	Distância [cm]	OF Lat [ms]	Vel. Cond [m/s]
1-2	22.0	3.11	69.40



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

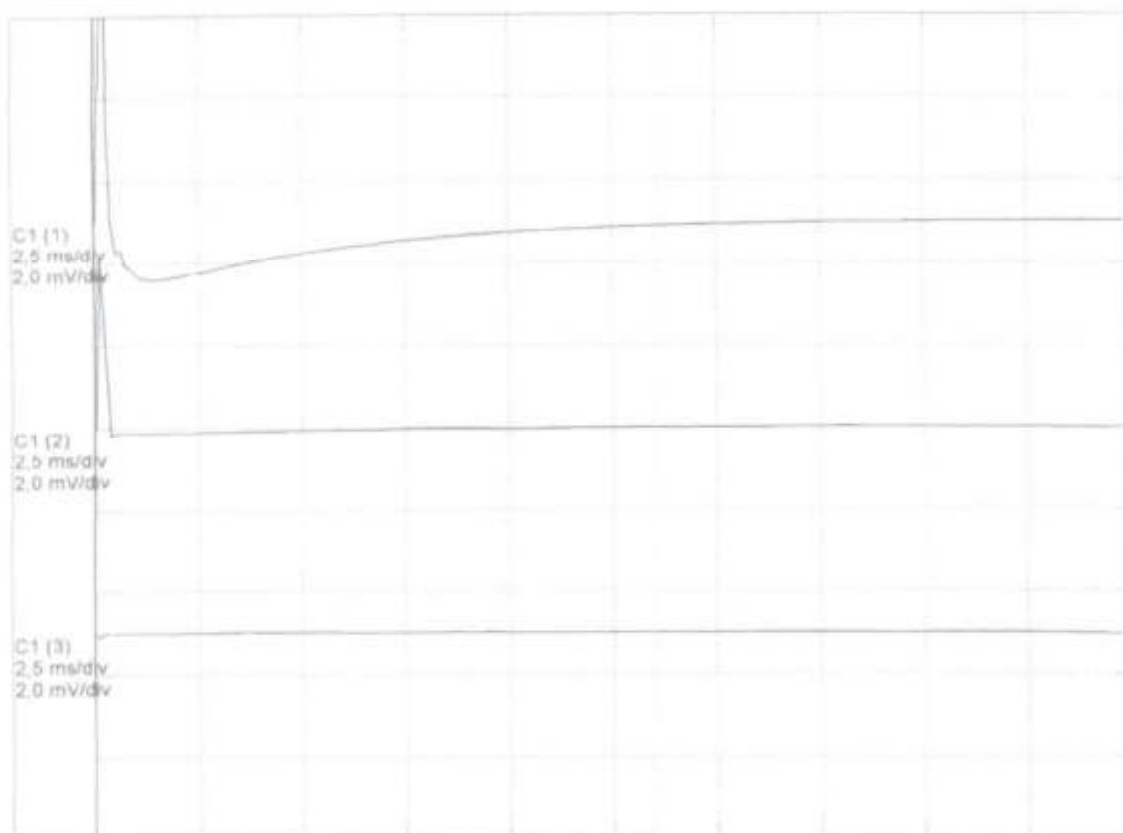
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Radial E (Extensor Próprio do Indica

Tipo: VCM

Data: 25/09/2018



Curve	Local do Estimulo	Latência			Área	Amplitude	
		Inicio [ms]	Pico [ms]	Dur [ms]		Base-Pico [mV]	Pico-Pico [mV]
(1)	Antebraço						
(2)	Cotovelo Distal						
(3)	Cotovelo Proximal						



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

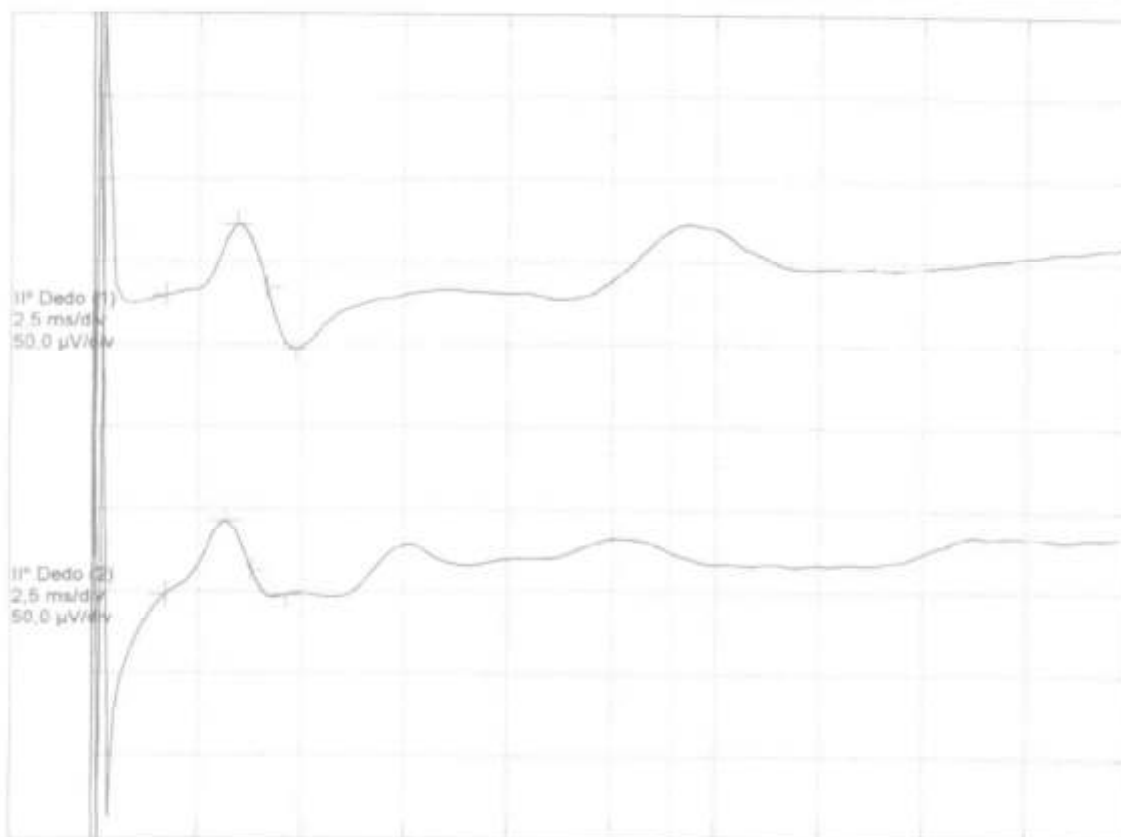
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Mediano E Punho IIº dedo/Ulnar E Pun

Tipo: VCS

Data: 25/09/2018



Curva	Local do Estimulo	Latência				Amplitude		Vel. de Condução	
		Início [ms]	Fim [ms]	Out [ms]	Área	Base-Pico [µV]	Pico-Pico [µV]	Dist [cm]	Vel. Cond [m/s]
(1)	Punho	1,71	3,42	2,44	37,26	43,62	75,66	10,0	58,47
(2)	Palma	1,71	3,17	2,08	26,57	44,83	46,21	10,0	58,47



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

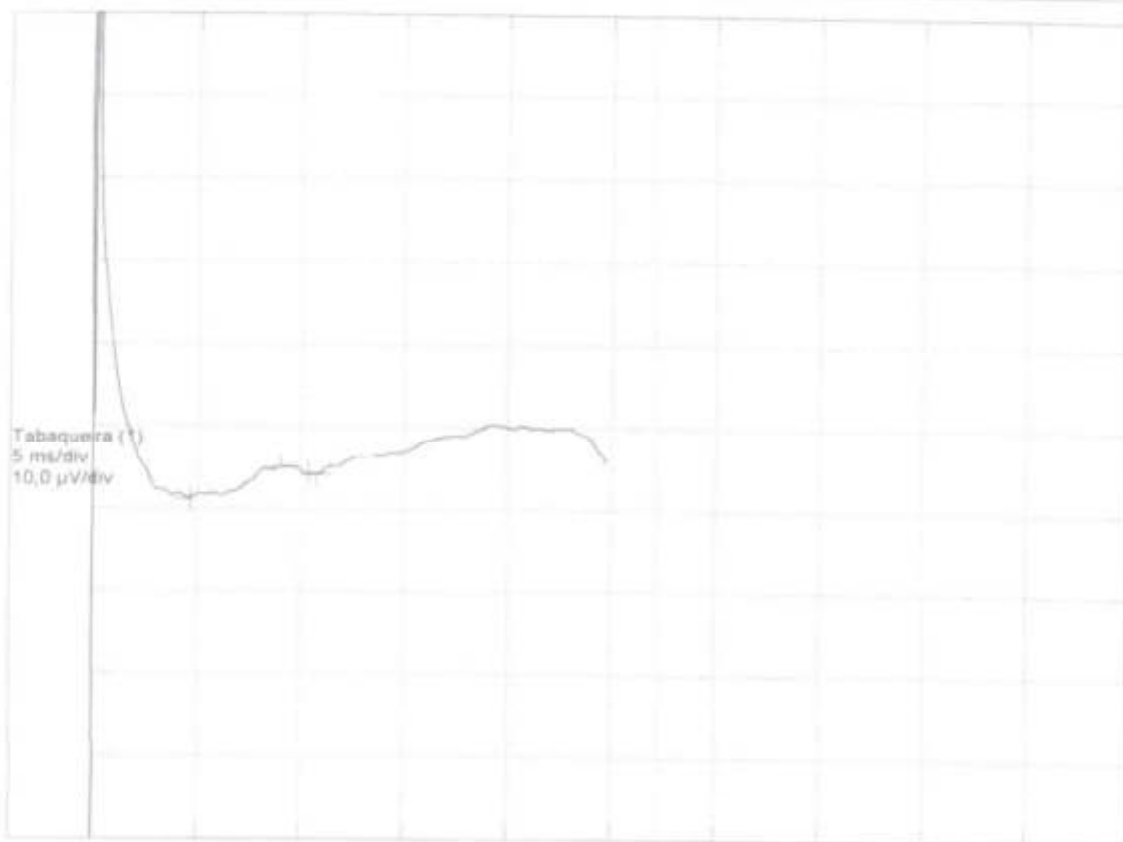
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Nervo: Radial E Antebraço - Tabaqueira Anat

Tipo: VCS

Data: 25/09/2018



Curva	Local do Estímulo	Latência				Amplitude		Vel. de Condução	
		inicio [ms]	Fim [ms]	Dur [ms]	Area	Base-Fim [µV]	Fim-Fim [µV]	Dist. [cm]	Vel. Cond. [m/s]
(1)	Antebraço	4.64	9.00	5.74	36.51	3.96	0.67	10.0	21.56



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

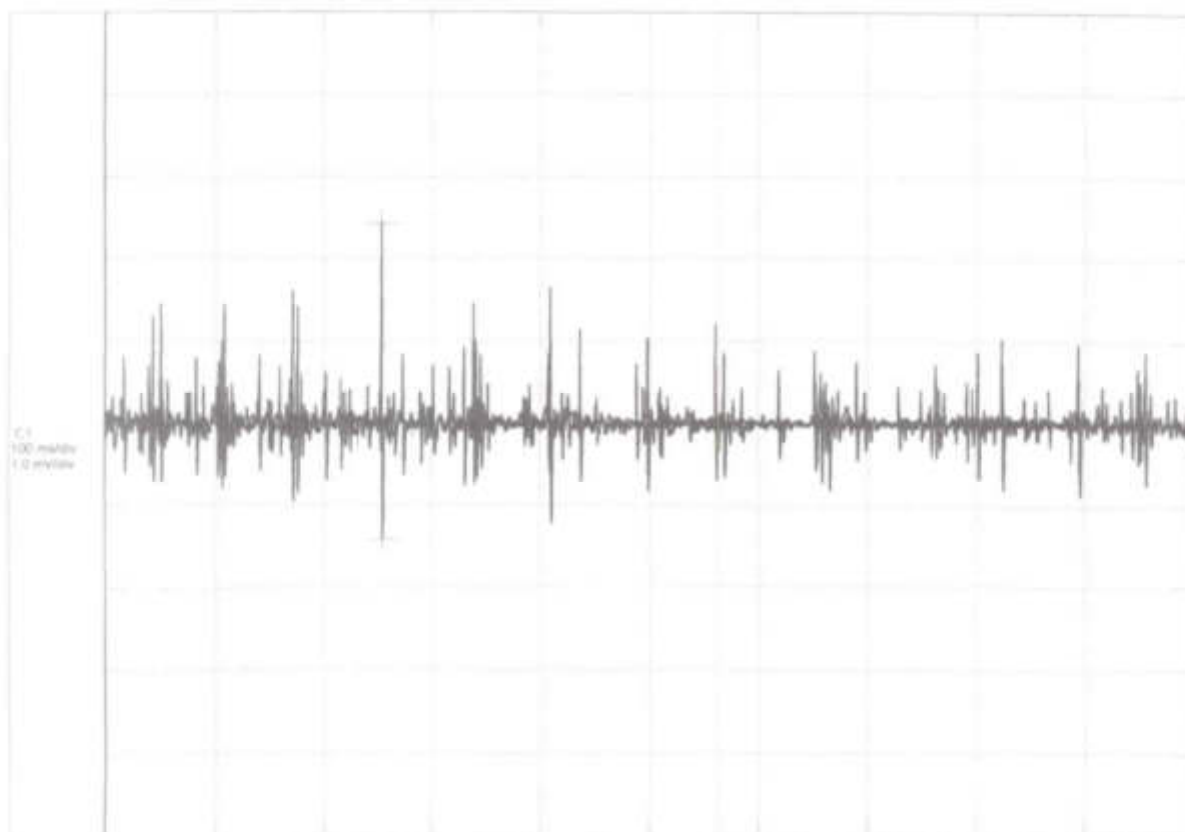
NEUROTEC®

Músculo: Triceps E

Tipo: EMG

Eletroneuromiógrafo

Data: 25/08/2018



REPOUSO		
Atividade de Inserção	Fibrações	Onda Aguda Positiva
Fasciculação	Descarga de Alta Frequência	

Curva	Duração [ms]	Amplitude [mV]
(1)	50,42	3,82
(2)	0,00	0,00

ATIV. VOLUNTÁRIA		
AM	DU	PO

ESFORÇO	
Esforço	Rarefação Média



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

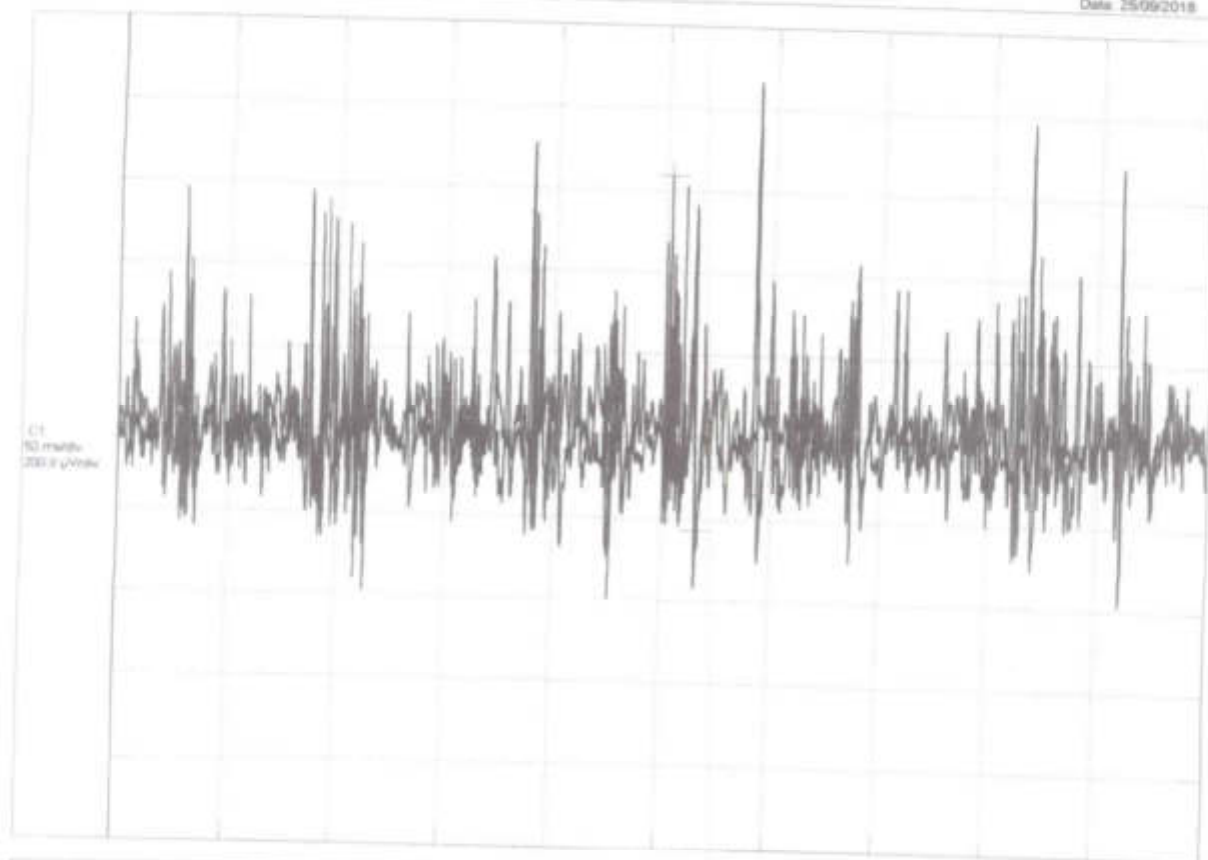
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Braquiorradial E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO

Atividade de Inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva
Fasciculação Descarga de Alta Frequência

Curva

Duração

[ms]

Amplitude

[mV]

(1)

47,49

0,66

(2)

0,00

0,00

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Rarefação Média



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

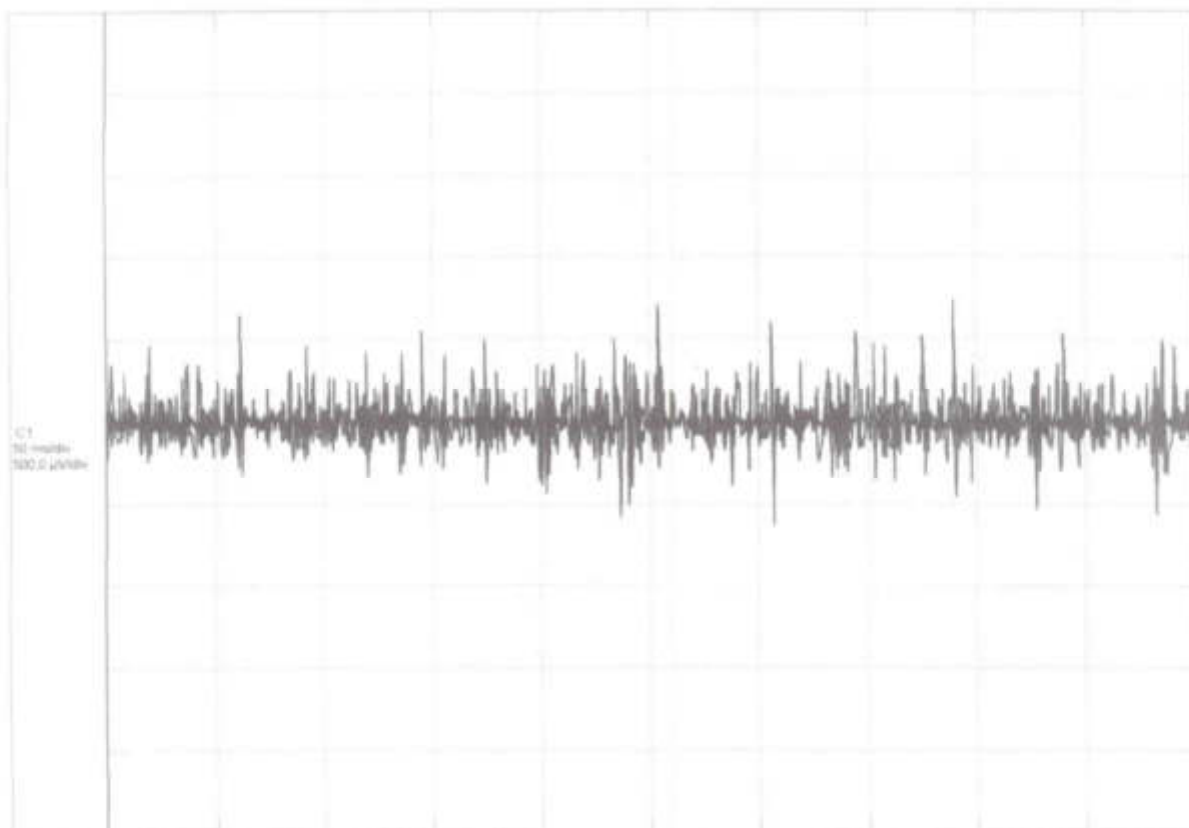
NEUROTEC®

Eletroneuromiógrafo

Músculo: Flexor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO		
Atividade de Inserção	Fibrações	Onda Aguda Positiva
Fasciculação	Descarga de Alta Frequência	

Curva	Duração [ms]	Amplitude [mV]
(1)	0.00	0.00
(2)	0.00	0.00

ATIV. VOLUNTÁRIA		
AM	DU	PO

ESFORÇO		
Esforço		



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

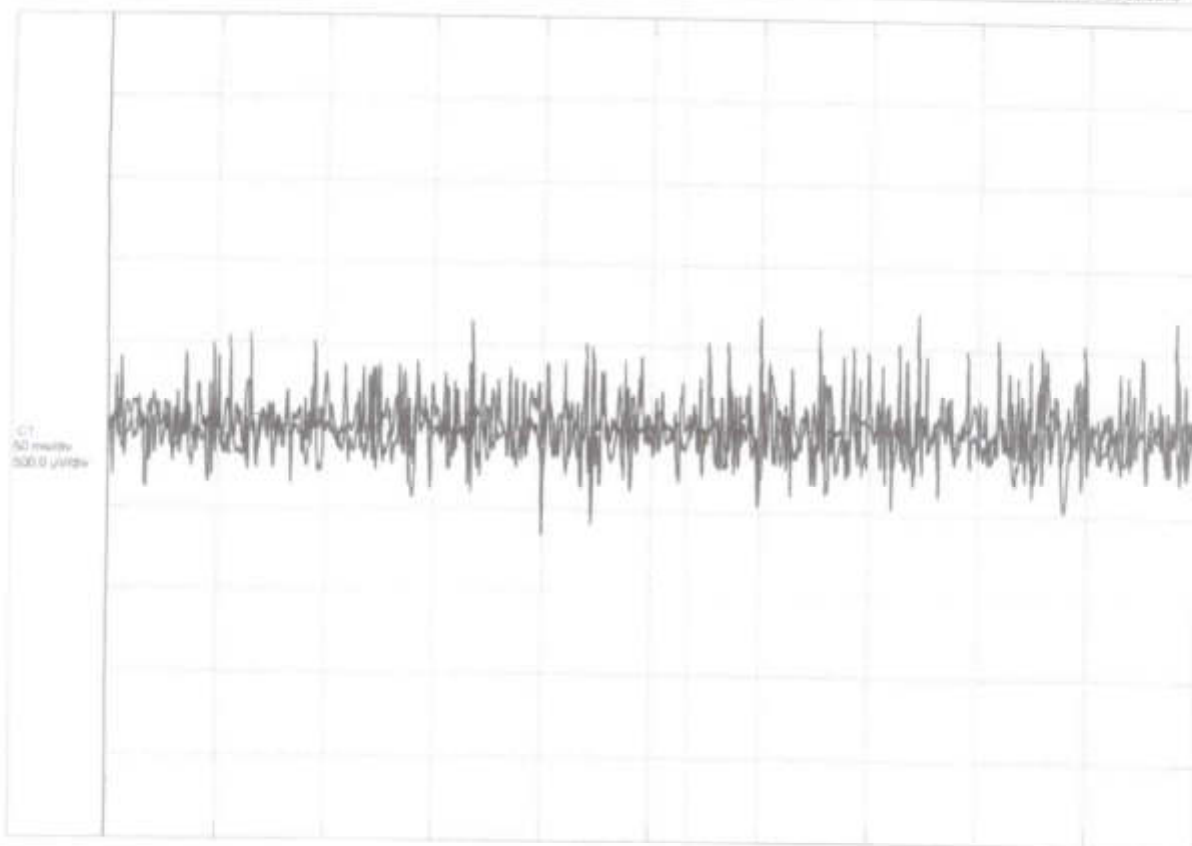
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Flexor radial do carpo E

Tipo: EMG

Data: 26/06/2018



REPOUSO

Atividade de inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva

Fasciculação Descarga de Alta Frequência

Curva

Duração

Amplitude

[ms]

[mV]

(1)

14,89

0,00

(2)

0,00

0,00

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
normal



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor comum dos dedos E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO

Atividade de inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva

Fasciculação Descarga de Alta Frequência

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Rarefação Acentuada

Curva

(1)
(2)

Duração

[ms]

0,00
0,00

Amplitude

[mV]

0,00
0,00



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

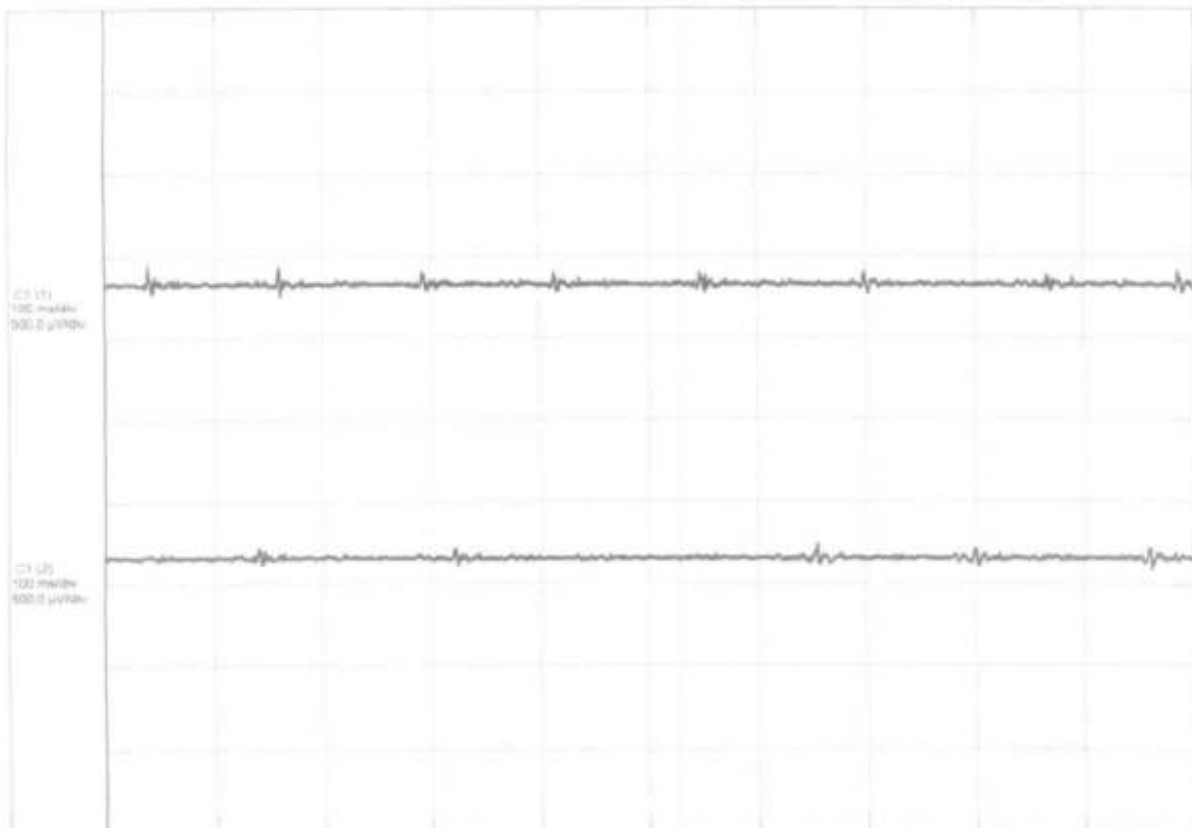
NEUROTEC ®

Músculo: Extensor próprio do indicador E

Tipo: EMG

Eletroneuromiógrafo

Data: 25/06/2018



REPOUSO

Atividade de Inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva

Fasciculação Descarga de Alta Frequência

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Rarefação Acentuada

Curva

Duração

Amplitude

[ms]

[mV]

(1)

0,00

0,00

(2)

0,00

0,00



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

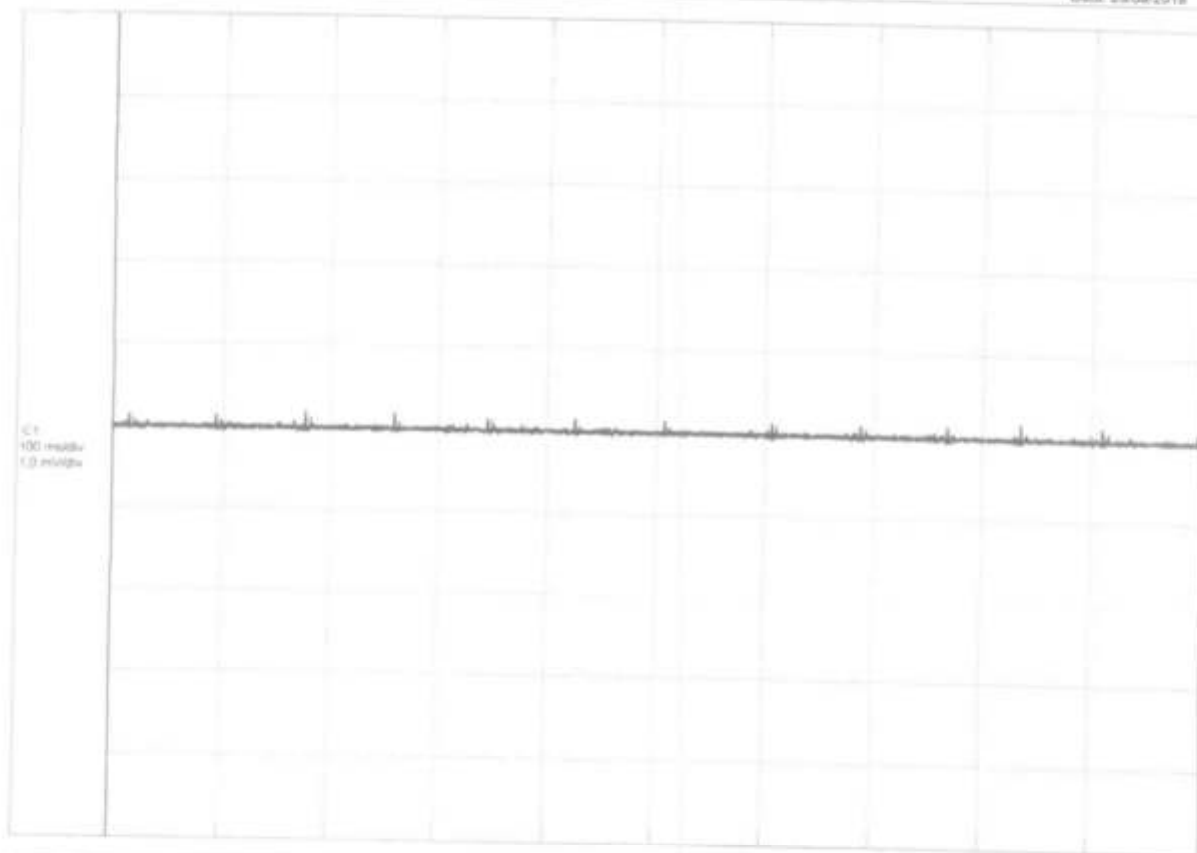
Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor longo do polegar E

Tipo: EMG

Data: 26/09/2018



REPOUSO			Curva	Duração [ms]	Amplitude [mV]
Atividade de inserção	Fibrações	Onda Aguda Positiva			
Fasciculação	Descarga de Alta Frequência		(1)	0,00	0,00
			(2)	0,00	0,00
ATIV. VOLUNTÁRIA					
AM	DU	PO			
ESFORÇO					
Esforço					



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®

Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/08/2018

C1
100 mV/div
1.0 s/div

REPOUSO

Atividade de Inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva

Fasciculação Descarga de Alta Frequência

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Rarefação Acentuada

Curva

Duração

Amplitude

[ms]

[mV]

(1)

0,00

0,00

(2)

0,00

0,00



Nome: Danilo Maciel A de Abreu250918

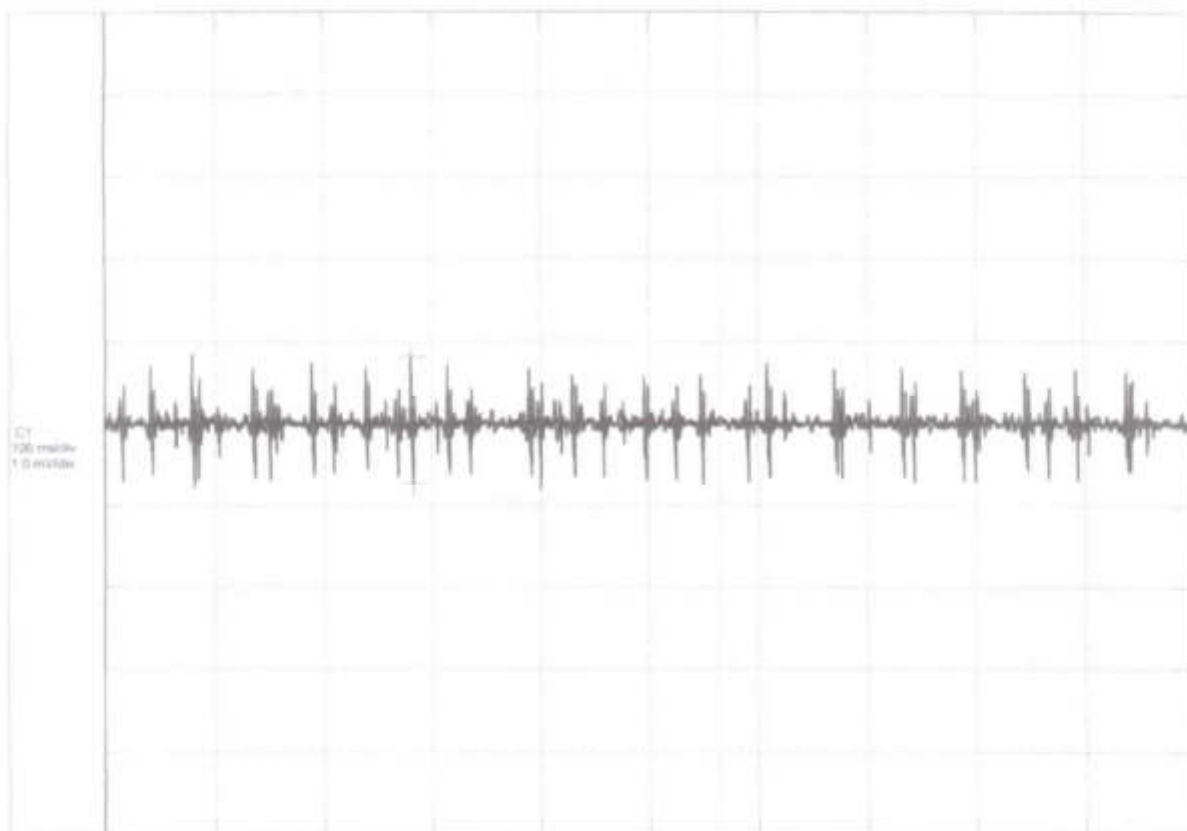
Idade: 10 anos

NEUROTEC ®
Eletroneuromiógrafo

Músculo: Extensor radial do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



REPOUSO

Atividade de Inserção Fibrilações Onda Aguda Positiva
Fasciculação Descarga de Alta Frequência

Curva

(1)
(2)

Duração
(ms)

32.71
0.00

Amplitude
(mV)

1.56
0.00

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇO

Esforço
Rarefação Média

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Protegido Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

DANILO MACIEL

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASSINATURA DO DIRETOR

CPF

P.: 1

1 VIA

DOC. ORDEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 4 ZONA TERMO: 145982 FOLHA: 123V

LIVRO: A-154 FORTALEZA - CE

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO

09/03/2008

FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR

RELACÃO

JOSE IVANILDO BARROSO DE ABREU

NOME

DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

REGISTRO

2016053768 - 6

DATA DE EXPIRAÇÃO

22/02/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

085.777.753-05

Nome

DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

Nascimento

09/03/2008

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. JDA.

03 AGO. 2018

ASS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR

DOC. IDENTIDADE / CDS EMISSOR UF
 96002114650 SSP/CE CE

CPF
 619.745.953-15

DATA NASCIMENTO
 12/09/1981

RELACAO
 FRANCISCO DE ASSIS
 COSTA ALENCAR
 MARIA DE FATIMA DE
 SOUSA ALENCAR

PERMISSAO
 AOC
 CAVALARIA

1º ENDEREÇO
 04971771062

2º ENDEREÇO
 20/04/2025

1ª VALIDACAO
 24/06/2010

Observações
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

Assinatura do Titular
 Francisca Adriana de Sousa Alencar

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSAO
 23/04/2015

44265028531
 CE147177790

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1097066457

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1097066457

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA
 03 AGO. 2018

ASS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013870516398
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 COD. RENAVAM 568843290 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME MARIA DE FATIMA DE S. ALENCAR

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 14392895300

PLACA 0803954/CE

PLACA ANT. / UF /CE

CHASSI 9C2JC4110DRB03722

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAQ. APLIC.

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP. / POT. / CL 2P/0CV/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1

VENC. COTA ÚNICA 1

VENC. / COTAS 1

FAIXA LPIVA 1

PARCELAMENTO / COTAS 2

3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65

IDF (R\$) 0.70

PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50

DATA DE PAGAMENTO 05/02/20

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA

DATA 19/02/2018

Igor Ponte
Superintendente

DETRAN-CE

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

CE Nº 013870516398 BILHETE DE SEGURO DPVAT

14392895300

0803954/CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

013870516398

68358010410

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 19/02/2018

VIA 01

CPF / CNPJ 14392895300

PLACA 0803954

RENAVAM 568843290

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2013

CL. TARE. PART

Nº CHASSI 9C2JC4110DRB03722

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.29

DETRAN (R\$) 9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IDF (R\$) 0.70

TOTAL SEM INCLUIR SEGURO (R\$) 185.50

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 05/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

MOTOR: 9C41E1DE03722

00026

Proprietária da moto

UBIA CORRÊA DE SGA. LTDA.
03 AGO. 2018

**Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral****Contribuinte,**

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NUMERO DE INSCRIÇÃO 20.905.851/0001-90 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 25/08/2014
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO - ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO R PAULO GOMES DA SILVA	NUMERO 226	COMPLEMENTO TERREO;	
CEP 61.603-070	BARRO/DISTRITO PARQUE SOLEDADE	MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 25/08/2014	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia 26/08/2014 às 11:25:53 (data e hora de Brasília).


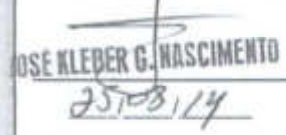

[Voltar](#)

Página: 1/1

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
03 AGO. 2018

REQUERIMENTO DE EMPRESÁRIO

1/1

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE EMPRESA - NIRE DA SEDE		NIRE DA FILIAL (preencher somente se ato referente a filial)	
NOME DO EMPRESÁRIO (completo sem abreviaturas) CELSO GOMES PINEIRO			
NACIONALIDADE BRASILEIRA		ESTADO CIVIL CASADO	
SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	RÉGIME DE BENS (se casado) COMUNHÃO PARCIAL		
FILHO DE (pai) MANOEL PINEIRO DE MELO NETO		(mãe) MARIA DO SOCORRO PINEIRO DE MELO	
NASCIDO EM (data de nascimento) 25/12/1976	IDENTIDADE (número) 2008010112657	Órgão Emissor SSP	UF CE
CPF (número) 791.649.193-15			
EMANCIPADO POR (forma de emancipação somente no caso de menor)			
DOMICILIADO NA (LOGRADOURO rua, av, etc.) RUA TRES			NÚMERO 184
COMPLEMENTO LOTEAMENTO SANTO EMILIO		BAIRRO / DISTRITO CANINDEZINHO	CEP 60731496
MUNICÍPIO FORTALEZA			UF CE
declara, sob as penas da lei, não estar impedido de exercer atividade empresária, que não possui outro registro de empresário, e requer à Junta Comercial do Estado do Ceará:			
ATO 080	DESCRIÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO	EVENTO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINEIRO			
LOGRADOURO (rua, av, etc.) RUA PAULO GOMES DA SILVA			NÚMERO 226
COMPLEMENTO TERREO: TERREO;		BAIRRO / DISTRITO PARQUE SOLEDADE	CEP 61603070
MUNICÍPIO CAUCAIA	UF CE	PAÍS BRASIL	CORREIO ELETRÔNICO (E-MAIL) denis@contechonline.com.br
VALOR DO CAPITAL - R\$ 10.000,00	VALOR DO CAPITAL (por extenso) DEZ MIL REAIS		
CÓDIGO DE ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE Fiscal) Atividade principal 8219999 Atividade secundária	DESCRIÇÃO DO OBJETO PREPARAÇÃO DE DOCUMENTOS E SERVIÇOS		
<div style="text-align: right;">  <p>03 AGO. 2018</p> </div>			
DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES 25/08/2014	NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ	TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior	UF
ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assistente/gerente) <i>CELSO GOMES PINEIRO</i>			
DATA DA ASSINATURA 22/08/2014	ASSINATURA DO EMPRESÁRIO <i>celso gomes pineiro</i>		
PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL			
DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE.		AUTENTICAÇÃO	
 <p>25/08/14</p>		 <p>JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/08/2014 SOB Nº: 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014 <i>Haroldo</i> HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETÁRIO-GERAL</p>	



ATO 315

ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

O Empresário, CELSO GOMES PINHEIRO estabelecido na (o) RUA PAULO GOMES DA SILVA, 226, TERREO: TERREO;, bairro PARQUE SOLEDADE, CAUCAIA, CE CEP: 61.603-070, requer a Vossa Senhoria o arquivamento do presente instrumento e declara, sob as penas da Lei, que se enquadra na condição de MICROEMPRESA, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006, e que não se enquadra em qualquer das hipóteses de exclusão relacionadas no § 4º do art. 3º da mencionada lei.

CAUCAIA - CE, 22 DE AGOSTO DE 2014.

x Celso Gomes Pinheiro

CELSO GOMES PINHEIRO



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE

CERTIFICO O REGISTRO EM 25/08/2014

SOB Nº. 20141102624

Protocolo: 14/110262-4, DE 22/08/2014

Empresa: 23 1 0359240 6

CELSO GOMES PINHEIRO

Haroldo Fernandes Moreira
HAROLDO FERNANDES MOREIRA
SECRETÁRIO-GERAL

LIBIA CORRÊA DE SÉ. LTDA.
03 AGO. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Proprietário do Moto

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA ALENCAR**

Matrícula:

0203700155 2016 4 00159 131 0073774 78

SEXO	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
COR	<input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> parda
NATURALIDADE	<input type="checkbox"/> casada - 63ano(s) de idade
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	<input type="checkbox"/> 92018018345 Secretaria de Segurança Pública-CE***
ELEITOR	<input type="checkbox"/> ignorado

Filha de JAIME VIEIRA DE SOUSA e MARIA DO CARMO DE SOUSA. Residente no(a) RUA DOMINGOS BONIFACIO, Nº 20, CARLITO PLAMPLONA, FORTALEZA-CE.	
DATA E HORA DO FALECIMENTO	<input type="checkbox"/> aos vinte e seis (26) dias do mês de setembro (09) do ano de dois mil e dezessets (2016) - às(s)
LOCAL DE FALECIMENTO	<input type="checkbox"/> 04:00 hora(s)
EM DOMICILIO, FORTALEZA, CE	<input type="checkbox"/>
CAUSA DA MORTE	<input type="checkbox"/>
NEOPLASIA GÁSTRICA INFLTRANTE	<input type="checkbox"/>

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO)	<input type="checkbox"/> Cemitério Jardim Metropolitano, em Eusebio-CE.
NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO	<input type="checkbox"/>
ALINE BRAGA CARVALHO, CRM Nº 11838.	<input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES	<input type="checkbox"/>
Registro feito no Livro C-159, Folha 131, Termo 73774, ignora se deixou testamento conhecido, ignora se deixou bens a inventariar, ignora se deixou herdeiros menores e ou interditos, ignora se deixou filho(a): foi apresentada a Declaração de Óbito nº 23303076-0.	<input type="checkbox"/>
(O(A) obtido(a) era casado, Registro feito em: 30/09/2016.	<input type="checkbox"/>

DECLARANTE	<input type="checkbox"/>
LILIAN FERREIRA DA SILVA, portadora(a) do(a)	<input type="checkbox"/>
Identidade nº 1076293800 DETRAN-CE	<input type="checkbox"/>

CARTÓRIO CAVALCANTI FILHO

Registro Civil das Pessoas Naturais
COMARCA DE FORTALEZA - ESTADO DO CEARÁ
Jorge Ribeiro Cavalcanti- Oficial Titular
Nadia Valeska Beneditos Alencar Cavalcanti - Substituto
Rua Sete de Setembro, 160 - Parangaba
CEP: 60720-080 - Telefone: 85.3245-1908

Isento do pagamento de emolumentos

Selo Digital:

Valido somente com selo de autenticidade



CARTÓRIO CAVALCANTI FILHO
Bel. JORGE RIBEIRO CAVALCANTI
Substituto
NADIA VALESKA B. A. CAVALCANTI
AGUIDA MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA

Raimunda Erika P. de Moura Castro
Escrevente

Raimunda Erika Pontes de Moura Castro
Escrevente

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Fortaleza, CE, 30 de setembro de 2016.

03 AGO. 2018

[illegible]



Nº de Inscrição:

056618360

DADOS DO CLIENTE

Nome: CELSO GOMES PINHEIRO

End. Leitura: RU PAULO GOMES DA SILVA, 224, D. CENTRO DE CAUCAIA

Cidade: CAUCAIA

CEP: 61603-070

End. Entrega:

Cidade:

Local: 129

Setor: 005

Subsetor: 00

Quadra: 0134

Subquadra: 00

Lote: 0362

CEP: 0001

ECONOMIAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ¹	Média Semestral (m ³)
ÁGUA	R12F033532	93	95	2	1

DATAS

Leitura Total: 24/07/2018

Emissão: 24/07/2018

Lacre Água: 295615

Leitura Anterior: 26/06/2018

Próxima Leitura: 25/08/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	146	146	047	146	146
Analisadas	157	157	157	157	157
Em conformidade	157	157	154	147	157

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Constatamos débito de R\$ 43,92. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
ESGOTO
Juros de 0,033% ao dia

Valor (R\$)

24,40
19,52
0,41

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m ³)	Esgoto (m ³)
Jul/17	1	0
ago/17	0	0
set/17	1	0
out/17	1	0
nov/17	2	1
dez/17	0	0
jan/18	1	0
fev/18	2	1
mar/18	1	0
abr/18	1	0
mai/18	1	0
jun/18	1	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição
PIS
COFINSValor (R\$)
0,42
2,11

SUBSIDIO

Descrição
VALOR DO SERVIÇO
VALOR DO SUBSIDIO
VALOR TOTAL A PAGARValor (R\$)
68,71
24,38
44,33MÊS/ANO
07/2018VENCIMENTO
13/08/2018TOTAL A PAGAR (R\$)
44,33

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, Itaú, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagFacil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

1:352623052090399 L:0292 H:12:02:57 R:124 P:001

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195Cagece
Núcleo

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1916, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autorarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 365 1916. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3635.

reclamacao.gov.br
É seu E-mail. Por favor,
atualize.155
Ouvidoria

Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

352623052090399 - 0292

Inscrição: 056618360

Código de Responsável:

Mês: 07/2018

Local: 129

Setor: 005

Subsetor: 00

Quadra: 0134

Subquadra: 00

Lote: 0362

CEP: 0001

Cidade: CAUCAIA

Vencimento: 13/08/2018

Total (R\$): 44,33

82660000000 2 44330009800 3 05661836000 4 02003522015 9



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM R\$ 1.687,50 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO (50%). CONDUTA MANTIDA.
PARECER DE PERÍCIA MÉDICA DE 09/11/2018, DR. JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR, CRM/CE 11585, MANTEVE A VALORAÇÃO, POIS NÃO HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR SEQUELA EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. CONDUTA MANTIDA.
PARECER DE PERÍCIA MÉDICA REALIZADA DIA 09/11/2018, DR. JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR, CRM/CE 11585, MANTEVE A VALORAÇÃO, POIS NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
DATA DO ACIDENTE: 20/01/2018.

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: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR SEQUELA EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. CONDUTA MANTIDA.
PARECER DE PERÍCIA MÉDICA REALIZADA DIA 09/11/2018, DR. JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR, CRM/CE 11585, MANTEVE A VALORAÇÃO, POIS NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
DATA DO ACIDENTE: 20/01/2018.

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: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

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: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR SEQUELA EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. CONDUTA MANTIDA.
PARECER DE PERÍCIA MÉDICA REALIZADA DIA 09/11/2018, DR. JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR, CRM/CE 11585, MANTEVE A VALORAÇÃO, POIS NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
DATA DO ACIDENTE: 20/01/2018.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO UMEROS ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DIMINUIÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSINTESE DO UMEROS ESQUERDO E FISIOTERAPIA, TENDO EVOLUÍDO COM NEUROPATIA DO NERVO RADIAL APÓS A CIRURGIA. FOI ANEXADO NO PROCESSO A ELETRONEUROMIOGRAFIA SUGESTIVA DE MONONEUROPATIA.
AO EXAME CLÍNICO FRATURA CONSOLIDADA COM DIMINUIÇÃO DA FUNÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA E RESIDUAL FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA NO MEMBRO.

Sequelae permanentes: NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 09/11/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: * OBS.: VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR AMD, NO VALOR DE R\$945,00 REFERENTE A 10% DA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR

CRM do médico: 11585

UF do CRM do médico: CE

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180357701 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO UMEROS ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DIMINUIÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSINTESE DO UMEROS ESQUERDO E FISIOTERAPIA, TENDO EVOLUÍDO COM NEUROPATIA DO NERVO RADIAL APÓS A CIRURGIA. FOI ANEXADO NO PROCESSO A ELETRONEUROMIOGRAFIA SUGESTIVA DE MONONEUROPATIA.
AO EXAME CLÍNICO FRATURA CONSOLIDADA COM DIMINUIÇÃO DA FUNÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA E RESIDUAL FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA NO MEMBRO.

Sequelae permanentes: NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 09/11/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: * OBS.: VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR AMD, NO VALOR DE R\$945,00 REFERENTE A 10% DA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR

CRM do médico: 11585

UF do CRM do médico: CE

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENAR.
Nacionalidade: BRASILEIRO. Estado Civil: SOLTEIRA
Profissão: AUTONOMA
Identidade: 96002114660 CPF: 61974595315
Endereço: R. DA CAPELA
Bairro: PDE ROMUALDO
Cidade: CAUCAIA CEP: 61600000

OUTORGADO (Procurador)

Celso Pinheiro ME, CNPJ nº 20.905.851/0001-90, com endereço profissional Rua Paulo Gomes, 226, Bairro: Parque Soledade: Cidade: Caucaia- Ceará, CEP: 61603-070.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, DANILLO MACIEL ALENAR DE ABREU.

Local e data:

CAUCAIA, 25 de JULHO

de 20 19 AGO. 2018



Francisca Adriana de Sousa Alenar
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

028343518 CELSO



LIBIA CORRETORA DE SEG. LIDA
03 AGO. 2018
ASS:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283435/18

Número do Sinistro: 3180357701

Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

CPF: 085.777.753-05

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/01/2018

Titular do CPF: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2019
Nome: CELSO GOMES PINHEIRO ME
CNPJ: 20.905.851/0001-90

CELSO GOMES PINHEIRO ME

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283435/18

Número do Sinistro: 3180357701

Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

CPF: 085.777.753-05

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 20/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2019
Nome: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU
CPF: 085.777.753-05

DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283435/18

Número do Sinistro: 3180357701

Vítima: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

CPF: 085.777.753-05

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 20/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: CELSO GOMES PINHEIRO ME
CNPJ: 20.905.851/0001-90

CELSO GOMES PINHEIRO ME

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS