
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



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 LIDER 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



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



**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 UMERO ESQUERDO.

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

REALIZADO OSTEOSSINTESE DO UMEMO ESQUERDO E FISIOTERAPIA, TENDO EVOLUIDO COM NEUROPATHIA DO NERVO RADIAL APÓS A CIRURGIA. FOI ANEXADO NO PROCESSO A ELETRONEUROMIOGRAFIA SUGESTIVA DE MONONEUROPATHIA.

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

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

IV. Nexo 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:

DIMINIUIÇÃO 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

08577775305

Nome completo da vítima

DABIL MADIÉL ALencar de Abreu

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|
| Nome completo FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA Alencar | CPF titular da conta 61974595315 | Profissão AUTONOMA |
| Endereço R. DA CAPELA | Número 34 | Complemento — |
| Bairro PDE ROMUALDO | Cidade CAUCASIA | Estado CEARA |
| Email | CEP 61600000 | Telefone (DDD) 85) 999890179 |

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"/> RECUZO 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 | |

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 1035 D/V CONTA NRO.: 112279 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V CONTA NRO. _____ D/V
(Informar dígito se existir) (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.

Caucasia, 30 de fevereiro 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: |

VERIFICAÇÃO DE SÉGUE
03 AGO, 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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)

| |
|--|
| A PRESENTE COPIA FOTOSTATICA CONTENEM COM O DOCUMENTO EREBIDO NESTAS NOTAS PÚBLICAS O SERTIGO E VERDAD DOU FE. EM TESTEMUNHO DA VERDADE CAUCAIA |
| 03 |
| JULY 2010 |
| 2 |
| 2010 |
| 03 AGO. 2018 |
| HT 491432 |
| KADS |

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:

03 AGO. 2018
03 AGO. 2018
UF: CE

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** Ano:

Fabricação: **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
Agente de Policia
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 6835 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: José Valdebanho Soárez

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



LÍBIA CORREIROS 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

DANILO 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.

03 AGO. 2018
Lider DPVAT

lameaia, 30 de julho de 2018.

Local e Data

L

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X Francisco Adriano de Souza Alencar

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROVA DE ATO DECLATATÓRIO



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 Cristina Medeiros Silva Ana Cristina 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
03 AGO. 2018
KSS

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 emitir em contato censal.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 25 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02.042281/0001-70 | CGF 06.103.846-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 12 22000 12 289800 - 1 Data de Emissão 517677363
 Nome MARIA NILCE BARROSO DE ABREU 16/03/2018
 End. Postal RU DA CAPELA 00034
 Medidor PDE ROMUALDO - CAUCAIA - 01600000 Posto 0000 0000
 Classe 74693 RG / CPF / CNPJ 01-BERESIDENCIAL 01-NORMAL HONOFASICO CGF
 Nome do Responsável 890505923-68

| DATAS | | | INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO | | | | | |
|-----------------------|----------------------|------------------|-------------------------------------|------------|-------|---------------------|------------|-------|
| Mês de Referência | Data da Apresentação | Próximo Leitura | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
| | | | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual |
| Mar/2018 | 16/03/2018 | 17/04/2018 | | | | | | |
| ICMS | | | | | | | | |
| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto | DIC | 5,31 | 16,62 | 21,25 | 0,00 | 0,00 |
| 49,04 | 17,0% | 8,34 | FIC | 3,30 | 6,60 | 13,20 | 0,00 | 0,00 |
| | | | DMIC | 3,03 | | 6,06 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | | | | 0,00 | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

| Lect. Atual | Lect. Anterior | Corret. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|---------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| F 6614 | 6543 | 1,00 | 71 | 0,00 | 71 | | 49,04 |
| 16/03/18 | 17/02/18 | | 27.516 | | 71 | | |
| DESCRIÇÃO | | | | | | | VALOR (R\$) |
| | | | | | | | 49,04 |

VALOR CONSUMO DO MÊS

ILLUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 49,04
 DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 9,58
 2,00

VENCIMENTO

20/04/2018

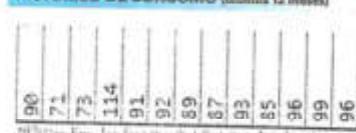
TOTAL A PAGAR (R\$)

60,62

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Energia | 16,70 |
| Transmissão | 1,43 |
| Distribuição | 11,51 |
| Encargos Setoriais | 2,73 |
| Tributos (ICMS FIS-COFINS) | 15,40 |
| TOTAL | 49,04 |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Comprometa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

30,69 0,00

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DO CLIENTE SENHOR DO DÉBITO AUTOMÁTICO.
 Chame os vizinhos e amigas e entre no combate ao mosquito trasmíssor
 da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal.

A ENEL AVALIA E PRAZO PARA PAGAMENTO NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,16 referente à PIS e Cofins, 11,0000% IPI, 0,79% PIS e 3,64% Cofins. O valor total é R\$ 60,62.

Para o mês de março/18 a bandeira será vermelha, seu custo para os consumidores. Mais informações em www.enel.com.br.

UBA CHAMADA DE SEG. LTD
 03 AGO. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Celso Gomes Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 791649193/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisca Adriana Desousa Alencar inscrito (a) no CPF sob o Nº 619745953/15 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Daniela 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 | R. PAULO GOMES 38 s/nº | Número | 226 | Complemento |
| Bairro | PARQUE SOLEADOC | Cidade | CAUCASIA | Estado |
| Email | Telefone comercial(DDD) | | Telefone celular (DDD) | CEP <u>61603070</u> |

Barreiro, 30 de Julho de 2018.
Local e Data

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

Celso Gomes Pinheiro
Assinatura do Declarante

74

02/02/2018

| | | | |
|--|--|---|--|
|  SUS Sistema Único da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H. | | |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDO GADELHA DA ROCHA | | 2 - CNES _____ 3 - CNES _____ | |
| Identificação do paciente DANIEL HACEL ALCANTARA DE ABREU | | 4 - CNES _____ 5 - NOME DO PACIENTE | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 819800412386170161 | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO 249.664 | |
| 8 - DATA DE NASCIMENTO 09/03/68 | | 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FOTO ADRIANA 25 S. ALCANTARA | | 11 - TELEFONE DE CONTATO 8582361421 | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) Rua Pe. Elízio 759 SOLOMONS | | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAUCAIA | |
| 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 23.03.2 | | 15 - UF 01 - CE | |
| 16 - CEP 61600-000 | | 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Justificativa da Internação <i>Diarréia de rotina. No. é provocada no bairro E</i> | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Respiratória com febre | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Anamnese e clínica | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO OFICIAL Vm. de infecção urinária | | 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Atm. urin. + clín. | |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 140.10.19 | | 26 - CLÍNICA | |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | 28 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> PPF | |
| 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 10216012283-9 | | 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 VIOLENCIAS) | | | |
| 33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE | |
| 39 - CNPJ EMPRESA | | 40 - CNAE DA EMPRESA 39. AGO. 2018 | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO | | 43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR Autorização | |
| 45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 22/07/18 | | 2318100326340 | |
| 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR Dr. Vanderlei Médico Auxiliar CRM 2247 E-mail: vanderlei.vaz@saude.ce.gov.br CPF: 474-000-000-00 | | | |

Nº 29.664



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

NOME:

Jônico Maciel Almeida do Amaral

| | | | | | |
|---|--|------|-----------|----------------------|----------------------|
| DATA DE NASCIMENTO 29.03.2008 | IDADE 9 | COR | SEXO M | ESTADO CIVIL SOL. | NATURALIDADE FOR. |
| IDENTIDADE 201653768 | Nº CPF | | | CERT. NASCIMENTO | |
| PAÍS Brasil | Endereço do Paciente Rus Pe. Cicero | | | | Nº 729 |
| BAIRRO Solonias | MUNICÍPIO Caucaia | FONE | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL Flávia Andrade do S. Arcanjo | | | | | |
| ENDERÉSCO DO RESPONSÁVEL O Bonsucesso | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO 20.01.18 HORA ADMISSÃO 21:58 | | | | FUNCIONÁRIO: D. José | |
| MÉDICO ASSISTENTE: | | | | | |
| HISTÓRICO CLÍNICO: | | | | | |
| EXAME FÍSICO: Auditivo de frémito | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Ar, deprimido | | | | | |
| EXAME COMPLEMENTARES: Hb: 12 g/dL (125) | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: 12 A3 | | | | | |
| CP: Pm - / | | | | | |

Assinatura do Médico



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

| Nome: | | Nº Reg. | |
|--|--------------|----------------|--------|
| Dra. Maria Alves Amorim | | | |
| Data da Cirurgia | 22/01/18 | Enf. | Leito |
| Cirurgião | Bruno Soares | 1º Auxiliar | Unicai |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | Instrumentador | |
| Anestesista | Walter | Tipo Anestesia | |
| Diagnóstico Pré-Operatório fístula urinária | | | |
| Tipo de Operação Fist. cirúrgica fistula urinária | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório cistostomia | | | |
| Relatório Imediato do Patologista | | | |
| Exame Radiológico no Ato | | | |
| Acidente durante a Operação | | | |
| DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO | | | |
| Via de Acesso - Táctico e Técnico. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras | | | |
| Descrição da cirurgia Acesso táctico + Técnico Corte anterolateral da bexiga Divisão da bexiga isolamento da rena urinária desm体现ido fisionomia drenagem com placas + tubos tubos = bainha suturas da bexiga curativo | | | |
| LBLA COPIA FORMA OF 150 TOA 03 AGO 2018 | | | |



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

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: Danilo Maciel Alencar ... N° PRONTUÁRIO.....

| DATA | ANOTAÇÕES | ASSINATURA CARIMBO |
|-------------------|--|--------------------|
| 20/01/18 | <p>2 Cor 117 - Convulsus Trifoxas Rolo - UD 1-10 Dr. D. Sergio M. Rocha CRM/CE 1779</p> <p>Dr. Paulin Sergio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM/CE 1779</p> | |
| 24/01/18 | <p>Paciente da pediatria. Paciente elencado na lista. Do hospital de Vila pediátrico, nível reabilitação alta.</p> <p>Resta ferida reavaliada pela traumatologia para o mesmo dia entre o hospital.</p> | |
| 26.01.18 10:30 | <p>Paciente, D.M A.P., 9 anos. ♂ 2º DPO de vertebrilite de fratura de ilíaco (E). Segundo cominte, orientado, verbalizado, decomitolando, afetivo. Não refere queixas algícas no momento. Orientado a desem- bolhar. Realizada troca de curativo, fe- chamento plástico, grande limpeza e reco. Segue com cuidado de enjugar.</p> <p>Liana M. Menezes Pediatra CREMOC 1779</p> <p>UBA CORFONI 03 AGO. 2018</p> | |
| 09/01 | <p>Re. São Vicente 5/2000 Lisbonas Rolo clínica ACTA FORTALEZA MEDICINA + ORTOPEDIA</p> | |



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

Draulo - M.Cad

COTO RIO Frio 60715 _____ Adm

35 67 10 12/12

a) TUMOR DE DORSO DORSAL

Peroné e na base da

05/02 15 07/02

E se fosse → Peronar A120

25/11/18

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRMCE: 0574 TEUT 7207
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

Alimente sua saúde
Com mais frutas, legumes e verduras

LÚBIA CORREIURA DE GES - 17
03 AGO. 2018
ASS:



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a)

Dudu lucas silva

portador(a) da Carteira Profissional N° _____

Necessita de 30 (Trinta) dias de Afastamento
POR EXTERNO

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

Hospital ou Ambulatório

Local e Data

1º certa dia
DATA: 20/10/18

25/11/18

Ass. do Médico - CRM N°

Dr. Paulo Sérgio M. Rod
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 5674 / FELT. 7.201

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



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: JANICO MACIEL ALENCAR DE ABREU

IDADE: 9 ENDEREÇO: Rua Pç. Eices BAIRRO: SOLONI

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

DIAGNÓSTICO INICIAL: Frigidez - 2º Grau 6as

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Pt com Rx devaro -
Frigidez - 2º Grau S. Ovaro,
dilatamento S. Ovaro

DIAGNÓSTICO FINAL:

O mesmo

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

(AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE:

DATA: 25/1/18

D. Bruno
05/02
07-4

Dr. Paulo Sérgio M. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 5674 TECIT 7.207

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL



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 Cristina Medeiros Silva Ana Cristina 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

LURA COPAFORA DE SEG. LDX
03 AGO. 2018
ISS



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

Domingo Maiaor Aguiar da Silva

① Sócio:

figurinhas _____ 202300
moedas

JUST:

Resgatado as férias do
meio ano

Dr. Henrique B. Batista - SECRETARIA MUNICIPAL DE
Obras e Infraestrutura - SECRETARIA MUNICIPAL DE
CULTURA E ESPORTE - HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ LIMA
GABELHA DA RODA

05/02/2018

Alimente sua saúde
com muitas frutas, legumes e verduras

Liberado para uso de ÁGUA
03 AGO. 2018

**ANAMNESE DE ENFERMAGEM E CIRURGIA SEGURA**

Paciente: Danielo Henrique Almeida Data: 22.06.19 Idade: 03
Sexo: M Prontuário: 75.664 Leito: _____ Grupo de sangue e Fator RH: _____
Autorização para Cirurgia: () Sim () Não Autorização para amputação: () Sim () Não

Fatores de Risco: Hipertensão() Cardiopatias() Diabetes() Doenças Resp.() Insuf. Renal()
Tabagismo() Outras() Quais? _____

Alergias: () Sim () Não. Quais? _____

Faz uso de medicações? () Sim () Não. Quais? _____

Cirurgia anterior: () Sim () Não. Qual? _____

Anestesia anterior: () Sim () Não. Tipo? _____

Jejum: () Sim () Não () Não necessário.

Higienizado: () Sim () Não

Próteses: () Sim () Não, Qual? _____ Retirada () Sim () Não

Cirurgia proposta: 55x58 mm Médico: Dr. Bruno

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:

Ass. do profissional- Coren

Posição do paciente: () Dorsal () Ventral () Lateral () Ginecológica () Fowler ()

Outra () Cirurgia Realizada: Colo de sacro PA 110/70 mmhg

Oxímetro de pulso instalado e funcionando: () Sim () Não. Saturação: 96%

Tipo de Anestésico: Sedas Tempo Cirúrgico: Início: 14:30 Término: 15:00

Há risco de via áerea difícil/broncoaspiração: () Sim () Sim e há equipamento disponível () Não

Há risco de perda sanguínea > 500 ml. (7 ml/kg em crianças)? () Não () Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.

Revisão do cirurgião: Há risco na cirurgia? () Sim () Não.

Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? () Sim () Não.

Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? () Sim () Não.

Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? () Sim () Não.

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? () Sim () Não.

Exames de imagem estão disponíveis? () Sim () Não.

Medicações utilizadas: _____

Peça cirúrgica/ corpo estranho: _____ Destino: _____

Exames durante o trans-operatório: () RX () ECG () Laboratório ()

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

SECRETARIA DA SAÚDE

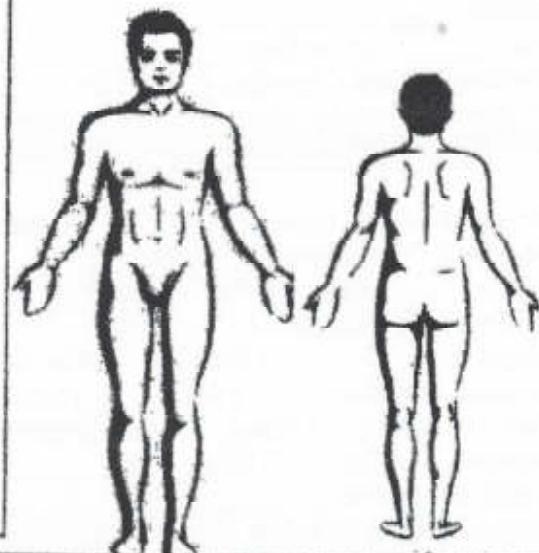
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABIBALDO GADELHA DA ROCHA

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
- ◆ TENSIOMETRO
- * OXÍMETRO



1º CIRURGIAO

Dr Bruno

2º CIRURGIAO

Dr Mariano

ANESTESISTA

Dr Welton

INSTRUMENTADORA

Márcia

CIRCULANTE

Tânia + Eveline

ENFERMEIRA

Márcia

COMPRESSAS
GAZES

OFERECIDAS

01 pct
02 pct

RECOLHIDAS

01 pct
02 pct

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica | <input type="checkbox"/> Tubo endotraqueal | <input type="checkbox"/> Cateter venoso periférico |
| <input type="checkbox"/> Sonda vesical | <input type="checkbox"/> Cateter venoso central | <input checked="" type="checkbox"/> Curativo |
| <input type="checkbox"/> Traqueostomia | <input type="checkbox"/> Dreno | <input checked="" type="checkbox"/> Tala |
| <input type="checkbox"/> Outros, _____ | | |

ENTRADA NA SRPA: 11/01/01

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ACORDADO SONOLENTO INCONSCIENTESINAIS VITAIS: NORMAIS ALTERADOSDRENOS: AUSENTES FUNCIONANTE NÃO FUNCIONANTESONDAS: AUSENTES FUNCIONANTE NÃO FUNCIONANTEINCISÃO CIRÚRGICA: SEM SANGRAMENTO SANGRANTEACESSO VENOSO: PÉRVO NÃO PÉRVODIURESE: ANÚRIA OLIGÚRIA NORMAL POLIÚRIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

ALTA DA RECUPERAÇÃO _____ / _____ / _____ ESCALA DE ALDRETE :

HORA: 10:00 ENCAMINHADO: _____

Waelton 1026

Ass. do Anestesista.



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

PREFEITURA MUNICIPAL DE
Caucaia
NÓSSO COMPROMISSO É COM VOCÊ

| PACIENTE: | Domingos Manuel Alves | | CONVÉNIO | SOS | APT ^o | | | | |
|------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|------------------------------|------------------|-------|------------------------|--------|---------|
| TIPO DE CIRURGIA | Outra cirurgia | | TIPO DE ANESTESIA | | | | | | |
| EQUIPE MÉDICA | Dr Bruno | | PRONTUÁRIO | | | | | | |
| | | | | SETOR EMITENTE | | | | | |
| QTDE. | ESPECIFICAÇÃO | CÓDIGO | QTDE. | ESPECIFICAÇÃO | CÓDIGO | QTDE. | ESPECIFICAÇÃO | CÓDIGO | |
| | ACIFLEX | 00826 | | PROLENE CARDIOVASCUL | 00822 | | ADRENALINA | 00220 | |
| | ÁGUA OXIGENADA | 00983 | | PROPEB DESCARTÁVEL | 00807 | | ÁGUA DESTILADA 10ML | 00228 | |
| | AGULHA DE CAPILARE | 00767 | | SEDA ISENCA | 00629 | | ÁGUA DESTILADA 1000 ML | 00227 | |
| | AGULHA DE INSULINA | 00792 | | SEDA OFTALMICA | 00626 | | ATROFOPINA | 00272 | |
| 01 | AGULHA DESC. 25x7 | 00784 | | SERINGA DE 01ML | 00860 | | BICARB. DE SÓDIO | 00282 | |
| | AGULHA DESC. 40x12 | 00784 | | SERINGA DE 03 ML | 00848 | | DIMORF. 10MG | 02033 | |
| | ALCOOL | 00870 | 01 | SERINGA DE 05 ML | 00849 | | DIPRIVAN | 01731 | |
| | ALCOOL IODADO | 00890 | | SERINGA DE 10ML | 00846 | | DOBUTREX | 01587 | |
| | ALGODÃO HIDROFILO | 00884 | 01 | SERINGA DE 20 ML | 00847 | | DOLANTINA | 00385 | |
| | ALGODÃO ORTOPÉDICO | 00886 | | SOAPEX (ML) | 00886 | | DORMONID. 15 MG | 07299 | |
| | ARRIETLA PI/ MONITOR | 00889 | | SONDA ENDOTRAQUEAL | 00883 | | ERGOTRATE | 00363 | |
| 02 | ATAD. CREPON 10 CM | 00773 | | SONDA TRAQUEA | 00868 | | EFORTIL | 00376 | |
| | 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 | 00961 | | FORANE | 00890 | |
| | ATAD. GESSO 20 CM | 00777 | | SUTUPAK SI AGULHA | 00943 | | HALOTHANO | 01383 | |
| | BUTTERFLY (SCALP) | 00844 | | TAMPÃO | 00907 | | INHAL | 00486 | |
| | CAL SODADA | 00871 | | TORNEIRA 3 VIAS | 00905 | | IRUXOL | 00472 | |
| | CATETER SUBCLAVIA | 00780 | | ULTRA-GEL | 00893 | | K-FLIN 1 GR | 00488 | |
| | CATETER INTRAVENOSO | 00956 | 01 | VICRIL | 00819 | 02 | KETALAR | 00487 | |
| | CAT GUT SIMPLES | 00810 | | VICRIL OFTALMICO | 00820 | | LANEXAT | 01602 | |
| | CAT GUT CROMADO | 00811 | | FILTRO CARDIOPLEGIA | 01633 | | MARCAINA 0,5% CIAD | 00519 | |
| | CAT GUT CROM LACADO | 00812 | | FILTRO LINHA ARTERIAL | 01585 | | MARCAINA 0,5% SAD | 00522 | |
| | CAT GUT CROM OFTALM | 00813 | | RESERV. CARDIOPLEGIA | 01830 | | MARCAINA PESADA | 00521 | |
| | CERA DE OSSO | 00833 | | RESERV. CARDIOTOMIA | 00824 | | HARCAN | 01699 | |
| | CIDEX (ML) | 00314 | | HEMOCONCENTRADOR | 01835 | | ORASTINA | 00581 | |
| | COL URINA II FECHADO | 00780 | | OXIGENADOR MEMBRANA | 00825 | | PAULON | 00594 | |
| | COL URINA UROFIX | 00764 | | OXIGENADOR DE BOLHAS | 01667 | | PROSTIGMINE | 00625 | |
| | COTONETES | 00874 | | CONJ. AUTO TRANSFUSÃO | 00951 | | PROTAMINA | 00626 | |
| 03 | COMPRESSA CIRÚRGICA | 00878 | | SIST. DREN. MEDIASTINAL | 01114 | | QUERICIM 100MG | 00626 | |
| | COTONOIDES | 00873 | | KIT CÂNULAS | 00629 | | ROCEFIM 1GR | 00647 | |
| | DRENO PENROSE | 00802 | | CONJ. TUBOS PARA CEC | 01684 | | RINGER LACTATO | 00644 | |
| | DRENO DE SUÇÃO | 00600 | | TUBOS PI/ TCA | 00794 | 01 | SORO FISIOLÓGICO 0,9% | 00670 | |
| | EQUIPO SIMPLES | 00806 | | CACHIMBO | 00937 | | SORO GLUCOSADO 0,5% | 00674 | |
| 10 | ESPARADRAPO cm | 00860 | | MERCURIOS PARA TCA | 01401 | | SORO GLICOFLISOL 0% | 00672 | |
| | ET BCND | 00824 | | XILOCAINA 2% C/ AC | 00749 | | SOL. SALINA 888 | 01007 | |
| | ÉTER (ML) | 00881 | | XILOCAINA 2% B/ AC | 00751 | | | | |
| | FIOS DE MARCAPASSO | 00825 | | XILOCAINA GELEIA | 00748 | 01 | dissolvente | | |
| | FITA CARDIACA | 00823 | | XILOCAINA PESADA | 00750 | | | | |
| | FORMOL (ML) | 00882 | | | | | | | |
| 05 | GASE SECA | 00888 | | | | | | | |
| | GASF ALCOHOLOADA | 00866 | | | | | | | |
| | GASE FURACINADA | 00865 | | | | | | | |
| | GELFOAN | 00433 | | | | | | | |
| | GORRO DESCARTÁVEL | 01530 | | | | | | | |
| 01 | LÂMINA DE BISTURI | 00842 | | | | | | | |
| | LIGA UMBILICAL | 00884 | | | | | | | |
| | LIG CLIP (CART) | 01822 | | | | | | | |
| 07 | LUVA DESCARTÁVEL | 00843 | 01 | OUTROS | | | CÓDIGO | INÍCIO | TERMINO |
| | MALHA TUBULAR (CM) | 00774 | | ASPIRADOR ULTRASÔNICO | | | | | |
| | MASC. DESCARTÁVEL | 00915 | | MONITOR PRESSÃO INTRAGRANENA | | | | | |
| | MICROPORE (CM) | 00803 | | BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR | | | | | |
| 09 | MONONYLON | 00815 | | TREPANO | | | | | |
| | MONONYLON OFTALM | 00816 | | MARCA PASSO EXTERNO | | | | | |
| | MONONYLON VICROCR | 00817 | | MONITOR DE DÉBITO CARDIACO | | | | | |
| | POLDIVINE | 00898 | | CAPINOGRAFO | | | | | |
| | PROLENE | 00821 | | ASPIRADOR | | | | | |
| | THINMBUTAI 500MG | 00707 | | SERRA ELÉTRICA | | | | | |
| | TRACIUM | 00702 | | DESFIBRILADOR / CARDIOVISOR | | | | | |
| | TUBETE | 00908 | | BOMBA DE INFUSÃO | | | | | |
| | VALUM 10 MG | 00723 | | MICROSCÓPIO CIRÚRGICO | | | | | |
| | VACI SULFA | 00722 | | COLCHÃO TÉRMICO | | | | | |
| | VASELINA | 00725 | | DIÓXIDO DE CARBONO | | | | | |
| | | | | BISTURI ELÉTRICO | | | | | |
| | | | | MONITORIZAÇÃO | | | | | |
| | | | | INTENSIFICADOR DE IMAGEM | | | | | |
| | | | | PROTOXIDO DE AZETO | | | | | |
| | | | | TAXA DE SALA | | | | | |
| | | | | OXIGÉNIO | | | | | |
| | | | | AR COMPRIMIDO | | | | | |
| | | | | OXIMETRO DE PULSO | | | | | |
| | | | | BALÃO AORTICO | | | | | |
| DATA: 27.01.11 | | CIRURGIÃO: Dr. Bruno | | ANESTESISTA: f | | | | | |

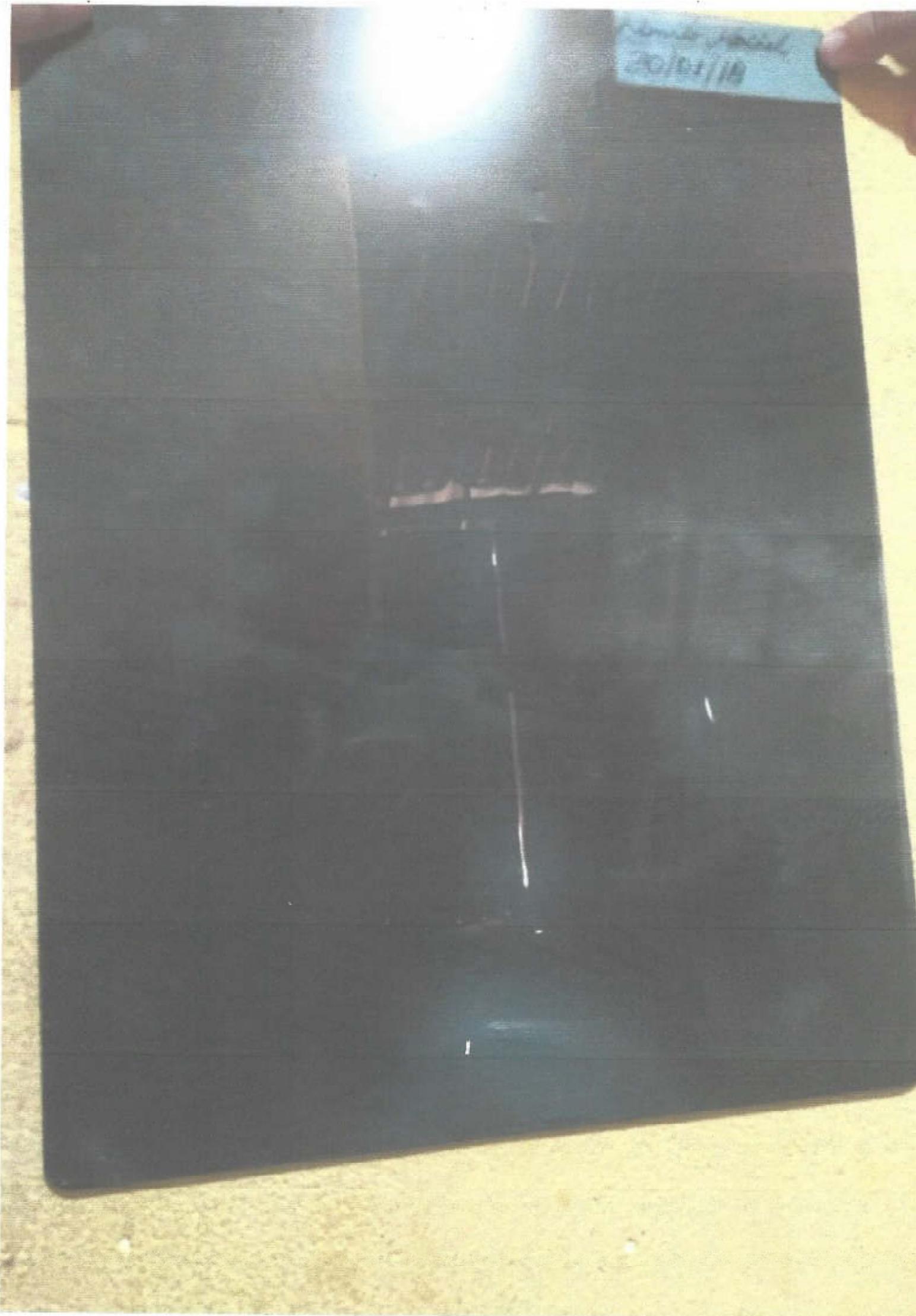
| | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------|---------------------------|-------------|-------------------|-----------|------------------------------------|-----------------|----------|
| H.M.A.G.R. | HOSPITAL MUNICIPAL CAUCAIA | | ENFERMEIRA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO | | | | |
| FOLHA DE ANESTESIA | NOME <i>Wambo Macel A de</i> | | IDADE | SEXO | COR | | | | |
| DATA <i>22.1.14</i> | PRES. ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO <i>Alve</i> | TEMPERATURA | PESO | ALTURA | | | |
| TIPO SANGUÍNEO | HEMÁTIAS | HEMOGLOBINA | | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | URÉIA | | | |
| | URINA | | | | | OUTROS | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | | | | ASMA | BRONQUITE | | | |
| AP. CIRCULATÓRIO | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | | | | |
| AP. DIGESTIVO | | | | | AP. URINÁRIO | | | | |
| ESTADO MENTAL <i>OK</i> | | DENTES | | PESCOÇO | | ALERGIA | | HOPOTENSORES | |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO | | | | | ESTADO FÍSICO | | RISCO | | |
| ANESTESIAS ANTERIORES | | | | | | | | | |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | | | | | APLICADAS ÀS | | EFEITO | | |
| Agente Anestésicos | 02 | | | | | | INDUÇÃO | | |
| | | | | | | | Satisf. | Excit. | |
| Líquidos | <i>AM</i> | | | | | | Tosse | Laringe | |
| | | | | | | | Espasmo | Lenta | |
| | | | | | | | Náuseas | Vômitos | |
| | | | | | | | Outros | | |
| | | | | | | | MANUTENÇÃO | | |
| CÓDIGO VP - Arterial o Puls. O - Respiração A x Anestesia O Operação | 260 | | | | | | Anestesia Satisf.: S _____ N _____ | | |
| | 240 | | | | | | Não por que? _____ | | |
| | 220 | | | | | | DESPERTAR Reflexos na S.O. | | |
| | 200 | | | | | | Obstr. | CO ₂ | Exercit. |
| | 180 | | | | | | Náuseas | | Vômitos |
| | 160 | | | | | | Outros | | |
| | | | | | | | CONDIÇÕES | | |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES | | | | | | | | | |
| POSIÇÃO | <i>Revo de (do) mida (4)</i> | | | | | | | | |
| AGENTES | <i>EV</i> | | | | | | | | |
| TÉCNICA | <i>L.C. f. Unigrafo</i> | | | | | | | | |
| OPERAÇÃO | <i>m Bravio / Mânuas</i> | | | | | CÔNIULAS | | | |
| CIRURGIÕES | | | | | | | | | |
| ANESTESISTAS | <i>M. Wambo</i> | | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | |
| Complicações pré-operatória, operatórias, e pós-operatórias. | | | | | | | PERDA SANGUÍNEA | | |
| <i>diáfragma 1.</i> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | <i>Waterman 2013-02-25</i> | | |



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

**SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR**

**ETÁRIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR *Post-Matua*
AÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**







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 |

Reanáise

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

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.

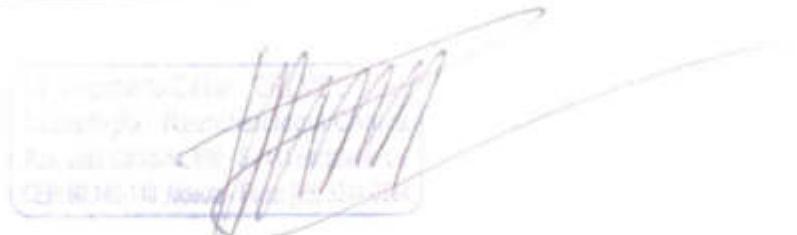
EXAME DE: 25/09/2018

Realizamos testes neurofisiológicos como estudo da neurocondução motora, estudo da neurocondução sensitiva, eletromiografia com agulha monopolar e outros testes neurofisiológicos necessários ao diagnóstico eletroenemiográfico. ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES ENCONTRADAS: **MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO:** Ausência do potencial de ação muscular composto do nervo radial. Prolongamento da latência distal de pico sensitivo, diminuição de acentuada intensidade da amplitude do potencial de ação nervoso sensitivo e diminuição de moderada/acentuada intensidade da velocidade de condução nervosa sensitiva do nervo radial(punho/mão). Rarefação acentuada dos potenciais de ação de extensor 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/acentuada intensidade no triceps, no braquioradial, 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.

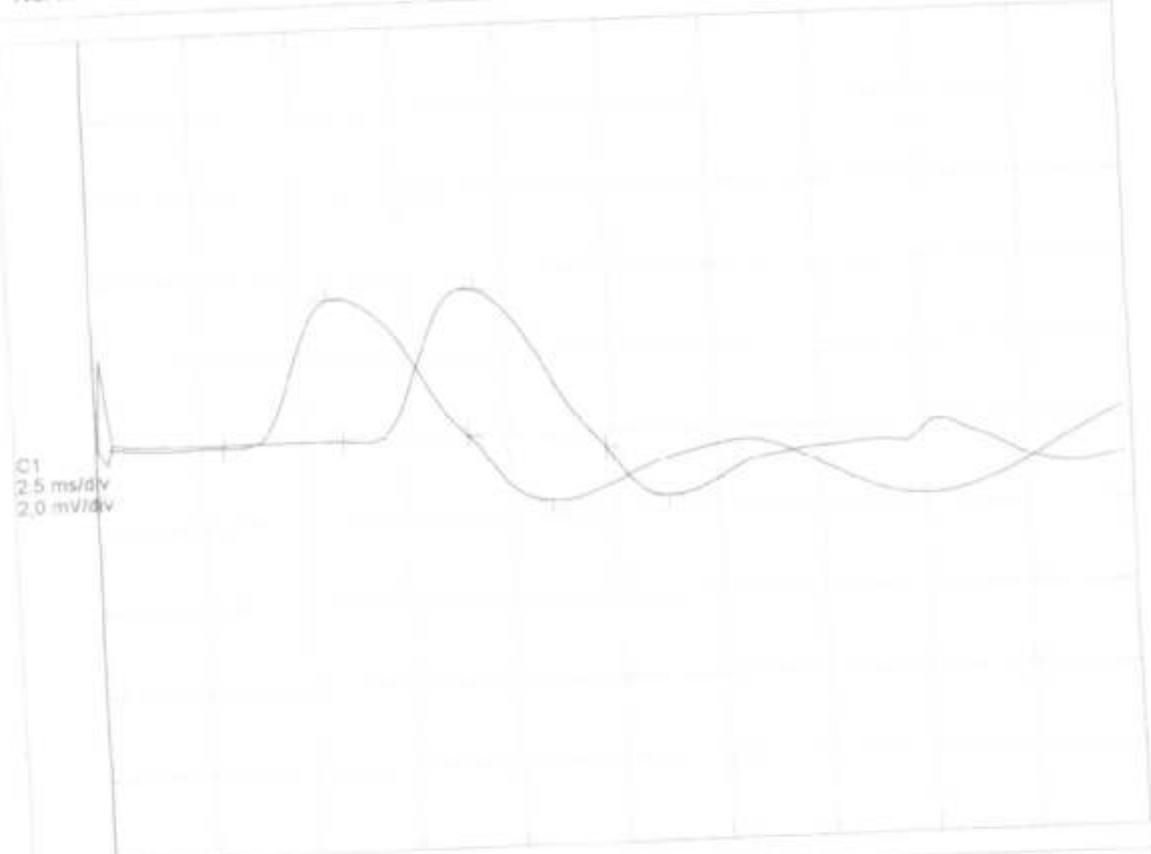




Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918
Nervo: Mediano E

Idade: 10 anos
Tipo: VCM

NEUROTEC ®
Electroneuromiôgrafo
Data: 25/08/2018



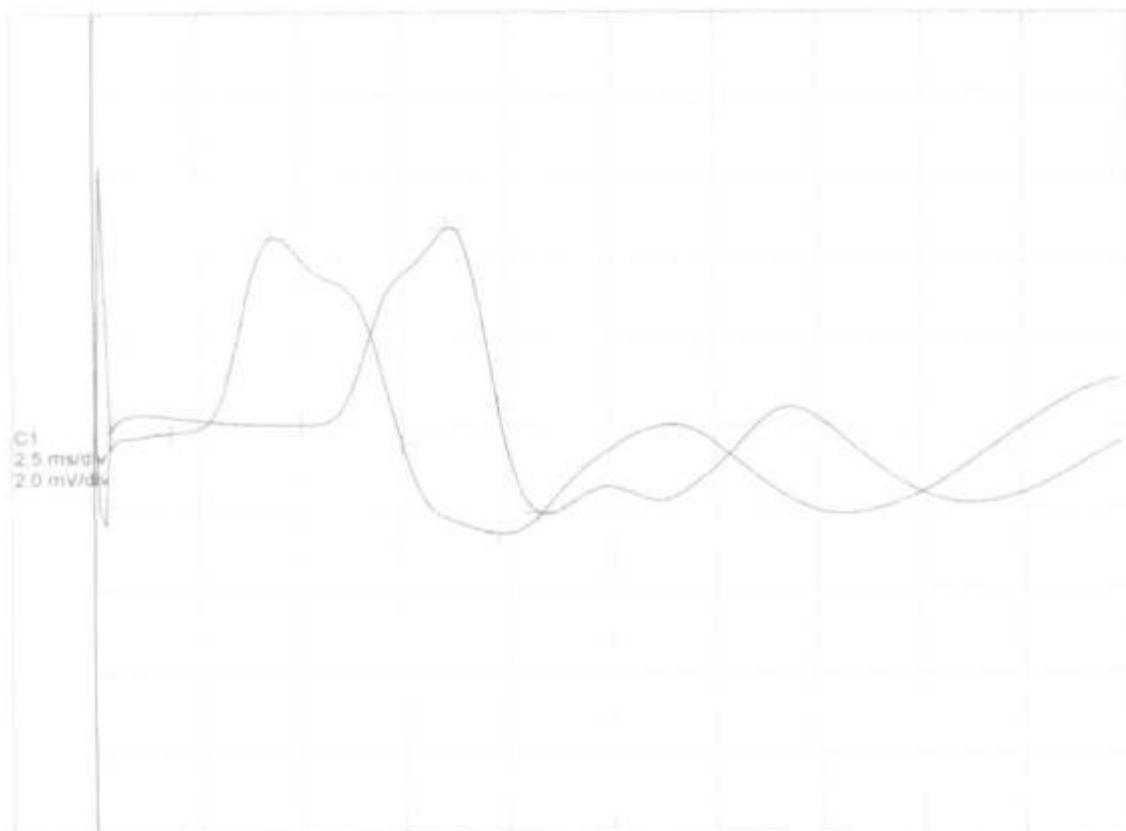
| Curva | Local do Estímulo | Latências | | | Araçá | Amplitudes | |
|------------------|-------------------|--------------|-------------------|-----------|-------|----------------|----------------|
| | | início [ms] | Pico [ms] | Dur. [ms] | | Base-Pico [mV] | Pico-Piso [mV] |
| (1) | Punto | 3.05 | 5.74 | 5.98 | 10.25 | 3.49 | 5.04 |
| (2) | Cervos | 5.98 | 8.28 | 6.30 | 10.50 | 3.57 | 5.16 |
| Vel. de Condução | | | | | | | |
| Segmento | Distância [m] | Cr. Lat [ms] | Vel. Condi. [m/s] | | | | |
| 1 - 2 | 21.0 | 2.90 | 71.67 | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918
Nervo: Ulnar E

Idade: 10 anos
Tipo: VCM

NEUROTEC®
Eletroneuromiôgrafo
Data: 29/09/2018



| Curva | Local do Estímulo | Latência | | | Amplitude | |
|-------|-------------------|----------|-----------|----------|-----------|------|
| | | [ms] | Pico [ms] | Dur [ms] | | |
| (1) | Punto | 1.03 | 4.22 | 5.12 | 13.22 | 4.72 |
| (2) | Colmo do Orelho | 5.01 | 8.54 | 4.76 | 11.74 | 4.76 |

| Segmento: | Vel. de Condução | | |
|-----------|------------------|-------------|---------------------|
| | Distância [cm] | DF Lat [ms] | Vel. Condução [m/s] |
| 1 - 2 | 23.0 | 3.47 | 69.40 |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

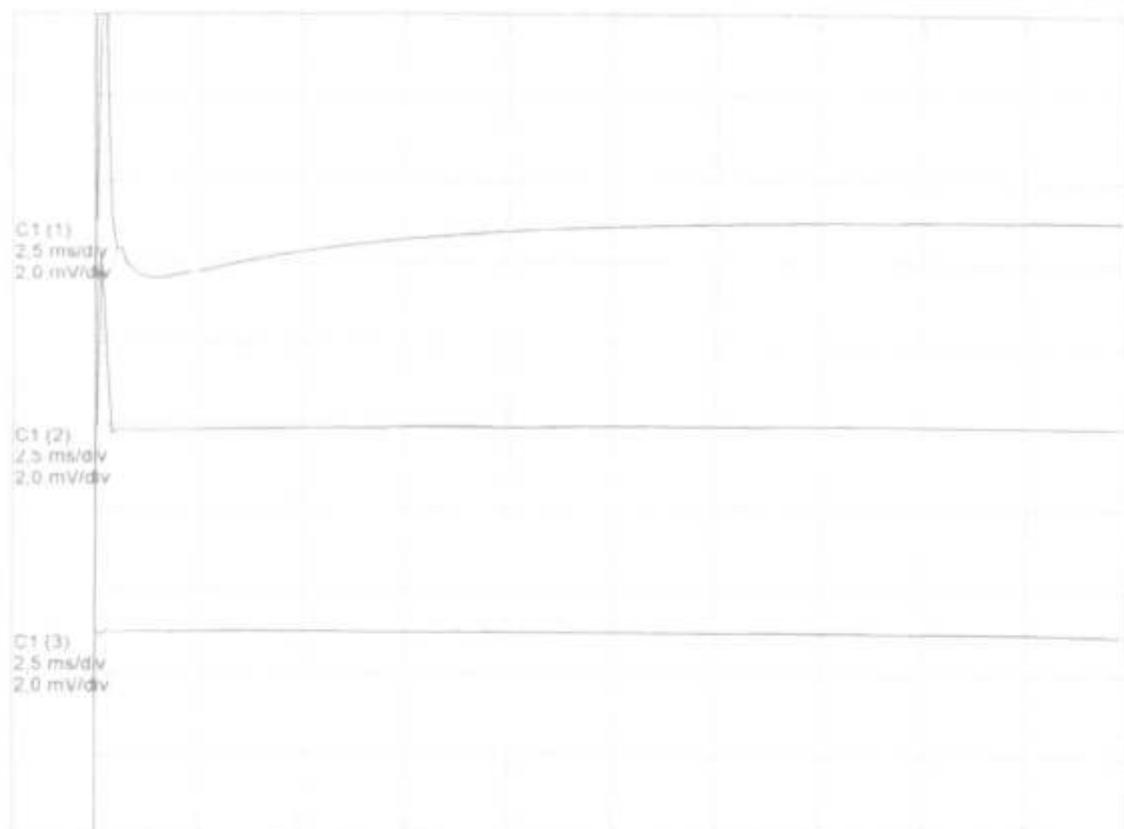
NEUROTEC ®

Elettoneuromiografo

Data: 25/09/2018

Nervo: Radial E (Extensor Próprio do Indica)

Tipo: VCM



| Cáps | Local do Estimulo | Latência | | | Área | Amplitude | |
|------|-------------------|----------|-----|-----|------|-----------|-----------|
| | | Mín | Max | Dur | | Base-Pico | Pico-Pico |
| (1) | Antebraço | | | | | | |
| (2) | Cotovelo Distal | | | | | | |
| (3) | Cotovelo Proximal | | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

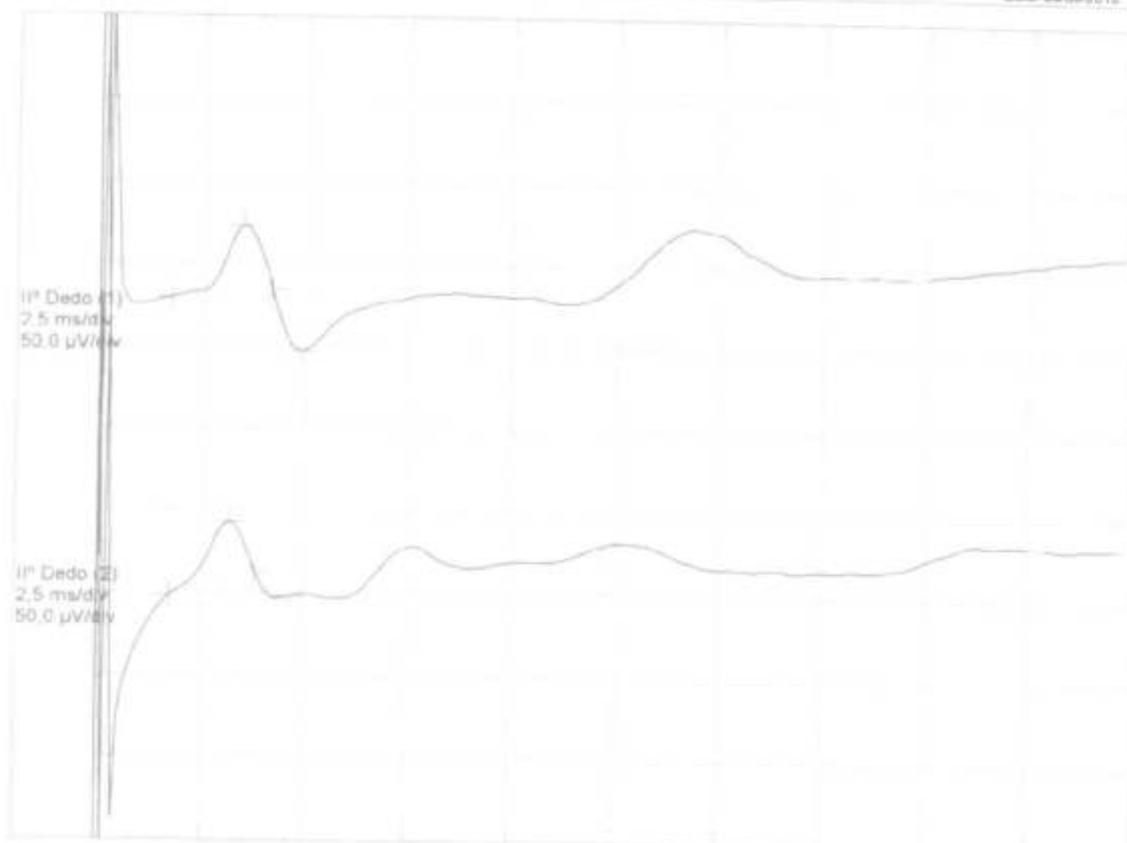
NEUROTEC ®

Eletroneuromiógrafo

Data: 25/09/2018

Nervo: Mediano E Punho IIº dedo/Ulnar E Pun

Tipo: VCS



| Curva | Local do Estímulo | Latências | | | Área | Amplitudes | | | Vel. de Condução | |
|-------|-------------------|-----------|------|------|-------|------------|-----------|-------|------------------|--|
| | | medio | Pico | Dur. | | Base-Pico | Pico-Pico | Dist. | Vel. Condu. | |
| (1) | Punho | 1.71 | 2.42 | 2.48 | 37.29 | 43.62 | 75.88 | 10.0 | 55.47 | |
| (2) | Perna | 1.71 | 3.17 | 2.56 | 29.51 | 44.63 | 46.21 | 10.0 | 56.47 | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

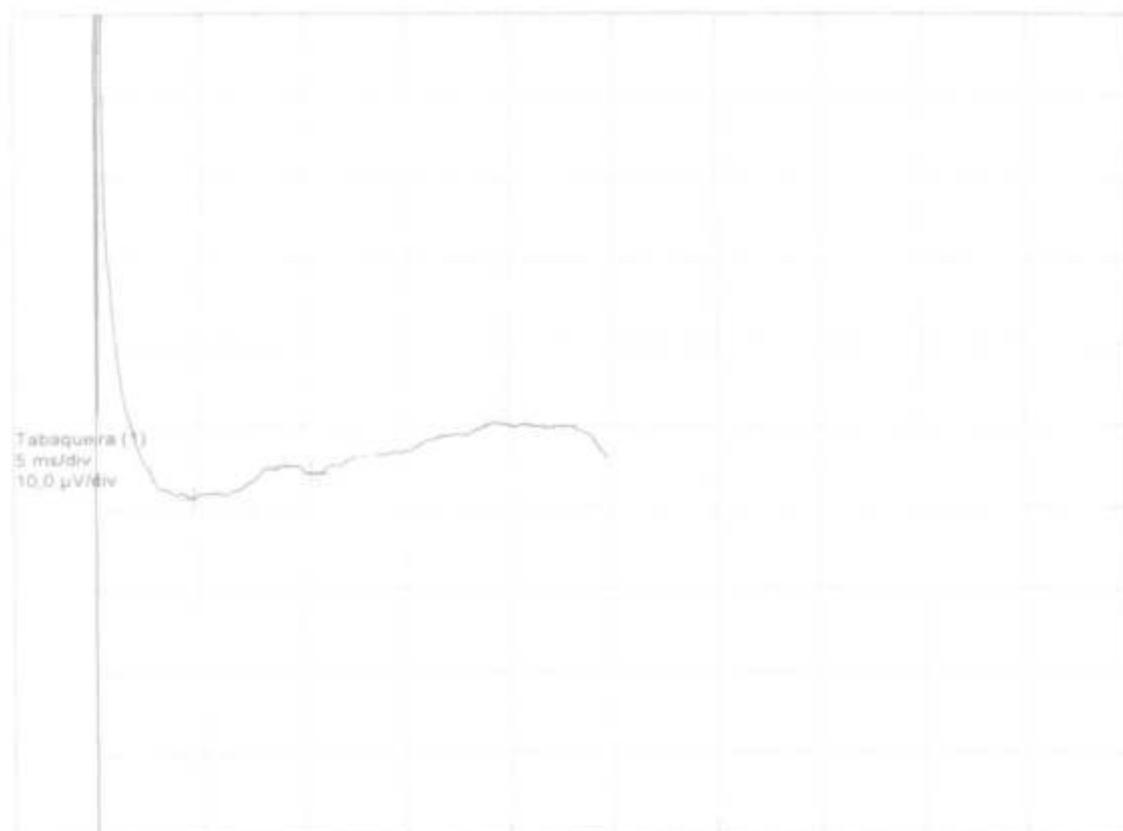
NEUROTEC ®

Eletroneuromiografo

Data: 25/09/2018

Nervo: Radial E Antebraço - Tabaqueira Anat

Tipo: VCS



| Corte: | Local do Estímulo: | Latências: | | | Amplitude: | Vel. de Condução: | | |
|--------|--------------------|------------|-----------|----------|------------|-------------------|----------------|---------------------------|
| | | mean [ms] | Pico [ms] | Dur [ms] | | Base-Pico [µV] | Pico-Pico [µV] | Dist [cm] Vel. Cond [m/s] |
| (1) | Antebraço | 4,54 | 9,03 | 5,74 | 36,51 | 3,86 | 0,87 | 10,0 21,56 |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®

Eletroneuromiôgrafo

Data: 25/09/2018

Músculo: Triceps E

Tipo: EMG

C5
100 milísec.
1.2 milímetros

| REPOUSO | | | Curva | Duração [mse] | Amplitude [mV] |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|---------------|----------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | 50,42 | 3,62 |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | | (1) | 0,00 | 0,00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PC | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esfuerzo | Raramente Média | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®

Músculo: Braquioradial E

Tipo: EMG

Eletroneuromiógrafo
Data: 29/09/2018

| REPOUSO | | | Curva | Duração | Amplitude |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|---------|-----------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | (1) | 47,40 | 0,86 |
| Excitação | Descarga de Alta Frequência | | (2) | 0,00 | 0,00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Estírijo | | | | | |
| Rarificação Média | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918.

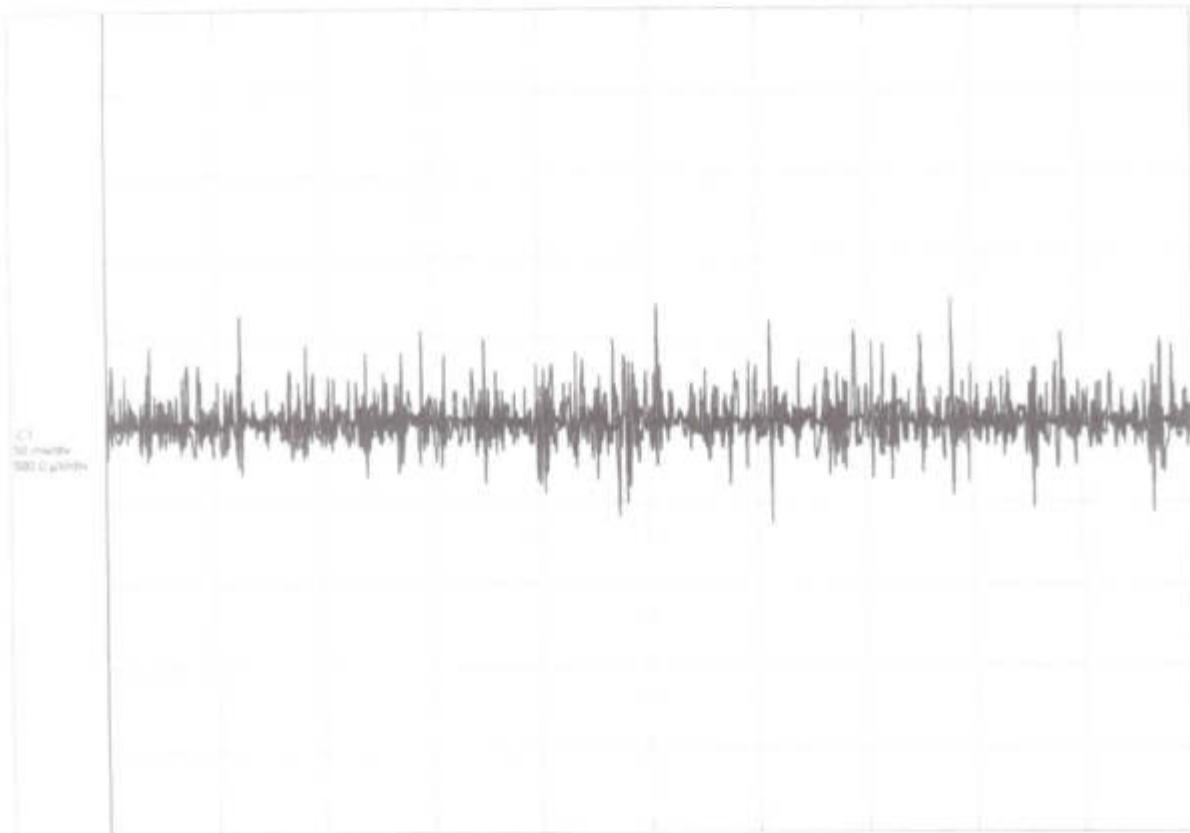
Idade: 10 anos

NEUROTEC ®
Eletroneuromiôgrafo

Músculo: Flexor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



| Atividade de inserção | REPOUSO | | Curva | Duração (ms) | Amplitude (mV) |
|-----------------------|------------------------------|---------------------|-------|-----------------|-------------------|
| | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | | |
| Fasciculação: | Descharge de Alta Frequência | | (1) | 0.00 | 0.00 |

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

EFORÇO

Esforço



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiôgrafo

Musculo: Flexor radial do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



| REPOUSO | | | Cunha | Duração | Amplitude |
|-----------------------|-------------|-----------------------------|-------|---------------|--------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | (1) | [ms] | [mV] |
| Fasciculação | | Descarga de Alta Frequência | (2) | 14,89 0,00 | 0,09 0,00 |

ATIV. VOLUNTARIA
AM DU PO

ESFORÇO
Esforço
NORMAL



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®
Eletroneuromiôgrafo

Músculo: Extensor comum dos dedos E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018

C1
100 mV/m
10 ms/div

| REPOUSO | | | Curva | Duração [ms] | Amplitude [mV] |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------|-------|-----------------|-------------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | (1) | 0.00 |
| Excitação: | Descarga de Alta Frequência | | (2) | 0.00 | 0.00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esforço | | | | | |
| Rarificação/Acentuação | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

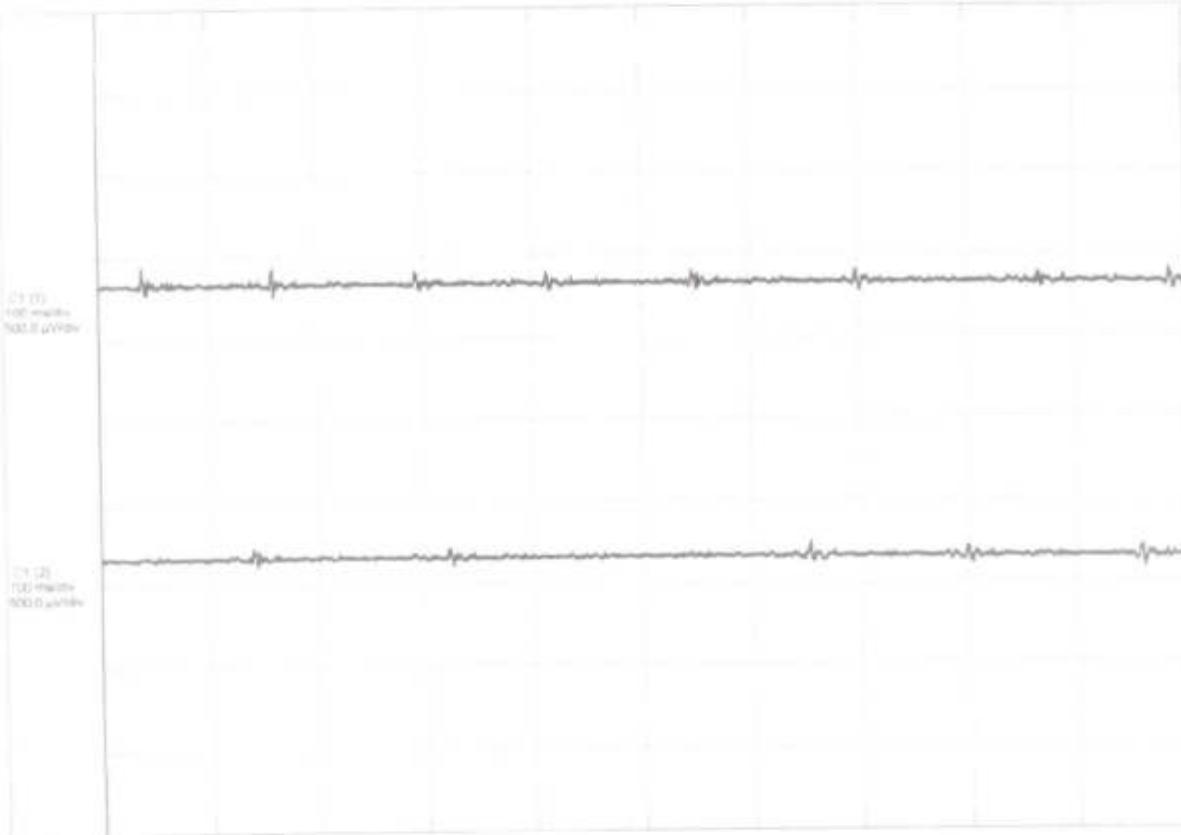
NEUROTEC ®

Eletroneuromiôgrafo

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 | Amplitude |
|--------|---------|-----------|
| (1) | 0,00 | 0,00 |
| (2) | 0,00 | 0,00 |

| ATIV. VOLUNTÁRIA | | |
|------------------|----|----|
| AM | DU | PD |

[ms]

[mV]

(1)

0,00

0,00

(2)

0,00

0,00

| ESFORÇO | | |
|---------|--|--|
| Esfôrço | | |

Rarefação Acentuada



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

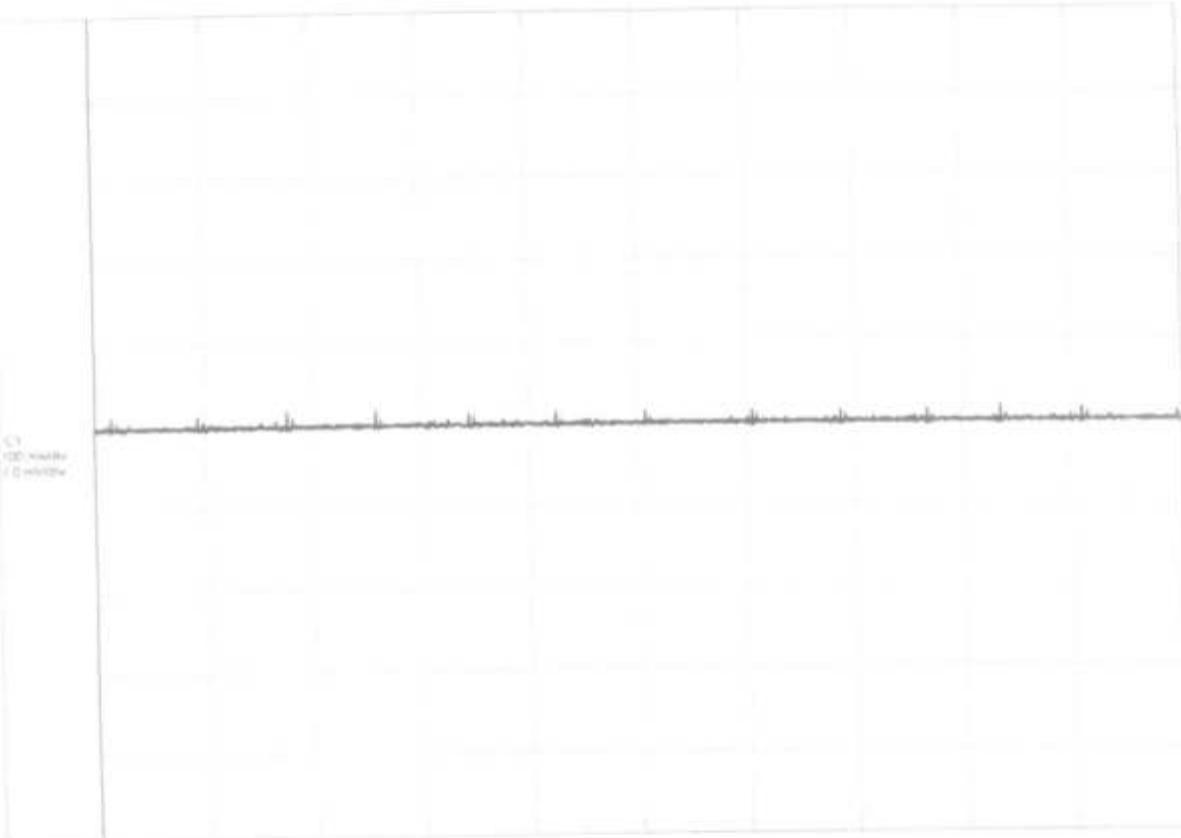
NEUROTEC ®

Extroneuromônografo

Músculo: Extensor londo do polegar E

Tipo: EMG

Data: 26/09/2018



| Atividade de Inserção | REPOUSO | | Curva | Duração | Amplitude |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|---------|-----------|
| | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | | |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | | (1) | 0,00 | 0,00 |
| <hr/> | | | | | |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| <hr/> | | | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Estírixe | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®

Eletroneuromiógrafo

Data: 25/08/2018

Músculo: Extensor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

C1
100 ms/40 mm

| REPOUSO | | | Curva | Duração | Amplitude |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|---------|-----------|
| Atividade de inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | (1) | [ms] | [mV] |
| | | | (1) | 0.00 | 0.00 |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | | (2) | 0.00 | 0.00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esforço | | | | | |
| Rarefação Acentuada | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

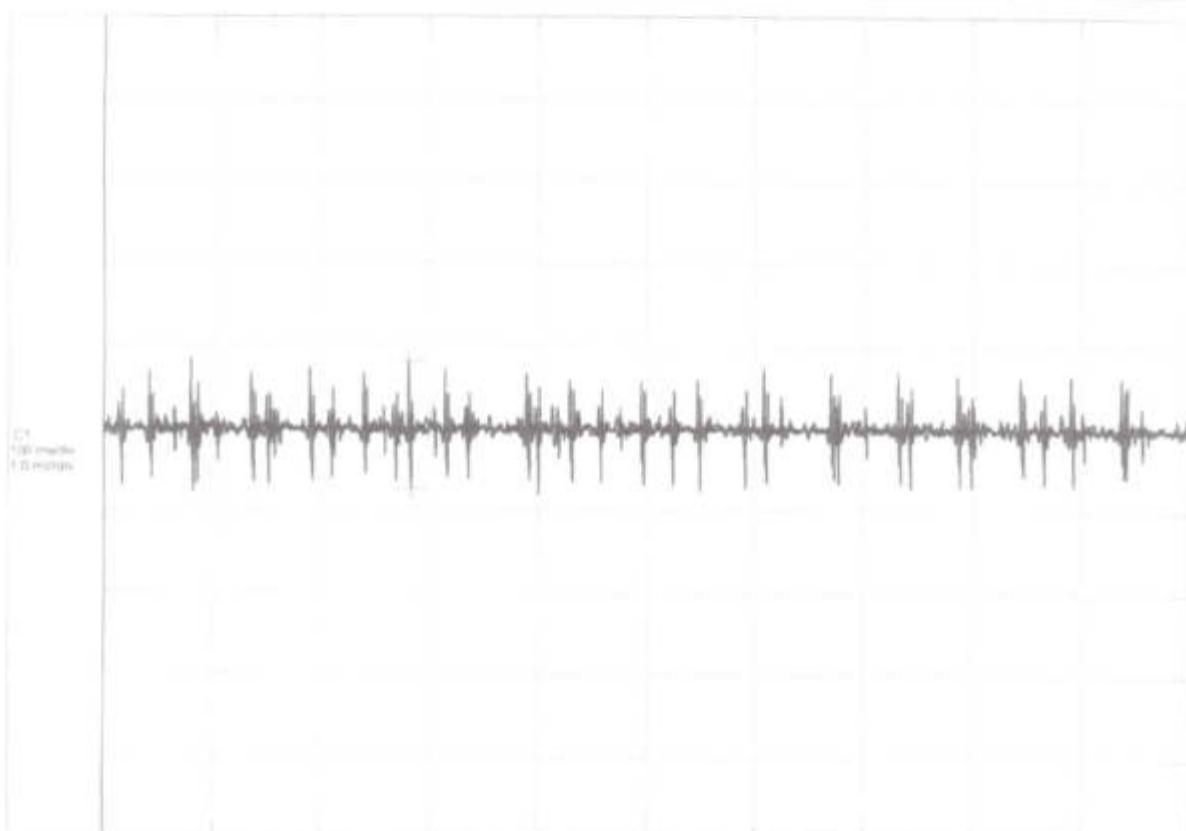
NEUROTEC ®

Músculo: Extensor radial do carpo E

Tipo: EMG

Eletroneuromiógrafo

Data: 25/09/2018



| REPOUSO | | | Curva | Duração [ms] | Amplitude [mV] |
|-----------------------|-------------|---------------------|-------|--------------|----------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | (1) | 32,71 |
| Fasciculação | | | (2) | 0,07 | 0,00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esforço | | | | | |
| Retação Média | | | | | |

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

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.

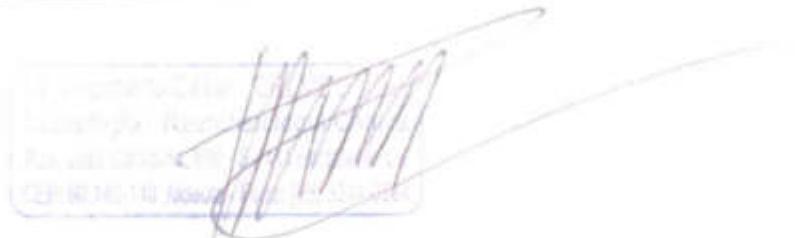
EXAME DE: 25/09/2018

Realizamos testes neurofisiológicos como estudo da neurocondução motora, estudo da neurocondução sensitiva, eletromiografia com agulha monopolar e outros testes neurofisiológicos necessários ao diagnóstico eletroenemiográfico. ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES ENCONTRADAS: **MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO:** Ausência do potencial de ação muscular composto do nervo radial. Prolongamento da latência distal de pico sensitivo, diminuição de acentuada intensidade da amplitude do potencial de ação nervoso sensitivo e diminuição de moderada/acentuada intensidade da velocidade de condução nervosa sensitiva do nervo radial(punho/mão). Rarefação acentuada dos potenciais de ação de extensor 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/acentuada intensidade no triceps, no braquioradial, 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.

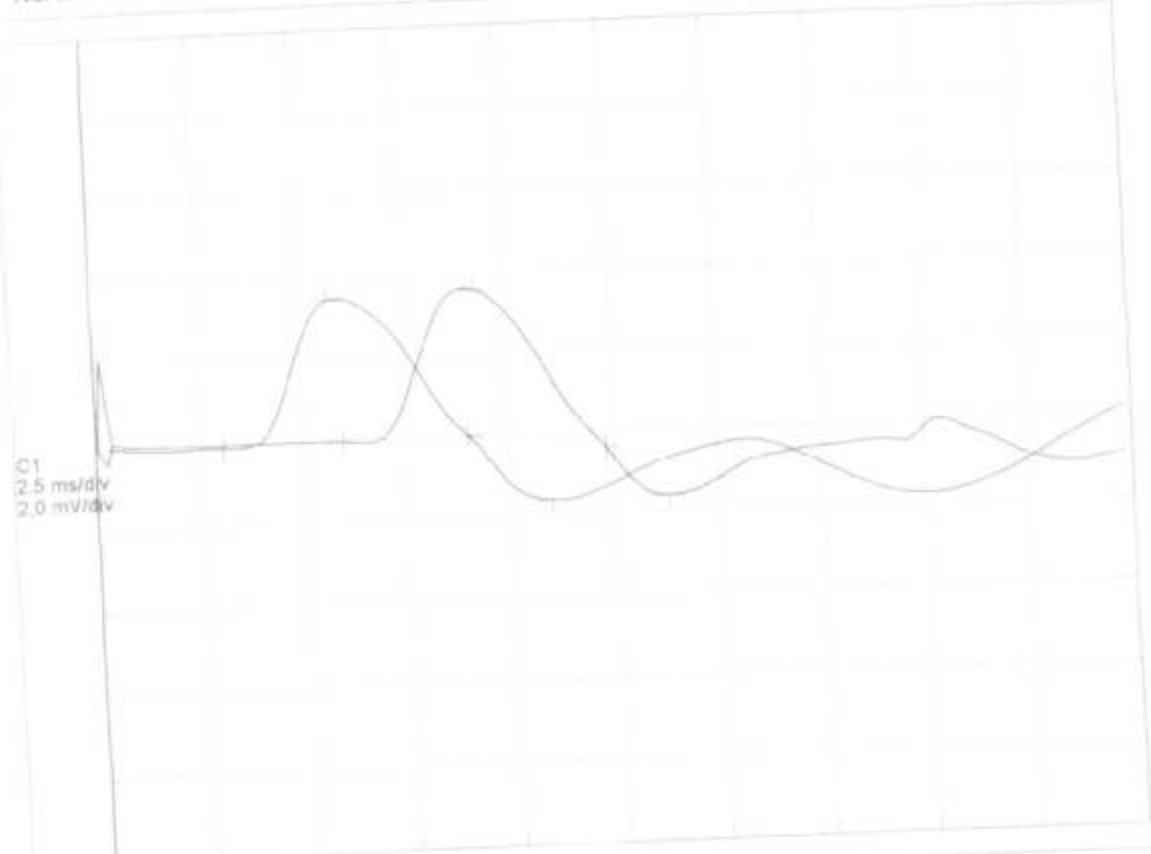




Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918
Nervo: Mediano E

Idade: 10 anos
Tipo: VCM

NEUROTEC ®
Electroneuromiôgrafo
Data: 25/08/2018



| Curva | Local do Estímulo | Latências | | | Araçá | Amplitudes | |
|------------------|-------------------|----------------|-------------|-----------|-------|----------------|----------------|
| | | início [ms] | Pico [ms] | Dur. [ms] | | Base-Pico [mV] | Pico-Piso [mV] |
| (1) | Punto | 3.05 | 5.74 | 5.98 | 10.25 | 3.49 | 5.04 |
| (2) | Cervosel | 5.98 | 8.28 | 6.30 | 10.50 | 3.57 | 5.16 |
| Vel. de Condução | | | | | | | |
| Segmento | Distância [m] | Vel. Lat. [ms] | Vel. Condu. | | | | |
| 1 - 2 | 21.0 | 29.0 | 71.67 | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

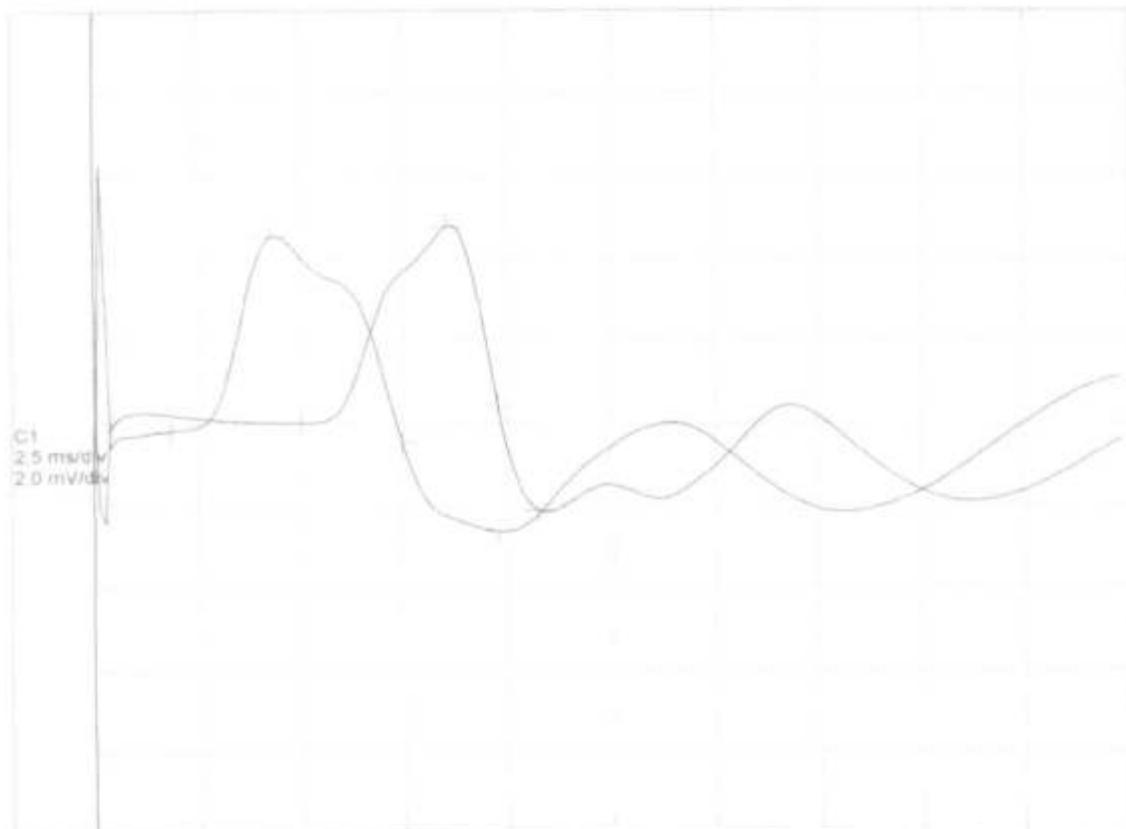
NEUROTEC®

Eletroneuromiôgrafo

Nervo: Ulnar E

Tipo: VCM

Data: 29/09/2018



| Curva | Local do Estímulo | Latência | | | Amplitude |
|------------------|-------------------|-------------|---------------------|----------|-----------|
| | | [ms] | Pico [ms] | Dur [ms] | |
| (1) | Punto | 1.03 | 4.22 | 5.12 | 13.22 |
| (2) | Colarinho Orelha | 5.01 | 8.54 | 4.76 | 11.74 |
| Vel. de Condução | | | | | |
| Segmento: | Distância [cm] | DF Lat [ms] | Vel. Condução [m/s] | | |
| 1 - 2 | 23.0 | 3.47 | 69.40 | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

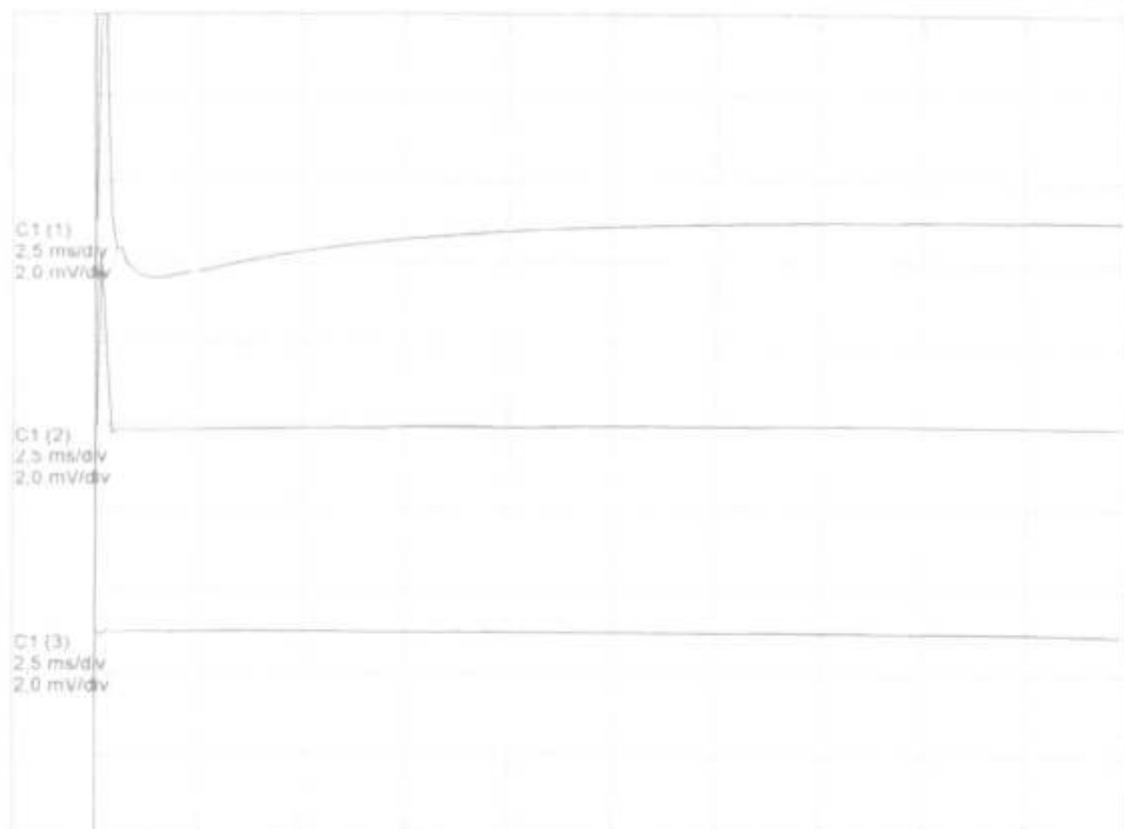
NEUROTEC ®

Elettoneuromiografo

Data: 25/09/2018

Nervo: Radial E (Extensor Próprio do Indica)

Tipo: VCM



| Câmera | Local do Estimulo | Latência | | | Área | Amplitude | |
|--------|-------------------|----------|------|-----|------|-----------|-----------|
| | | Média | Pico | Dur | | Base-Pico | Pico-Pico |
| (1) | Antebraço | | | | | | |
| (2) | Cotovelo Distal | | | | | | |
| (3) | Cotovelo Proximal | | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®

Eletroneuromiografo

Data: 25/09/2018

Nervo: Mediano E Punho IIº dedo/Ulnar E Pun

Tipo: VCS



| Curva | Local do Estímulo | Latências | | | Área | Amplitudes | | | Vel. de Condução | |
|-------|-------------------|-----------|------|------|-------|------------|-----------|-------|------------------|--|
| | | medio | Pico | Dur. | | Base-Pico | Pico-Pico | Dist. | Vel. Condu. | |
| (1) | Punho | 1.71 | 2.42 | 2.48 | 37.29 | 43.62 | 75.88 | 10.0 | 55.47 | |
| (2) | Perna | 1.71 | 3.17 | 2.56 | 29.51 | 44.63 | 46.21 | 10.0 | 56.47 | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

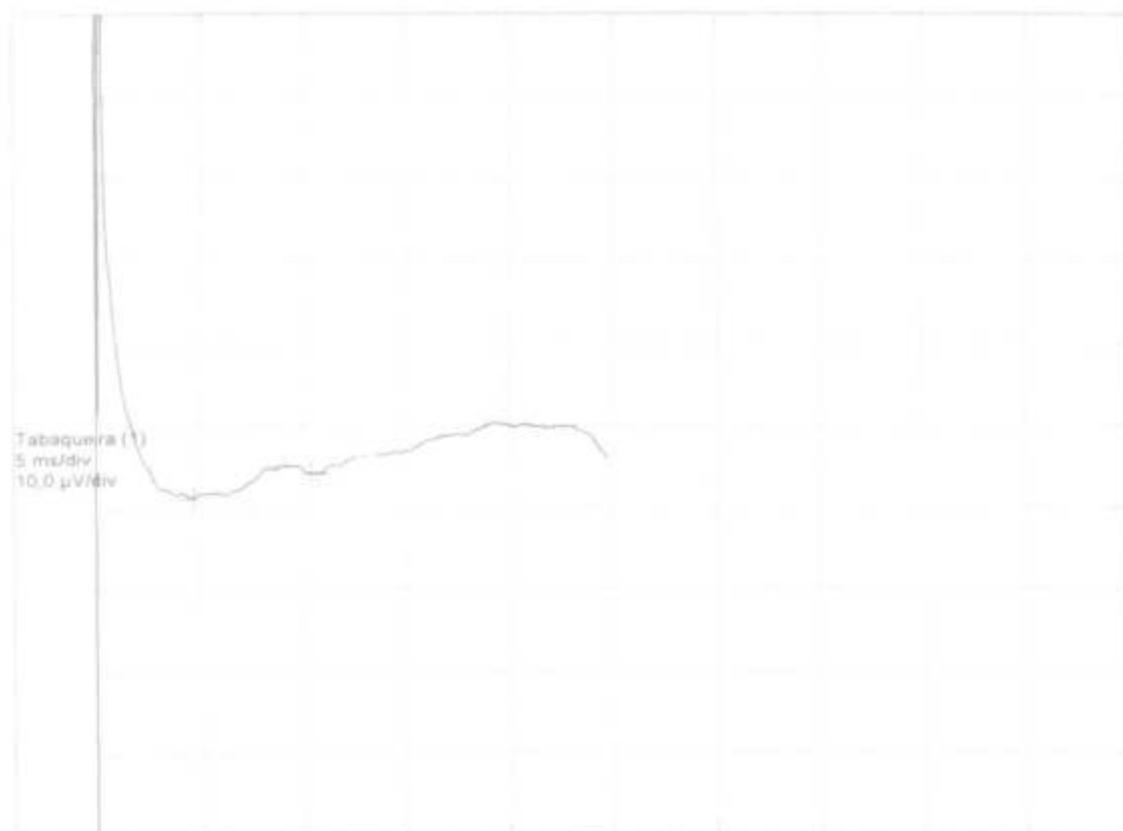
NEUROTEC ®

Eletroneuromiografo

Data: 25/09/2018

Nervo: Radial E Antebraço - Tabaqueira Anat

Tipo: VCS



| Corte: | Local do Estímulo: | Latências: | | | Amplitude: | Vel. de Condução: | | |
|--------|--------------------|------------|-----------|----------|------------|-------------------|----------------|---------------------------|
| | | mean [ms] | Pico [ms] | Dur [ms] | | Base-Pico [µV] | Pico-Pico [µV] | Dist [cm] Vel. Cond [m/s] |
| (1) | Antebraço | 4,54 | 9,03 | 5,74 | 36,51 | 3,86 | 0,87 | 10,0 21,56 |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®

Eletroneuromiôgrafo

Data: 25/09/2018

Músculo: Triceps E

Tipo: EMG

C5
100 milísec.
1.2 milímetros

| REPOUSO | | | Curva | Duração [mse] | Amplitude [mV] |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|---------------|----------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | 50,42 | 3,62 |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | | (1) | 0,00 | 0,00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PC | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esfuerzo | Raramente Média | | | | |



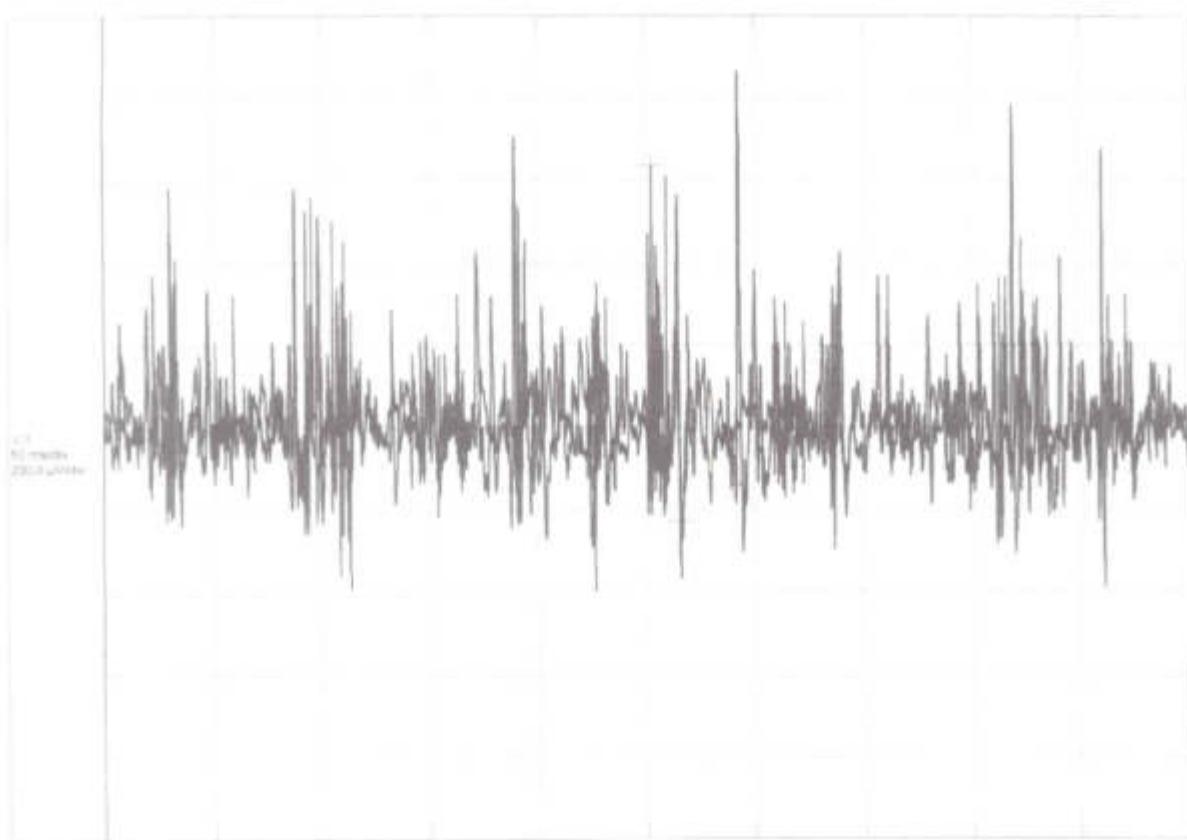
Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®

Músculo: Braquioradial E

Tipo: EMG

Eletroneuromiógrafo
Data: 29/09/2018

| REPOUSO | | | Curva | Duração | Amplitude |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|---------|-----------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | (1) | 47,40 | 0,86 |
| Excitação | Descarga de Alta Frequência | | (2) | 0,00 | 0,00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Estírijo | | | | | |
| Rarificação Média | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918.

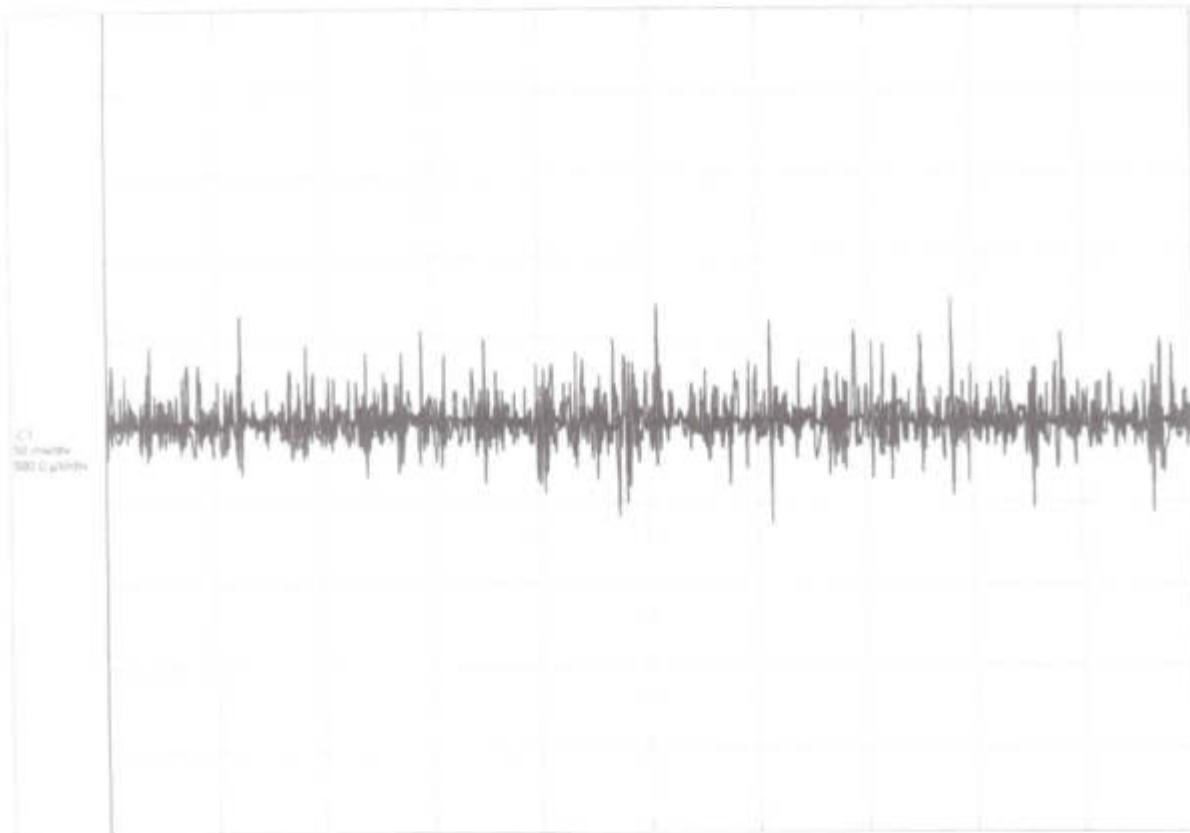
Idade: 10 anos

NEUROTEC ®
Eletroneuromiôgrafo

Músculo: Flexor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



| Atividade de inserção | REPOUSO | | Curva | Duração (ms) | Amplitude (mV) |
|-----------------------|----------------------------|---------------------|-------|-----------------|-------------------|
| | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | | |
| Fasciculação: | Desarga de Alta Freqüência | | (1) | 0.00 | 0.00 |

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

EFORÇO

Esforço



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC®
Eletroneuromiôgrafo

Musculo: Flexor radial do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



| REPOUSO | | | Cunha | Duração | Amplitude |
|-----------------------|-------------|-----------------------------|-------|---------------|--------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | (1) | [ms] | [mV] |
| Fasciculação | | Descarga de Alta Frequência | (2) | 14,89 0,00 | 0,09 0,00 |

ATIV. VOLUNTARIA
AM DU PO

ESFORÇO
Esforço
NORMAL



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®
Eletroneuromiôgrafo

Músculo: Extensor comum dos dedos E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018

C1
100 mV/m
10 ms/div

| REPOUSO | | | Curva | Duração [ms] | Amplitude [mV] |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------|-------|-----------------|-------------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | (1) | 0.00 |
| Excitação: | Descarga de Alta Frequência | | (2) | 0.00 | 0.00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esforço Rarefação Acentuada | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

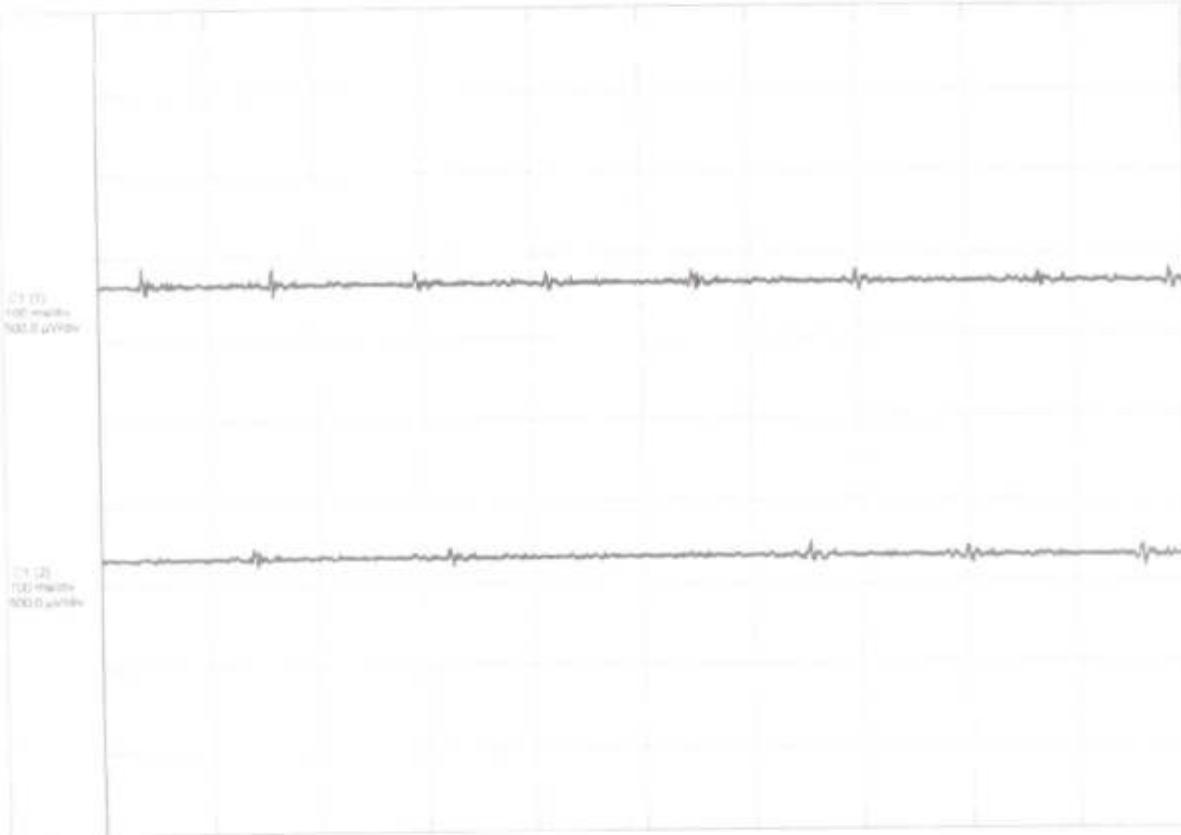
NEUROTEC ®

Eletroneuromiôgrafo

Músculo: Extensor próprio do indicador E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



| REPOUSO | | | Curva: | Duração [ms] | Amplitude [mV] |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|--------|-----------------|-------------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | (T1) | 0,00 |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | | (T2) | 0,00 | 0,00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PD | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esforço | | | | | |
| Rarefação Acentuada | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

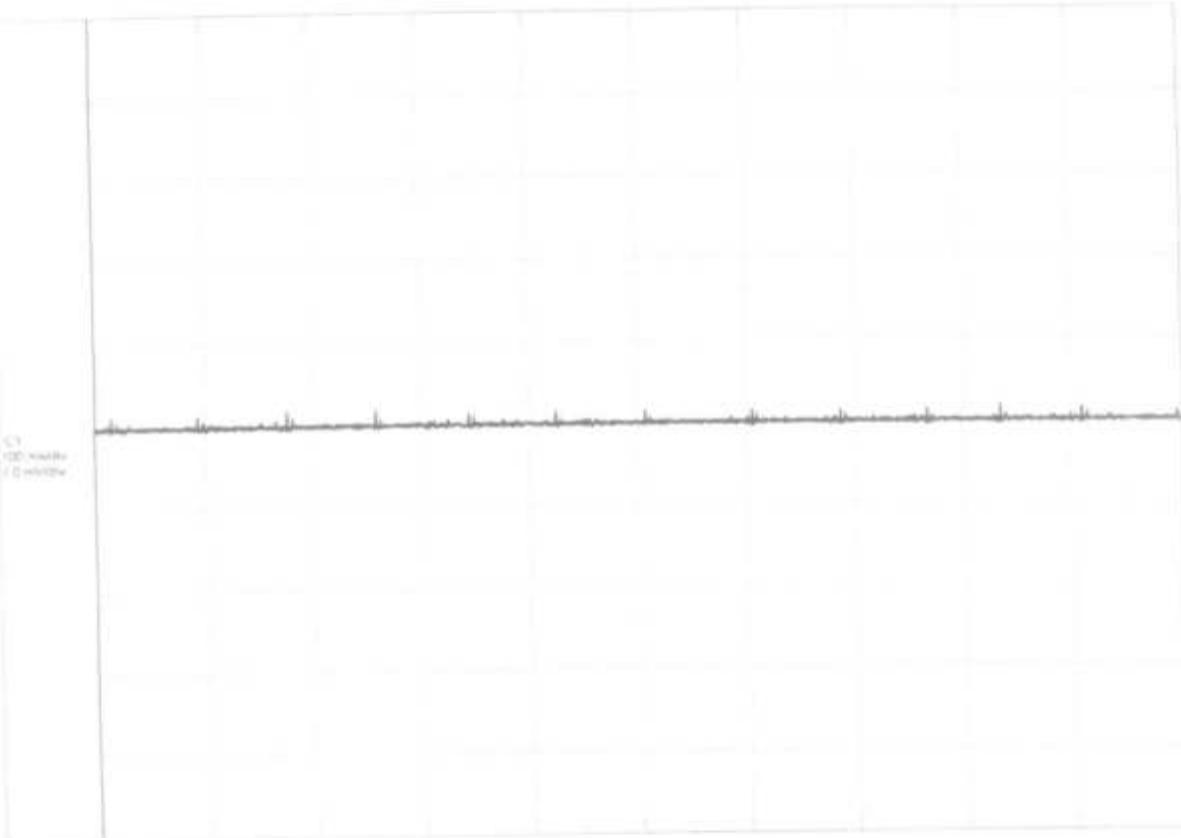
NEUROTEC ®

Extroneuromôngrafo

Músculo: Extensor londo do polegar E

Tipo: EMG

Data: 26/09/2018



| Atividade de Inserção | REPOUSO | | Curva | Duração | Amplitude |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|---------|-----------|
| | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | | |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | | (1) | 0,00 | 0,00 |
| <hr/> | | | | | |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| <hr/> | | | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Estírixe | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®

Eletroneuromiógrafo

Data: 25/08/2018

Músculo: Extensor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

C1
100 ms/40 mm

| REPOUSO | | | Curva | Duração | Amplitude |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|---------|-----------|
| Atividade de inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | (1) | 0.00 | 0.00 |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | | (2) | 0.00 | 0.00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esforço | | | | | |
| Rarefação Acentuada | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

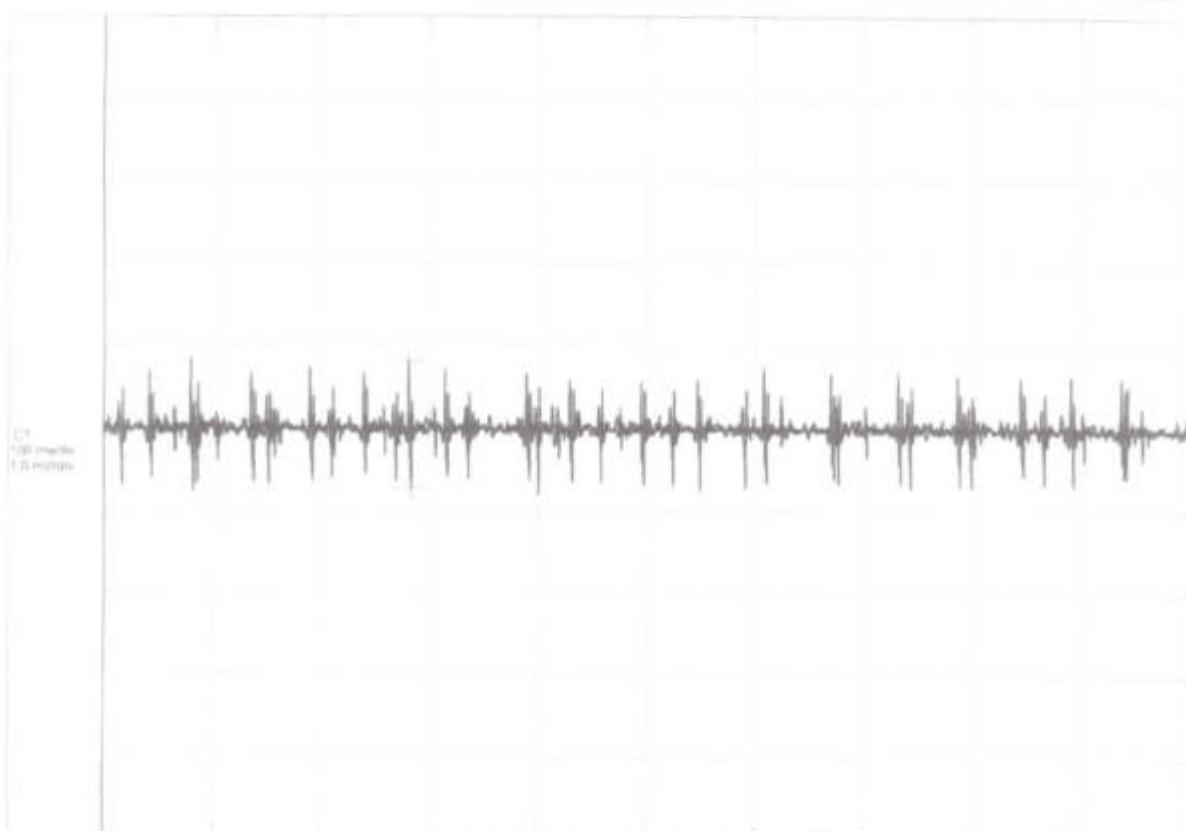
NEUROTEC ®

Músculo: Extensor radial do carpo E

Tipo: EMG

Eletroneuromiógrafo

Data: 25/09/2018



| REPOUSO | | | Curva | Duração [ms] | Amplitude [mV] |
|-----------------------------|-------------|---------------------|-------|-----------------|-------------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | 32,71 | 1,55 |
| Fasciculação | | | (1) | 0,07 | 0,00 |
| Descarga de Alta Frequência | | | (2) | | |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | |
| AM | DU | PO | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esforço | | | | | |
| Retação Média | | | | | |



Dr. Marcus Gadelha

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

ATESTADO

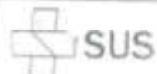
NOME: DANILO MACIEL ALENCAR DE ABREU

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 PREENSAO 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
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM: 10184 TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - 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



Sistema
Único
da
Saúde
Saude

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.**

02/02/2018

Identificação do Estabelecimento de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

2 - CNES

3 - CNES

Identificação do paciente

3 - NOME DO PACIENTE

JANIZIO HADIEL ALCONAI 05 ABREU

4 - NÚMERO PRONTUÁRIO

24664

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8980041238620161

5 - DATA DE NASCIMENTO

09/03/62

6 - SEXO

Mas

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSAVEL

FOT ADRIANA 05 S. ALCONAI

11 - TELEFONE DE CONTATO

3582361421

12 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)

Rua 5 de Outubro 759 SOLONI

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAUCAIA

14 - CÓD. BGE MUNICÍPIO

23.03.2

15 - UF

010

16 - CEP

61630-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dia de nasc.

10, in convalescência no mês de

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Flago de congestão

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

Artrite e laringite

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Artrite e laringite

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDARIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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 VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNP/EMPRESA

40 - ONAE DA EMPRESA

41 - CNP

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - NÃO SEGURO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

50 - DOCUMENTO

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

54 - DOCUMENTO

55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

58 - DOCUMENTO

59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

62 - DOCUMENTO

63 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

64 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

66 - DOCUMENTO

67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

70 - DOCUMENTO

71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

72 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

74 - DOCUMENTO

75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

76 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

78 - DOCUMENTO

79 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

80 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

82 - DOCUMENTO

83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

84 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

86 - DOCUMENTO

87 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

88 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

90 - DOCUMENTO

91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

92 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

94 - DOCUMENTO

95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

96 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

98 - DOCUMENTO

99 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

100 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

102 - DOCUMENTO

103 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

104 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

106 - DOCUMENTO

107 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

108 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

110 - DOCUMENTO

111 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

112 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

114 - DOCUMENTO

115 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

116 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

118 - DOCUMENTO

119 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

120 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

122 - DOCUMENTO

123 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

124 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

126 - DOCUMENTO

127 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

128 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

130 - DOCUMENTO

131 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

132 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

134 - DOCUMENTO

135 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

136 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

138 - DOCUMENTO

139 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

140 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

142 - DOCUMENTO

143 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

144 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

146 - DOCUMENTO

147 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

148 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

150 - DOCUMENTO

151 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

152 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

154 - DOCUMENTO

155 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

156 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

158 - DOCUMENTO

159 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

160 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

162 - DOCUMENTO

163 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

164 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

166 - DOCUMENTO

167 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

168 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

170 - DOCUMENTO

171 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

172 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

174 - DOCUMENTO

175 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

176 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

178 - DOCUMENTO

179 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

180 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

182 - DOCUMENTO

183 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

184 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

186 - DOCUMENTO

187 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

188 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

190 - DOCUMENTO

191 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

192 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

194 - DOCUMENTO

195 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

196 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

198 - DOCUMENTO

199 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

200 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

202 - DOCUMENTO

203 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

204 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

205 - ASS



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Nº 29 664

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

| | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| NOME: <i>Jairinho Maciel Alencar do Amaral</i> | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO <i>09/03/2008</i> | IDADE <i>9</i> | COR | SEXO <i>m</i> | ESTADO CIVIL <i>SOL.</i> | NATURALIDADE <i>FORT</i> |
| IDENTIDADE <i>2016537-68</i> | Nº CPF | | | CERT. NASCIMENTO | |
| PAÍS <i>Brasil</i> | Cidade <i>Rua Pe. Piccio</i> | | | Nº <i>759</i> | |
| BAIRRO <i>Solânea</i> | MUNICÍPIO <i>Caucaia</i> | FONE | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL <i>Fátona dos S. Alencar</i> | | | | | |
| ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL <i>O Hosco</i> | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO <i>20/01/12</i> | HORA ADMISSÃO <i>21:03</i> | FUNCIONÁRIO: <i>Pedro José</i> | | | |
| MÉDICO ASSISTENTE: | | | | | |
| HISTÓRICO CLÍNICO: | | | | | |
| EXAME FÍSICO: <i>Auditiva d fraude</i> | | | | | |
| <i>Tor, d fundo d ur</i> | | | | | |
| <i>Gástrica ny</i> | | | | | |
| <i>Pr. T col dífrat (muc)</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: | | | | | |
| EXAME COMPLEMENTARES: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>12 A3</i> | | | | | |
| <i>CO. Pm o/</i> | | | | | |

Assinatura do Médico



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

| | | | |
|---|--------------------|----------------|--------------|
| Nome: <i>Dra. u. Verônica Oliveira Amorim</i> | | Nº Reg. | |
| Data da Cirurgia | 22/01/12 | Enf. | Leito |
| Cirurgião | <i>Bruno Lopes</i> | 1º Auxiliar | <i>Unica</i> |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | Instrumentador | |
| Anestesista | <i>Walter</i> | Tipo Anestesia | |
| Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fistula Ovario Oss</i> | | | |
| Tipo de Operação <i>Fist - Cintig - co fistula o ovari</i> | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório <i>o missus</i> | | | |
| Relatório Imediato do Patologista <i>O</i> | | | |
| Exame Radiológico no Ato <i>Não</i> | | | |
| Acidente durante a Operação <i>Não</i> | | | |
| DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO | | | |
| Via de Acesso - Táctico e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras | | | |
| <i>Incisão de 10 cm</i> | | | |
| <i>Acesso direto ao útero</i> | | | |
| <i>Accesso direto ao útero via fundo</i> | | | |
| <i>Divisão da parede</i> | | | |
| <i>remoção da parede anterior</i> | | | |
| <i>dissecção do fundo</i> | | | |
| <i>extirpação com elástico + hemostat</i> | | | |
| <i>hermetização = fundo</i> | | | |
| <i>sopras da parede</i> | | | |
| <i>curativo</i> | | | |
| <i>Z</i> | | | |

FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome: Danilo Matheus Alencar... N° PRONTUÁRIO.....

| DATA | ANOTAÇÕES | ASSINATURA CARIMBO |
|----------|---|-----------------------|
| 29/01/18 | <p>2º Com 100% envolvimento infarto Rodo - CD 1-10 g- D. S/ fosa C/ mico</p> <p style="text-align: right;"><i>Dr. Paulo Sérgio M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRMCE - IEU 7201 CREMEE</i></p> | |
| 29/01/18 | <p>Paciente da pediatria é fêmea em pronto de vista pediátrico, pode suspeita alta.</p> <p>Nota seu trabalho feito traumatologia para o paciente em muito ótimo ...</p> | |
| 24.01.18 | <p>Paciente, D.M A.A, Gomes, d, 02 DPO de 10:30 orientações de fratura de clavos. O. Segui comendo, orientado para higiene, descansando, afibril. Não repreende queixas algumas no momento. Orientado a desen- bular Rodo pelo horário de encontro, FZ sem causar pressões, grande dor e verde. Segue em evolução de encontro.</p> <p style="text-align: right;"><i>Liana M. Andrade Pediatria CREMEE</i></p> | |
| 02/02/18 | <p>Re. S/ envolvimento S/ infarto Rodo clavos C/ S/ env. Rodo clavos Acto peritório médico - ORTOPEDICO</p> | |

*Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia*



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

Receituário

Draulo - M. da

COTO RIO FABO 607,5 _____
35 67 10 12/12

a) LACRIMO DE DIA / DIA DIA
Pacomo & M. Bento da.
05/02 15 07/02
E se feste → Pernum Aço

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRMCE 35214 TEUT 7.207
MUNICIPIO DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
CABELEIRA DA BOPA

21/1/18

Alimente sua saúde
--- mais frutas legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a)

portador(a) da Carteira Profissional N° _____

Necessita de 30 (Trinta) dias de Afastamento
POR EXTERNO

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

MUNICÍPIO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA
GARDELHO DE SOUZA

Hospital ou Ambulatório

Local e Data

Dr. Paulo Sérgio M. Rod.
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 5674 TEL: 31720

Ass. do Médico - CRM N°

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art 86 RGPSS. 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: Janice Maria Alencar do Abreu

IDADE: 9 ENDEREÇO: Rua Pç. Eices BAIRRO: Selos

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

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura - Perna direita

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Pq. Com dor de dor no
lateral da perna sem
desconforto s/ dor

DIAGNÓSTICO FINAL:

Dorsal

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

DATA: 25/1/18

AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE:

Dr. Bruno

07/102
07-1-1

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

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/acentuada 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/acentuada intensidade no triceps, no braquioradial, 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.***





Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918
Nervo: Mediano E

Idade: 10 anos
Tipo: VCM

NEUROTEC ®
Eletroneuromiôgrafo
Data: 25/09/2018



| C1/ul | Local do Estimulo | Latências | | | Area | Amplitude | |
|------------------|-------------------|---------------|------------------|------|-------|----------------|----------------|
| | | [ms] | [ms] | [ms] | | Base-Pico [mV] | Pico-Pico [mV] |
| (1) | Punho | 3.05 | 5.74 | 5.08 | 10.25 | 3.49 | 5.98 |
| (2) | Cooperivo | 5.98 | 9.28 | 8.35 | 10.50 | 3.57 | 5.18 |
| Vel. de Condução | | | | | | | |
| Segmento | Distância [mm] | Of. Lat. [ms] | Vel. Cont. [m/s] | | | | |
| 1 - 2 | 21.0 | 2.60 | 71.67 | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

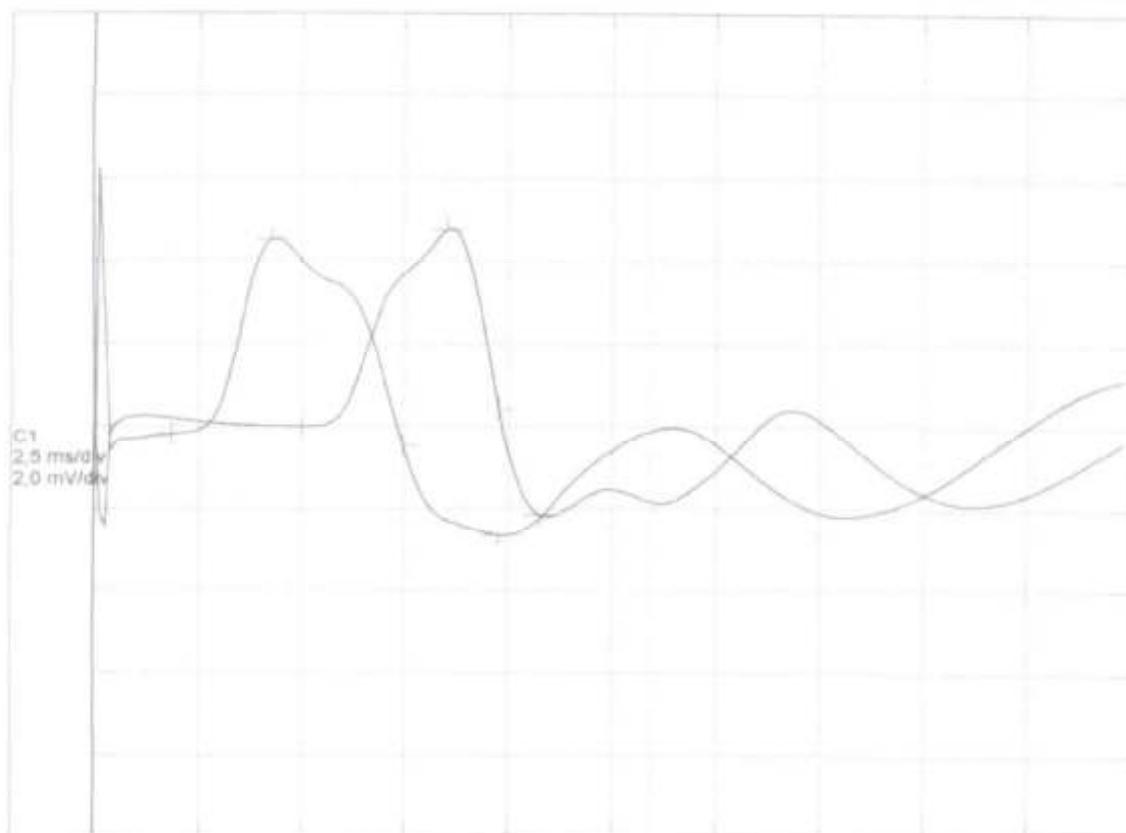
NEUROTEC®

Eletroneuromiôgrafo

Data: 29/09/2018

Nervo: Ulnar E

Tipo: VCM



| Curva | Local do Estímulo | Latências | | | Amplitude | Base-Pico [mV] | Pós-Pico [mV] |
|-------|-------------------|-----------|--------------|--------------|-----------|-------------------|------------------|
| | | Ind | Pico [ms] | Dur. [ms] | | | |
| (1) | Punho | 1.83 | 4.27 | 5.62 | 13.22 | 4.72 | 7.18 |
| (2) | Côndilo Distal | 5.00 | 8.54 | 4.76 | 11.74 | 4.76 | 8.89 |

| Segmento | Vel. de Condução | | |
|----------|-------------------|------------------|----------------------|
| | Distância [cm] | Dr. Lat. [ms] | Vel. Const. [m/s] |
| 1-2 | 22.0 | 5.17 | 50.40 |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250916

Idade: 10 anos

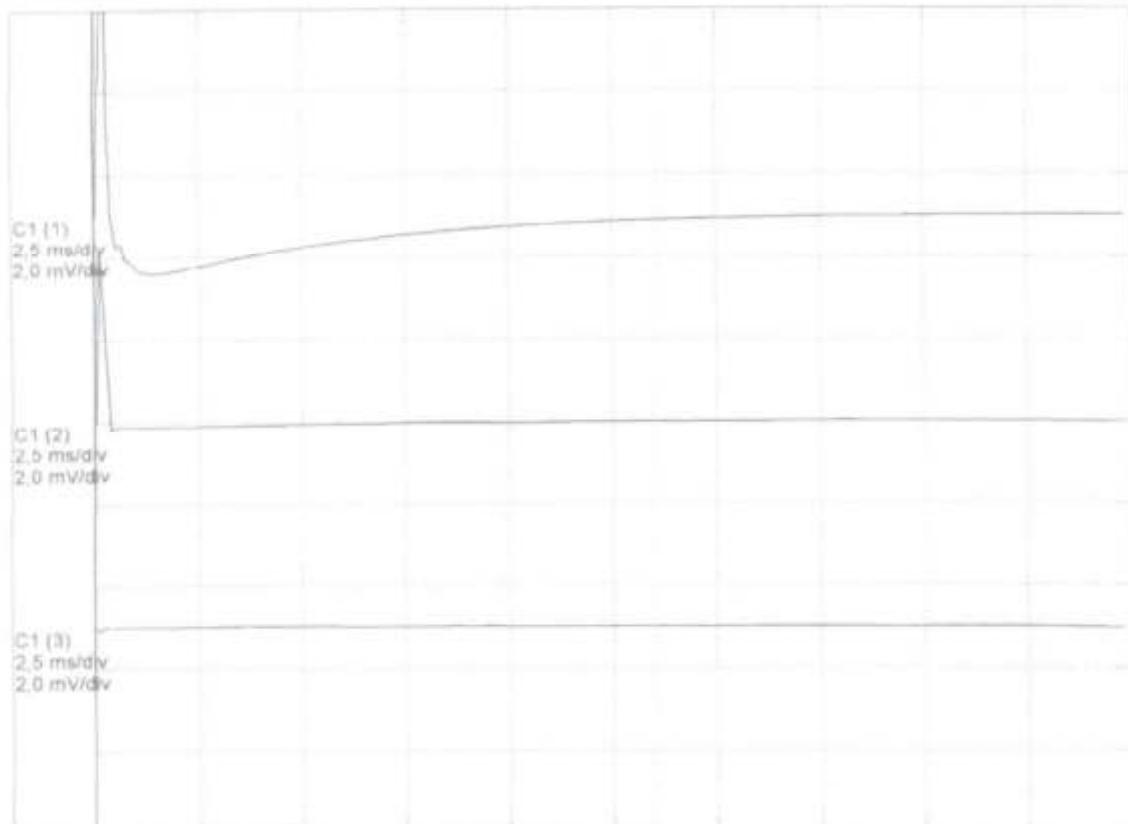
NEUROTEC ®

Nervo: Radial E (Extensor Próprio do Indica)

Tipo: VCM

Eletroneuromiôgrafo

Data: 25/06/2016



| Curva | Local do Estímulo | Latência | | | Amplitude |
|-------|-------------------|-------------|-----------|----------|-----------|
| | | Início [ms] | Pico [ms] | Dur [ms] | |
| (1) | Artéritojo | | | | |
| (2) | Cotovelo Distal | | | | |
| (3) | Cotovelo Proximal | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

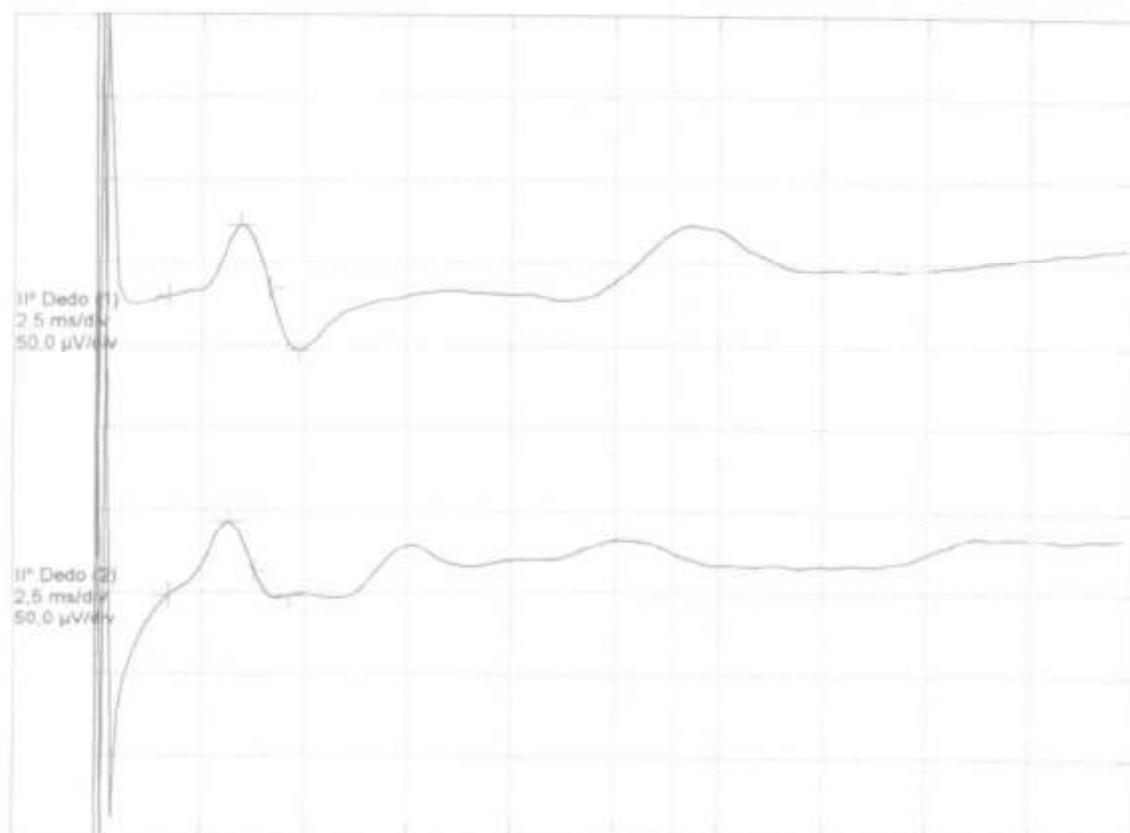
NEUROTEC ®

Nervo: Mediano E Punho IIº dedo/Ulnar E Pun

Tipo: VCS

Eletroneuromiôgrafo

Data: 25/09/2018



| Curva | Local de Estimulo | Latência | | | Área | Amplitude | | Vel. de Condução | |
|-------|-------------------|----------|------|------|-------|-----------|-----------|------------------|------------|
| | | Imp | Pico | Dur. | | Base Pico | Pico-Pico | Dist. | Vel. Cond. |
| (1) | Punho | 1,71 | 3,42 | 2,44 | 37,29 | 43,62 | 75,88 | 10,0 | 58,47 |
| (2) | Perna | 1,71 | 3,17 | 2,68 | 26,57 | 44,83 | 48,21 | 10,0 | 58,47 |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®

Nervo: Radial E Antebraço - Tabaqueira Anat

Tipo: VCS

Eletroneuromiôgrafo

Data: 25/09/2018



| Curva | Localização (Entrada) | Latência | | | Amplitude | Val. da Condução | | | |
|-------|-----------------------|----------|------|------|-----------|------------------|-----------|------|-------|
| | | Mín | Pico | Dur | | Base-Pico | Pico-Pico | Def. | |
| (1) | Antebraço | 4,64 | 9,03 | 5,74 | 30,51 | 3,88 | 0,67 | 10,8 | 21,56 |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®

Músculo: Tríceps E

Tipo: EMG

Eletroneuromiôgrafo

Data: 25/09/2018



| REPOUSO | | | Curva | Duração [ms] | Amplitude [mV] |
|-----------------------|------------------------------|---------------------|-------|--------------|----------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | 50,42 | 3,82 |
| Fasciculação | Discrença de Alta Frequência | | (1) | 0,00 | 0,00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | (2) | | |
| AM | DU | PO | | | |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esforço | | | | | |
| Retação Média | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

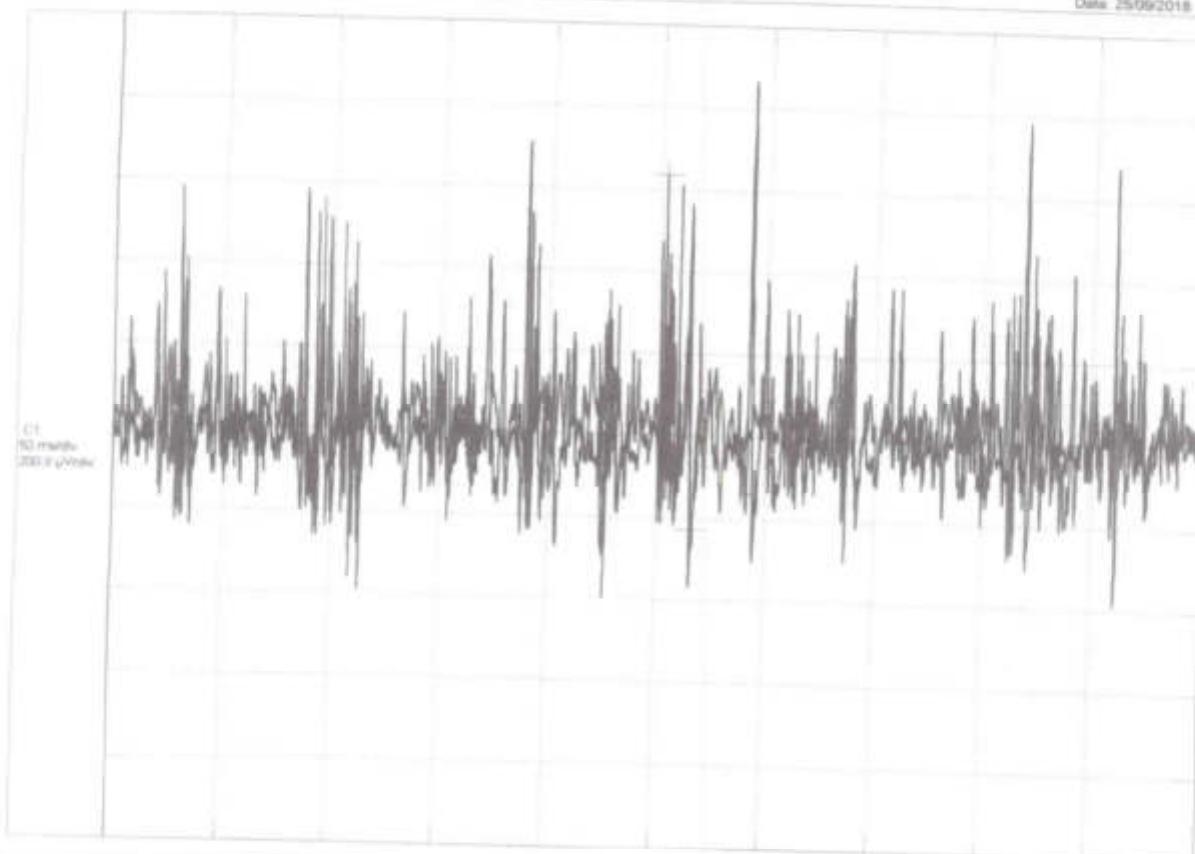
Idade: 10 anos

NEUROTEC ®
Eletroneuromiografia

Músculo: Braquioradial E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



| REPOUSO | | | Curva | Duração [ms] | Amplitude [mV] | |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|--------------|----------------|--|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | (1) | 47,49 | |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | | | (2) | 0,00 | |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | | | | | |
| AM | DU | PO | | | | |
| ESFORÇO | | | | | | |
| Esfogo | | | | | | |
| Ramificação Múltipla | | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

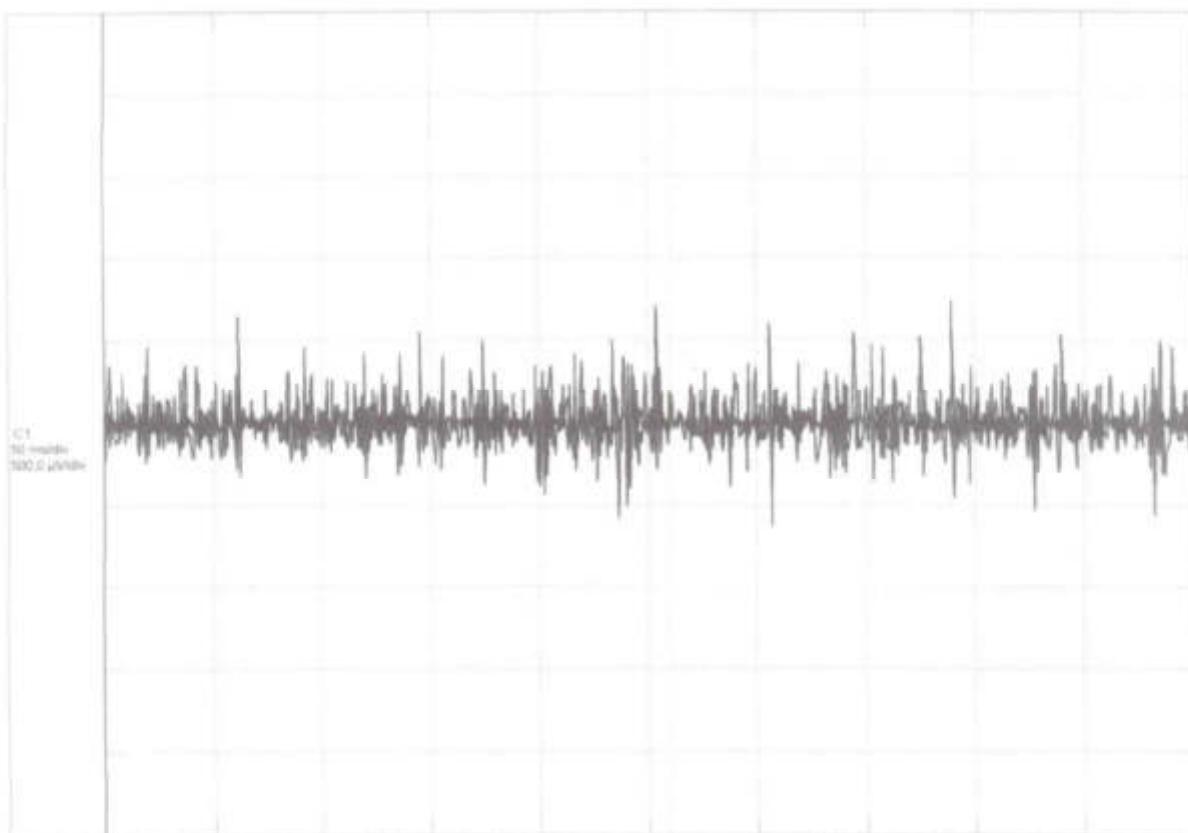
NEUROTEC ®

Músculo: Flexor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

Eletroneuromiôgrafo

Data: 29/09/2018



| REPOUSO | | | Curva | Duração [ms] | Amplitude (mV) |
|-----------------------------|-------------|---------------------|-------|-----------------|-------------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | 0.00 | 0.00 |
| Fasciculação | | | (1) | 0.00 | 0.00 |
| Descarga de Alta Frequência | | | (2) | 0.00 | 0.00 |

| ATIV. VOLUNTARIA | | |
|------------------|----|----|
| AM | DU | PO |

| ESFORÇO | | |
|---------|--|--|
| Esfogo | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

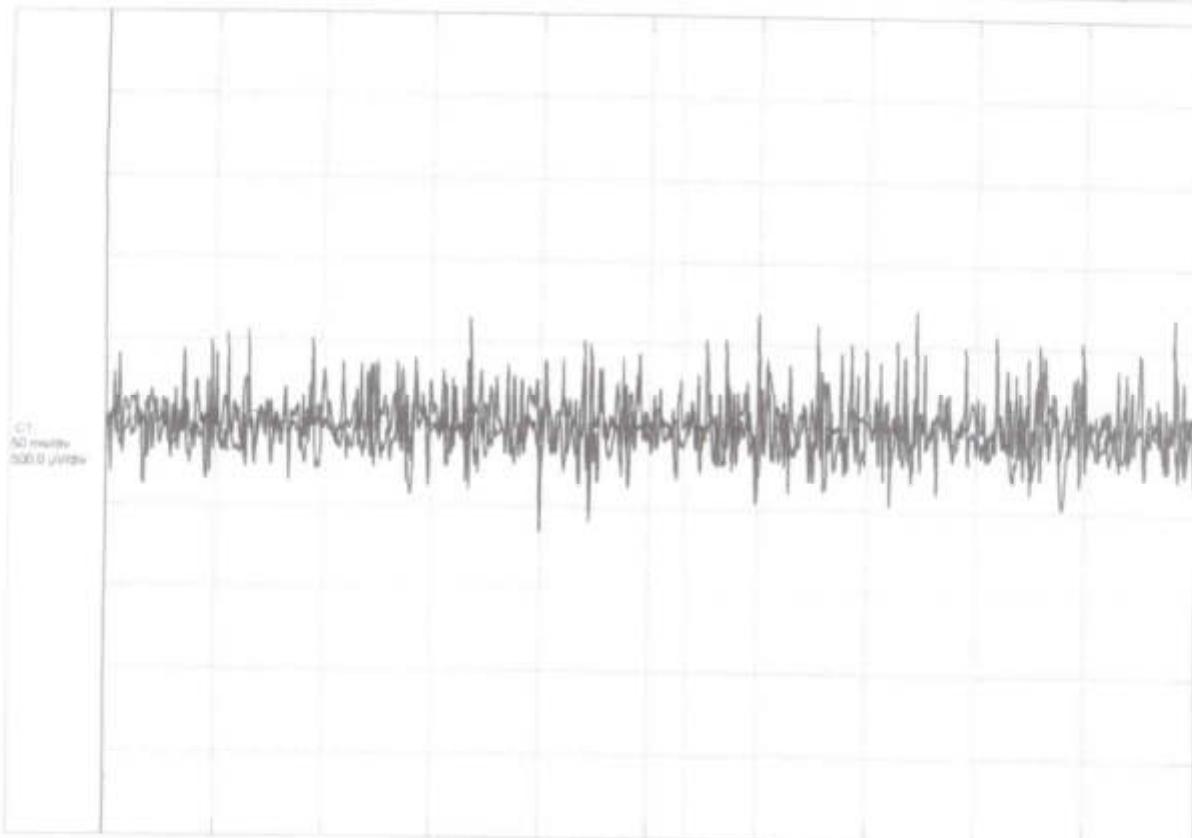
NEUROTEC ®

Eletroneurofisiologista

Músculo: Flexor radial do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



| Atividade de inserção | REPOSO | Cura | Duração | Amplitude |
|-----------------------|---------------------------------|------|---------|-----------|
| | Fibrilações Onda Aguda Positiva | | [ms] | [mV] |
| Fasciculação: | Descarga de Alta Frequência | (1) | 14,89 | 0,09 |
| | | (2) | 0,00 | 0,00 |

| AM | ATIV. VOLUNTÁRIA | PO |
|----|------------------|----|
| | | |

| ESFORÇO |
|----------------|
| Esforço normal |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

NEUROTEC ®
Eletroneuromiôgrafo

Músculo: Extensor comum dos dedos E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018

C1
100 ms/div
1.0 mV/div

| REPOSO | | | Curva | Duração [ms] | Amplitude [mV] |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|-----------------|-------------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | | |
| Pesciculação | Descarga de Alta Frequência | | (1) | 0,00 | 0,00 |
| | | | (2) | 0,00 | 0,00 |

ATIV. VOLUNTÁRIA

AM DU PO

ESFORÇOEstirco:
Ritmo/tação Acentuada



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

idade: 10 anos

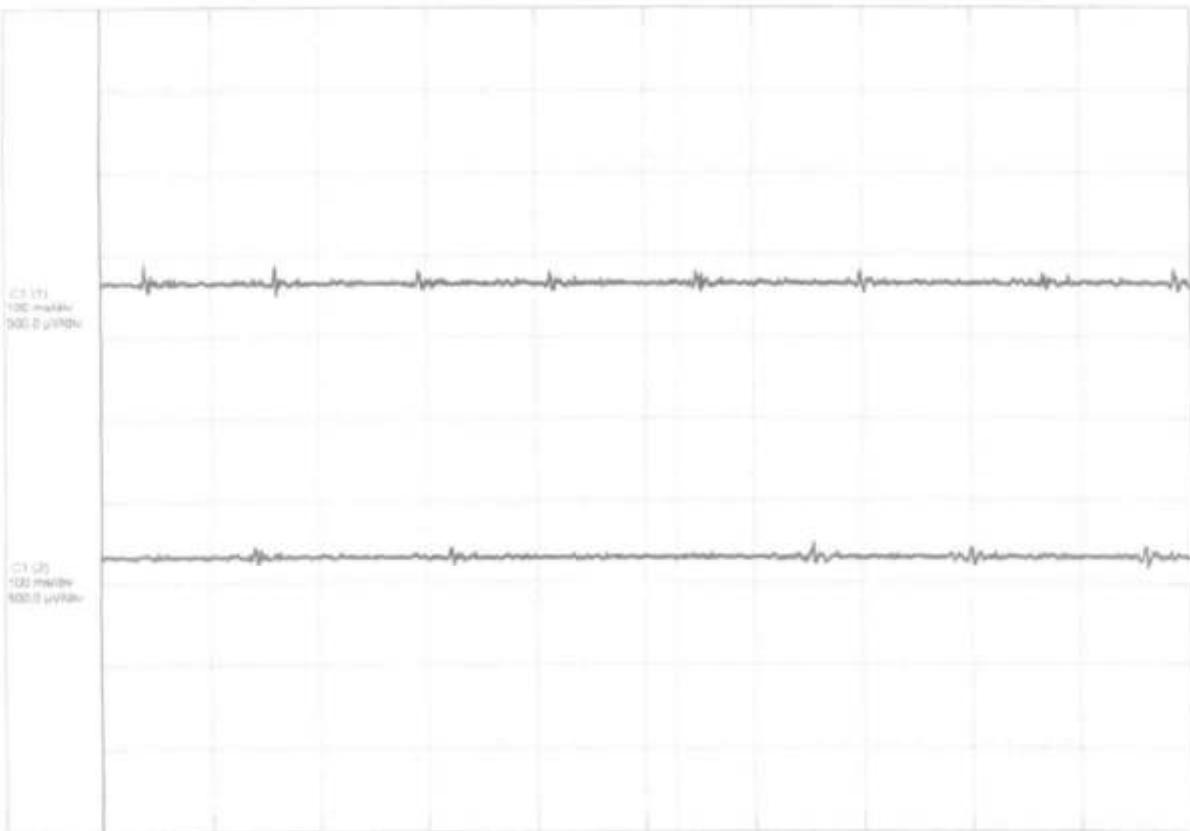
NEUROTEC®

Músculo: Extensor próprio do indicador E

Tipo: EMG

Elettoneurofibrografia

Dates: 25/06/2018



| REPOUSO | | Curva | Duração [ms] | Amplitude [mV] |
|------------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Atividade de Inserção: | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | (1) | 0,00 |
| Vasocculação: | Descarga de Alta Frequência | (2) | 0,00 | 0,00 |
| ATIV. VOLUNTÁRIA | | AM | DU | PO |
| | | | | |
| ESFORÇO | | Estírcio | Rarefação Acentuada | |
| | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

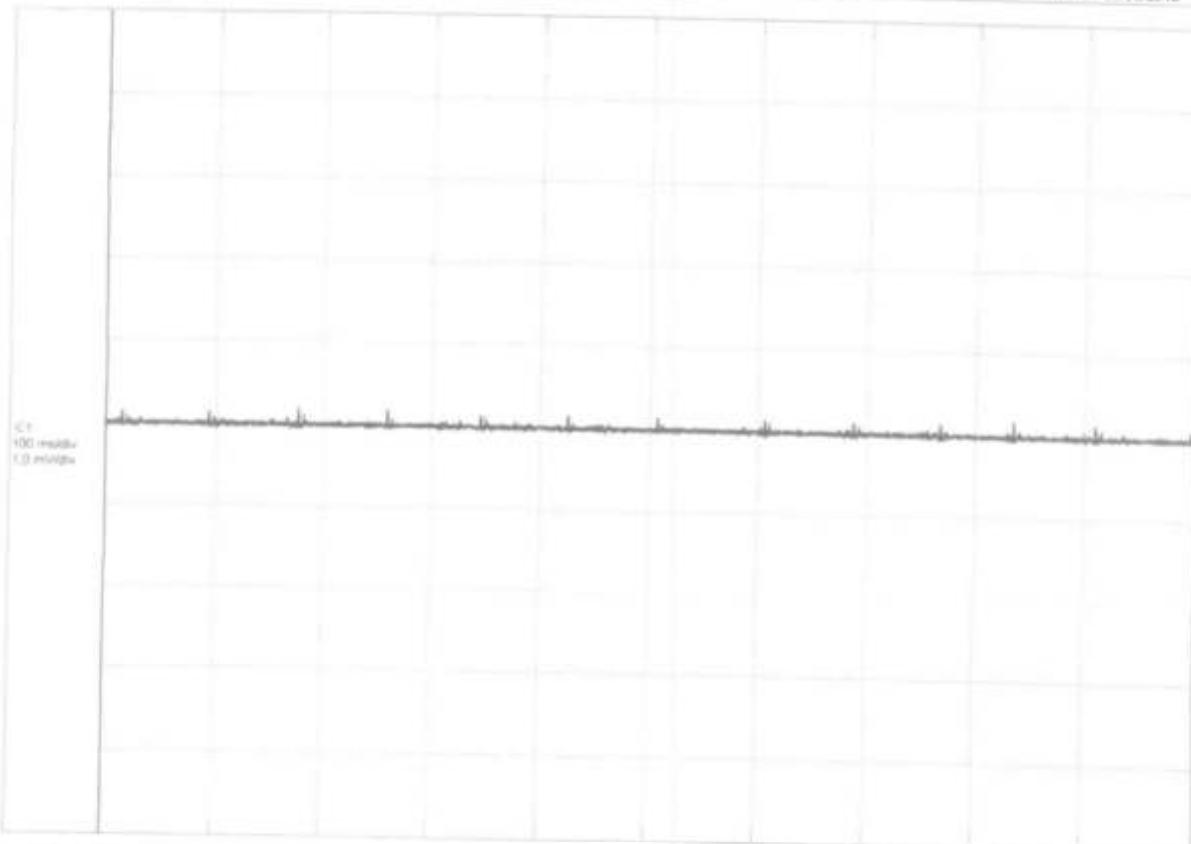
NEUROTEC ®

Eletroneuromiógrafo

Data: 26/09/2018

Músculo: Extensor londo do polegar E

Tipo: EMG



| REPOUSO | | | Curva | Duração [ms] | Amplitude [mV] |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|-------|-----------------|-------------------|
| Atividade de Inserção | Fibrilações | Onda Aguda Positiva | | | |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | | (1) | 0.00 | 0.00 |
| ATIV. VOLUNTARIA | | | | | |
| AM | DU | PO | (2) | 0.00 | 0.00 |
| ESFORÇO | | | | | |
| Esfogo | | | | | |



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250918

Idade: 10 anos

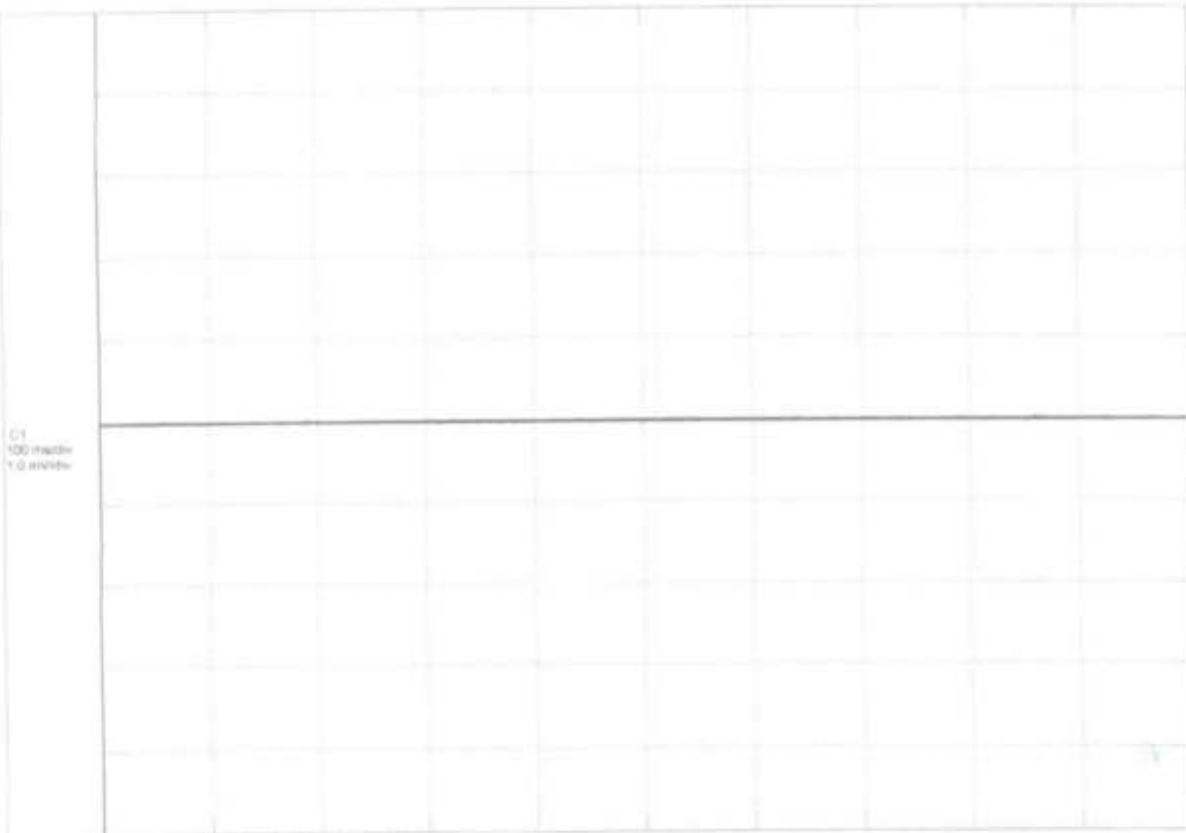
NEUROTEC ®

Eletroneuromiôgrafo

Músculo: Extensor ulnar do carpo E

Tipo: EMG

Data: 25/09/2018



| REPOUSO | | |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------|
| Atividade de Ineração | Fibrilações | Onda Aguda Positiva |
| Fasciculação | Descarga de Alta Frequência | |

| Curva | Duração | Amplitude |
|-------|---------|-----------|
| (1) | 0,00 | 0,00 |
| (2) | 0,00 | 0,00 |

| ATIV. VOLUNTÁRIA | | |
|------------------|----|----|
| AM | DU | PO |

| ESFORÇO | | |
|---------|--|--|
| Esforço | | |

Retenção Acentuada



Nome: Danilo Maciel A de Abreu 250916

Idade: 10 anos

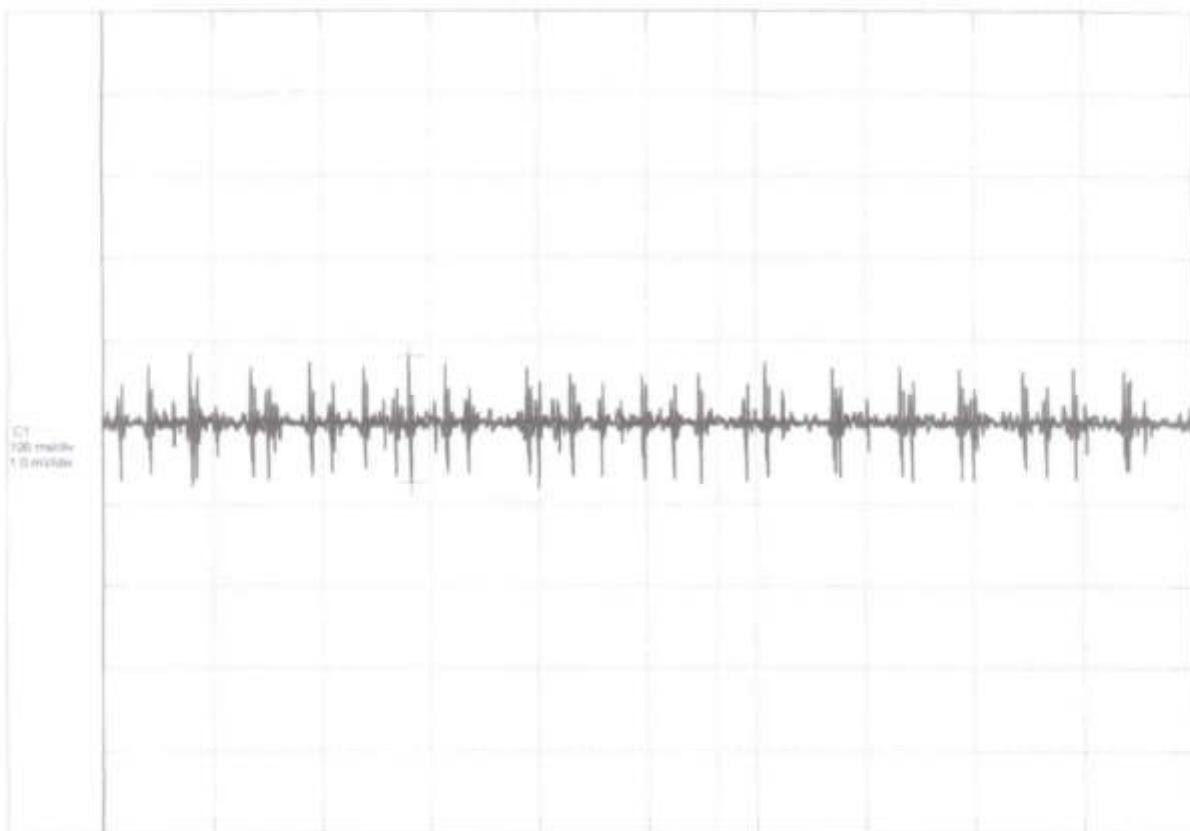
NEUROTEC ®

Músculo: Extensor radial do carpo E

Tipo: EMG

Eletroneuromiôgrafo

Data: 25/09/2016



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

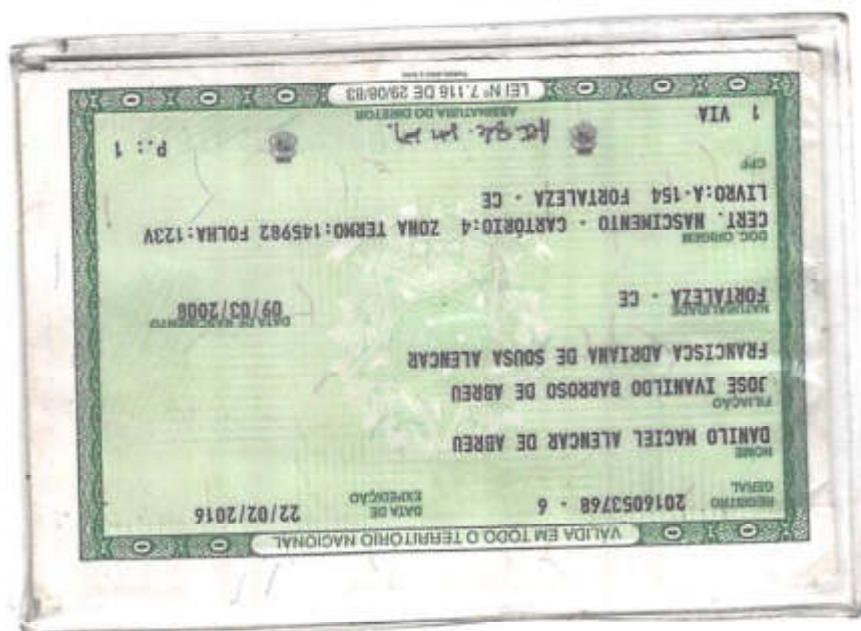
Curva
(1)
(2)

Duração
[ms]
32.71
0.00

Amplitude
[mV]
1.56
0.00

| ATIV. VOLUNTÁRIA | | |
|------------------|----|----|
| AM | DU | PO |

| ESFORÇO | | |
|-------------------|--|--|
| Esforço | | |
| Rarificação Média | | |





LUBIA CORRETORA DE SEGURO
03 AGO. 2018

ASS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

| | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| DETRAN - CE | | Nº 013870516398 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | | |
| VIA PPT | CÓD. RENAVAM 01 568843290 | R.N.T.R.C. 0000000000 | EXERCÍCIO 2017 |
| NOME MARIA DE FATIMA DE S ALENCAR | | | |
| FORTALEZA /CE | | | |
| CPF / CNPJ 14392895300 | | PLACA 0503954/CE | |
| PLACA ANT / UF /CE | | CHASSIS 9C2JG9110DR003722 | |
| ESPECIE TIPO PAG/MOTOCICLO/MAD APLIC. | | COMBUSTIVEL GASOLINA | |
| MARAÇA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS | | ANG FAB 2013 | ANO MORA 2013 |
| CAP / POT : CIL 2P/0CV/124CC | | CATEGORIA PARTIC | |
| COR PREDOMINANTE VERMELHA | | COTA ÚNICA * | |
| VENC. COTA ÚNICA * | | VENHO / DOTAIS 1º * | |
| FAIXA IPVA * | | PARCELAMENTO / COTAS 2º * | |
| * | | 3º * | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 180,65 | | PRÉMIO TOTAL (R\$) 0,70 180,30 | |
| DATA DE PAGAMENTO 05/02/20 | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| LOCAL FORTALEZA | | DATA 19/02/2018 | |
| Igor Ponte, Assentadoria Tech | | DETTRAN-CE | |

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS PÓR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

| | | | |
|---|---------------------|------------------------------------|--------------|
| CE Nº 013870516398 | | BILHETE DE SEGURO DPVAT | |
| 14392895300 | | 0503954/DE | |
| 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 69358010410 | | | |
| | | EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO |
| | | 2017 | 19/02/2018 |
| VIA | CPF / CNPJ | PLACA | |
| 01 | 14392895300 | 0503954 | |
| RENUM | MARCA / MODELO | | |
| 568813270 | HONDA/CB 125 FAN KS | | |
| ANO PAB | DATA TAB | NP CHASSI | |
| 2013 | PART | 9C2J04110DRB03722 | |
| PRÊMIO TARIFÁRIO | | | |
| FNS (R\$) | DETRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) | |
| 81,29 | 9,03 | 90,33 | |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IPF (R\$) | TOTAIS PRÉ-SEGURO PESO - | |
| 4,15 | 0,70 | 185,50 | |
| PAGAMENTO | | DATA DE QUITAÇÃO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA | | <input type="checkbox"/> PARCELADO | |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 06.248.000/0001-04 | | | |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHINA 00-248-00040101-04

Proprietário da moto

CUBA COTTON INDUSTRIAL DE SEG. 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 NATURAÇÃO JURÍDICA 213-B - EMPRESARIO (INDIVIDUAL) | | |
| LORADOURO R PAULO GOMES DA SILVA | NUMERO 226 | COMPLEMENTO TERREO; |
| CEP 61.603-070 | BARRA/DISTRITO PARQUE SOLEDADE | MUNICÍPIO CAUCIAIA |
| 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).

Página: 1/1

URIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
03 AGO. 2018

[Voltar](#)

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 abreviações) CELSO GOMES PINHEIRO | | | | |
| NACIONALIDADE BRASILEIRA | | ESTADO CIVIL CASADO | | |
| SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | REGIME DE BENS (se casado) COMUNHÃO PARCIAL | | | |
| FILHO (os) MANOEL PINHEIRO DE MELO NETO | | (mãe) MARIA DO SOCORRO PINHEIRO 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) | | | | |
| DOMICÍLIO 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 | DESCRÍÇÃO DO ATO INSCRIÇÃO | EVENTO | DESCRÍÇÃO DO EVENTO | |
| EVENTO | DESCRÍÇÃO DO EVENTO | EVENTO | DESCRÍÇÃO DO EVENTO | |
| NOME EMPRESARIAL CELSO GOMES PINHEIRO | | | | |
| 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 | | | |
| DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES 25/08/2014 | | NUMERO DE INSCRIÇÃO NO CNPJ | TRANSFERÊNCIA DE SEDE OU DE FILIAL DE OUTRA UF NIRE anterior | |
| ASSINATURA DA FIRMA PELO EMPRESÁRIO (ou pelo representante/assessor/funcionário) | | UF 1 - SIM 2 - NÃO | | |
| CELSO GOMES PINHEIRO | | | | |
| DATA DA ASSINATURA 22/08/2014 | ASSINATURA DO EMPRESÁRIO X celso gomes pinheiro | | | |
| PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA COMERCIAL | | | | |
| DEFERIDO. PUBLIQUE-SE E ARQUIVE-SE. | AUTENTICAÇÃO | JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ - SEDE CERTIFICO O REGISTRO EM - 25/08/2014 SOB N° 23103592406 Protocolo: 14/110261-6, DE 22/08/2014 CELSO GOMES PINHEIRO HAROLDO FERNANDES MOREIRA SECRETARIO-GERAL | | |
| OSÉ KLEBER G. NASCIMENTO 25/08/14 | |  | | |



ATO 315

ENQUADRAMENTO DE MICROEMPRESA (ME)

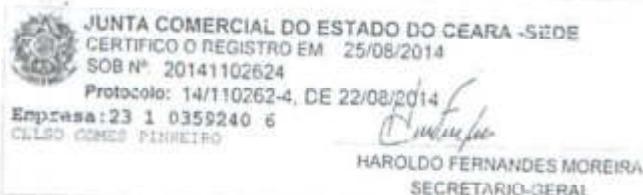
Ilmo. Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Ceará

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.

celso gomes pinheiro

CELSO GOMES PINEHRO



LÍCIA CURRITORA DE SEG. LTDA.
03 AGO. 2018

ISS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



0203700155 2016 4 00159 131 0073774 78
NAME: MARIA DE FATIMA DE SOUSA ALENCAR

CERTIDAO DE ÓBITO

Quem queria da Morte.



SEJO COR NATURALIDADE Femino Parde Fortaleza-CE
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO casada - 63ano(s) de idade ELEITOR
FLIAGAO E RESIDENCIA ...92018018345 Secretaria de Segurança Pública-CE... Ignorado

DATA E HORA DO FALECIMENTO Filha de JAIENE VIEIRA DE SOUSA e MARIA DO CARMO DE SOUSA. Residente no(a) RUA DOMINGOS BONIFACIO, N° 20.
CARLITO PLAMONA, FORTALEZA-CE
04:00 horas(s)
aos vinte e seis (26) dias do mês de setembro (09) do ano de dois mil e dezessete (2016) - à(s) 26 MES ANO

NEOPLASIA GASTRICA INFILTRANTE Causa da morte
Cemitério Jardim Metropolitano, em Eusébio-CE.
ALINE BRAGA CARVALHO, CRM N° 11838.
OBSERVAÇÕES / AVERBAGENS

Registo feito no Livro C-159, Folha 131, Termo 7374, ignora se deixou testamento contencioso, ignora se deixou bens a inventariar,
ignora se deixou herdeiros menores e ou imediatos, ignora se deixou filhos(a); foi apresentada a Declaração de Óbito n° 23303076-0.
O(A) obituado(a) era casada, Registo feito em: 30/09/2016.

CARTÓRIO CAVALCANTI FILHO
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
COMARCA DE FORTELAZ - ESTADO DO CEARÁ
Jorge Riberto Cavalcanti - Oficial Titular
Nadia Valleska Benedites Alencar Cavalcanti - Substituto
Rua Sete de Setembro, 160 - Parangaba
Nadia Valleska Benedites Alencar Cavalcanti - Substituto
CEP: 60720-080 - Telefone: 85.3245-1908
Raimunda Erika Pontes de Moura Casato
ESCREVENTE
Raimundas Erika P. de Moura Casato
ESCREVENTE
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou la
Fotógrafo, C.E., 30 de setembro de 2016.

Valido somente com selo de autenticidade
Selos Digitais:
Isento do pagamento de emolumentos
Selo Digital:



03 AGO. 2018
UNIVERSITATI DE SINAIA
1255



Nº de Inscrição:

056618360

DADOS DO CLIENTE

Nome: CELSO GOMES PINHEIRO

End. Leitura: RUA 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: 0352

Compr:

CEP:

0001

ECONOMIAS:

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

| Serviço | Médidor | Lectura Anterior | Lectura Atual | Volumens/m ³ | Média Semanal(m ³) |
|---------|------------|------------------|---------------|-------------------------|--------------------------------|
| ÁGUA | A12F033532 | 93 | 95 | 2 | 1 |

DATAS

Lectura Atual: 24/07/2018

Lectura Anterior: 25/06/2018

Emissao: 24/07/2018

Próxima Lectura: 25/08/2018

Lect. Áqua: 295615

Lect. Esgoto:

05/2018

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

| Nº de Amostras | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes Totais | Escherichia Coli |
|------------------|-------|----------|-----|-------------------|------------------|
| Exigidas | 146 | 146 | 047 | 146 | 146 |
| Analizadas | 157 | 157 | 157 | 157 | 157 |
| Em condicioneade | 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.

DESCRÍÇÃO 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: 0,42 Cofins: 2,11

SUBSIDIO

Descrição: VALOR DO SERVICO: 68,71
VALOR DO SUBSIDIO: 24,38
VALOR TOTAL A PAGAR: 44,33

MÊS/ANO: 07/2018

VENCIMENTO: 13/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$): 44,33

ONDE PAGAR SUA FATURA

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

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
www.cagece.com.br

E 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 08 às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.3918, de 08 às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fertalea: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 3101.3915. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0195.

03 AGO. 2018
União Federativa do Ceará - UFGT



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 056618360

352623052090399 - 0292

Código de Responsável:

Mês: 07/2018

Local: 129

Setor: 005

Quadra: 0134

Subquadra: 00

Lote: 0352

Compr:

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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

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 HOUVE 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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2018

Valorização 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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2018

Valorização 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 ESCALARRECER 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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valorização 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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

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 ESCALARRECER 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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

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 **Data do acidente:** 20/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
ABREU

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO UMERO ESQUERDO.

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

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

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

Sequelas: 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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO UMERO ESQUERDO.

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

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

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

Sequelas: 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:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENOR.

Nacionalidade: BRASILEIRO. Estado Civil: SOLTEIRA.

Profissão: AUTÔNOMA

Identidade: 9 600 2114 660 CPF: 619 745 953-15

Endereço: R. DA CAPELA

Bairro: PDE ROMUALDO

Cidade: CAUCAIA CEP: 61600006

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, JANILIO HACIEL ALENOR DE ABREU.

Local e data:

CAUCAIA, 25 de JULHO

de 20 18 AGO. 2018



Fuz Adriana de Sousa Alenor
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

028343518 CECLO

LIGA CORRETORA DE SEC LTD
03 AGO 2018
ASS.



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOiola - CNPJ: 01.738.887/0001-42
Rua Pedro Gómez da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE.
Tel: (85) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Valido somente com o selo de autenticidade.

Reconheço por AUTENTICIDADE à assinatura
indicada de FRANCISCA ADRIANA DE SOUSA ALENCAR.

Dou Fé. **Caucaia-CE, 25 de julho de 2018.**

Em Test^o da Verdade.

Lucas Andrade Silva - Escrevente Autorizado

Confira os dados do ato em:
selodigital.jus.br/portal



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/01/2018

Titular do CPF: DANILo MACIEL ALENCAR DE ABREU

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CELSO GOMES PINHEIRO ME

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/01/2018

Titular do CPF: DANILo MACIEL ALENCAR DE ABREU

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DANILo MACIEL ALENCAR DE ABREU

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/01/2018

Titular do CPF: DANILo MACIEL ALENCAR DE ABREU

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CELSO GOMES PINHEIRO ME

LARISSA CRISOSTOMO BARROS