Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**

Nº Sinistro: **3180049216**
Vitima: **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**
Data do Acidente: **14/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180049216.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**

Sinistro: **3180049216**
Vítima: **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**
Data do Acidente: **14/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

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 3180049216** 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Carta n°: 12456750

A/C: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

Nº Sinistro:	**3180049216**
Vitima:	**PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**
Data do Acidente:	**14/09/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**CELIO GEOVANI MARQUES LINO**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**
Valor: **R$ 6.412,50**
Banco: **104**
Agência: **000000554**
Conta: **00000257043-7**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**6.412,50**
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%		
Graduação: Em grau médio 50%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%		
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R$	**4.725,00**
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%		
Graduação: Em grau médio 50%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%		
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R$	**1.687,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

02

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Boletim de ocorrência

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 41 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/01/2018 14:51:40**
Data / Hora da Ocorrência: **14/09/2017 02:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA SENTIDO FORQUILHA SOBRAL**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **FORQUILHA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. A CACIBINHA**

Noticiante(s)

Nome: **PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE**
Nascimento: **26/08/1985** CPF:
RG: **20078286870** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **SONIA MARIA DA COSTA**
ANTONIO EDMAR FREIRE
Endereço: **AVENIDA ANTONIO DE PAULO PESSOA, 50**
Bairro: **SINHÁ SABÓIA**
Município: **SOBRAL/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

CIBAL CORRETORA DE SEG. LTDA
23 JAN. 2018
ASS:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OHY3565** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi: **9C2JC4110CR322208** Renavam: **473375346** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO HENRIQUE FARIAS DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante devidamente qualificado informa que: estava pilotando a moto de placa OHY-3565/CE, dados do veículo acima; Que estava normalmente na via e que um outro motoqueiro se assustou e bateu na lateral da moto do noticiante, momento este que um animal invadiu a pista e colidiu também com o noticiante; Que caiu no chão, tonto e ficou desacordado; Que não sabe informar a placa e nem dados do outro motoqueiro; que foi atendido por populares e levado para o Hospital Santa Casa de Sobral e que teve fratura no braço esquerdo; Que fez cirurgia e que ainda vai fazer fisioterapia no referido membro. E, nada mais disse.//////////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
ANTONIO CARLOS GOMES VASCONCELOS - MAT.: 300091-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Henrique da Costa Freire

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
ALEX BRUNO PINTO MATTOS - MAT.: 30084810

88 - 9444 - 9246

Declaracao de Inexistencia

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE	019.109.543-57	14/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
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.

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA. 23 JAN. 2018

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.

Sobral, 17 de Janeiro de 2018.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001/001.0017

94441246 *

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Aten.: 49[illegible] 14/09/2017 - 07:5[illegible]
Esp.: [illegible] Dt. Nasc: 26/08/1985
Nome: PAULO HENRIQUE [illegible] COSTA FREIRE
End.: AV 1A ANTONIO PAULO PESSOA 5[illegible] CONJ II
SINHA SABOIA; SOBRAL-CE; CEP: 62050820

ATENDIMENTO: ADULTO [X] **PEDIÁTRICO** [ ] **CIRÚRGICO** [ ] trauma.

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Amarelo **HORA DA CLASSIFICAÇÃO:** 07:20h.

PROCEDÊNCIA: Sobral

ATO DECLARATÓRIO

[ ] **PROCUROU PSF: SIM** [ ] **CAUSAS:**
- [ ] ENCAMINHADO
- [ ] NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- [ ] NÃO TINHA MÉDICO
- [ ] POSTO ESTAVA FECHADO
- [ ] NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

Comprovacao de ato declara

NÃO [ ] **CAUSAS:**
- [ ] NÃO É EFICIENTE
- [ ] É LONGE DE CASA
- [ ] NUNCA TEM MÉDICO
- [ ] TEM PLANO DE SAÚDE

[X] **TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:**
- [ ] SAMU
- [ ] CARRO
- [ ] DEAMBULANDO
- [X] OUTRAS AMBULANCIAS
- [ ] MOTO, BICICLETA...

[ ] **UBS**

UNIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 23 JAN. 2018 ASS:

HDA DO ACOLHIMENTO:

Pdt, na, sem colinão: moto - pdt, sem objeto em [illegible]

PA: / PULSO: FR: TEMP.: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

- [ ] Acidente c/ objetos corto-contusos
- [ ] Acidente por arma de fogo
- [ ] Afogamento
- [ ] Choque elétrico
- [ ] Queda. De onde?
- [ ] Ingestão acidental: [ ] Corpo estranho [ ] Produto químicos farmacêuticos
- [ ] Queimaduras: [ ] 1º Grau [ ] 2º Grau [ ] 3º Grau Por: [ ] Água [ ] Óleo [ ] Álcool [ ] Elétrico
- [X] Atropelamento: [ ] Carro [X] Moto [ ] Bicicleta [ ] Outros
- [ ] Carro [ ] com cinto [ ] sem cinto [X] Moto: [X] com capacete [ ] sem capacete
- [ ] Mordedura de animais: [ ] Doméstico [ ] Selvagem [ ] Ofídico
- [ ] OUTROS

Santa Casa de Sobral S.A.M.E. UNIFORME COM O ORIGINAL Maria R. Montenegro

LOCAL DO ACIDENTE: [X] Domicílio [illegible]

[ ] Domicílio [ ] Via Pública [ ] Escola [ ] Outros

TIPO DE TRAUMA

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: 6

HDA DO MÉDICO: trauma cervical (colar), parada
dor pelo braço E (Rx pronto) no 2
dor abdomen D - solicita RX

CONDUTA: estabilizado, c/ neurologia
DIAGNÓSTICO: colar

FRANCISLO DAS CHAGAS PEIXOTO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF [illegible]
Ass. Médico CRM

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO:

☐ CONSULTA
☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO
☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Monteiro
COORDENADORA

ALTA DO PACIENTE

[redacted] / / Hora:

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: 26/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00554

CONTA: 000000257043-7

Nr. da Autenticação 1F40C17A4ACAEFD6

Comprovante de residencia

Nº DO CLIENTE

3674968-0

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 02241253/0001-70 | CGF 06.105.845-9

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 501021286

Rota: 09 32000 10 000500 - 0
Data de Emissão: 16/11/2017
Nome: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
End. Postal: AV DR ANTONIO DE PAULO PESSOA 00508 00508
COHAB II - SOBRAL -
Medidor: 23650870
Poste: 0000 B635
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
Fator de Potência: 0,00
RG / CPF / CNPJ: 019109543-57
CGF:
Nome do Responsável:

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2017	16/11/2017	15/12/2017

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
75,16	27,02%	0,29

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto: SOBRAL
Mês: Set/2017 DIC: 21,89 FIC: 6,59 DMIC:

	Período Mensal	Período Trim.	Período Anual	Apuração Individual Mensal	Apuração Individual Trim.	Apuração Individual Anual
DIC	6,19	18,88	28,77	1,26	1,71	0,00
FIC	0,20	6,47	12,95	2,00	3,00	0,00
DMIC	2,94			0,65		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B5F6.F9F9.0E92.A580.2994.E713.A41A.37E9

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
9878	9777	1.00	101	0,00	101	0,744198	75,16
[illegible]	[illegible]	[illegible]	38 DIAS		101		75,16

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	75,16
MULTA MORATORIA REF 08/2017	1,35
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,33
JUROS DO MES	0,77
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,88
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA ACU (R$ 0,25)	

VENCIMENTO 15/11/2017

TOTAL A PAGAR (R$) 90,49

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	[illegible]
Transmissão	[illegible]
Distribuição	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	22,97
TOTAL	75,16

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez
90	101	113	95	94	85	83	84	77	77	87	89

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
43,65	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prévio Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contas(s) em atraso. Caso o detalhamento da fatura, o seu registro de dívida junto à possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme exige inciso da Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 ao 176. Bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Mes/Ano	Valor R$
09/2017	77,58
Total	77,58

Consta desta fatura R$ 2,66 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,93%
Res. 9 Par. 100 2005 - ANEEL e Lei nº 10.637-02 e 10.833-03

Nº do Cliente: 3674968-0
Data de Emissão: 16/11/2017
Nº da Nota Fiscal: 501021286
Referência: Nov/2017
Total a Pagar (R$): 90,49
Nº de Controle: 0003674968 00106 39172 42

83800000000-9 90400031000-5 0003674968[illegible]

DISTRIBUIDORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

Seguradora Líder
Declaração Circular SUSEP

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Delio Geovani Marques Paiva inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Henrique da Costa Freire inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.109.543-57, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Paulo Henrique da Costa Freire inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.109.543-57 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
23 JAN. 2018
ASS.

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		Número	Complemento
Rua Frei Alvino		665	—
Bairro: Alto do Cristo	Cidade: Sobral	Estado: Ceará	CEP: 62.020.370
Email: dpl.com.seguradora@hotmail.com	Telefone comercial(DDD): (88) 99605-0011	Telefone celular (DDD): (88) 99497-4532	

Sobral, 19 de Janeiro de 2018.
Local e Data

Delio Geovani Marques Paiva
Assinatura do Declarante

DL 001 002 V001 2017

Declaracao do proprietario (

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO HENRIQUE FREIRE DE SOUSA,

RG nº 2002031053732-3, data de expedição ___/___/___,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 040.633.153-71, com domicílio na cidade de SOBRAL, no Estado de CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA DR. INDEPENDENCIA, nº 289, complemento ——, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE cujo o condutor era PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA CG125 FAN
Ano: 2012
Placa: OHY 3565
Chassi: 9C2JC4110CR322208
Data do Acidente: 14/09/2017
Local e Data: SOBRAL 20/12/2017

4º OFICIO

Francisco Henrique Freire de Sousa
Assinatura do Declarante

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Henrique Freire de Sousa
20 DEZ. 2017 Sobral - CE
ANTONIO FRANCISCO DE CARVALHO - TABELIÃO
THALES GUIMARÃES DE CARVALHO - SUBSTITUTO
MARIA APARECIDA DE CASTRO - ESC. SUBST.
RAIMUNDO SONATO ALVES - ESC. SUBST.
LARIZA MELO DE SOUSA - ESC. SUBST.
VALIDO(A) SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

94774246 *

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Aten: 4966358 Dt. Atendi: 14/09/2017 - 07:
Reg.: Dt Nasc: 26/08/1985
Nome: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
End.: AV DR ANTONIO PAULO PESSOA 508 COHAB II
SINHA SARDIA: SOBRAL-CE: CEP: 62050320

ATENDIMENTO: ADULTO [X] **PEDIÁTRICO** [ ] **CIRÚRGICO** [ ]

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Amarelo **HORA DA CLASSIFICAÇÃO:** 02:20h

PROCEDÊNCIA: Sobral

[ ] **PROCUROU PSF: SIM** [ ] **CAUSAS:**
- [ ] ENCAMINHADO
- [ ] NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- [ ] NÃO TINHA MÉDICO
- [ ] POSTO ESTAVA FECHADO
- [ ] NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

Documentacao medico – ho

NÃO [ ] **CAUSAS:**
- [ ] NÃO É EFICIENTE
- [ ] É LONGE DE CASA
- [ ] NUNCA TEM MÉDICO
- [ ] TEM PLANO DE SAÚDE

[X] **TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:**
- [ ] SAMU
- [ ] CARRO
- [ ] DEAMBULANDO
- [X] OUTRAS AMBULANCIAS
- [ ] MOTO, BICICLETA...

[ ] **UBS**

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 23 JAN. 2018 ASS:

HDA DO ACOLHIMENTO:

Pdi, sra, sem colinas, foto-fraturas, sem alguém

[redacted]

PA: ____ FC: ____ FR: ____ TEMP: ____ PESO: ____

TIPO DE ACIDENTE:

[ ] Acidente c/ objetos corto-contusos [ ] Acidente por arma de fogo [ ] Afogamento
[ ] Choque elétrico [ ] Queda. De onde? ____
[ ] Ingestão acidental: [ ] Corpo estranho [ ] Produto químicos farmacêuticos
[ ] Queimaduras: [ ] 1º Grau [ ] 2º Grau [ ] 3º Grau Por: [ ] Água [ ] Óleo [ ] Álcool [ ] Elétrico
[X] Atropelamento: [ ] Carro [X] Moto [ ] Bicicleta [ ] Outros
[ ] Carro [ ] com cinto [ ] sem cinto [ ] Moto: [X] com capacete [ ] sem capacete
[ ] Mordedura de animais: [ ] Doméstico [ ] Selvagem [ ] Ofídico
[ ] OUTROS

Santa Casa de Sobral SAME ONDE COM O ORIGINAL

TIPO DE TRAUMA

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECI

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO:

trauma cabeça (coxa, mandíbula)
por acid. moto - 6 (Rx crânio, nariz
por queda 0 - sutura na

CONDUTA: encaminhado c/ neurologista

DIAGNÓSTICO: vitima

FRANCISLO das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 276.248.113-68 CRM
Ass. Médico

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

MOTIVO DO ATENDIMENTO

☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA
☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

[redacted]

☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

Santa Casa de M. de S.
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIG.
Andréia R. Monteiro
COORDENADORA

ALTA DO PACIENTE

[redacted]

9 9961.1814

Dr. HERNANI CAMPOS
ORTOPEDIA
CREMEC 4920

LAUDO MÉDICO

RELATO QUE PAULO HENRIQUE DA COSTA FREITAS SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NO DIA 13/09/2014 COM FRATURA DE RÁDIO E + LUXAÇÃO DA ULNA E FOI OPERADO COM PLACA + PARAFUSO NO RÁDIO E UM FIO NA ULNA, ATUALMENTE COMPLICADO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE, FLEXÃO EXTENSÃO DO PUNHO E + LIMITAÇÃO TOTAL DA PRONOSUPINAÇÃO E DA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

MULTIMED

Dr. EDSON LOPES ORTOPEDIA CREMEC [illegible]
Dr. HERNANI CAMPOS ORTOPEDIA CREMEC 4920
Dra. ANA [redacted] FISIOTERAPIA CREFITO [illegible]
Ed. Candi[redacted]

SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO
E ESM DE ALTA DEFI-
NIÇÃO DO MATERIAL
ORTOPÉDICO.

06/11/2017

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2017005

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES: 2552086

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES: 2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Paulo Hugo da Costa Pinto

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 236351

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 702801125559865

8 - DATA DE NASCIMENTO: 26.08.1985

9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 3

10 RAÇA/COR:

10.1 ETNIA:

11 - NOME DA MÃE: Sônia Maria d'Costa

12 - TELEFONE DE CONTATO: (88) 99244-9246

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: O mesmo

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Fazenda São Tomé - Barrento

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Itapipoca

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2306405

18 - UF: CE

19 - CEP: 62500000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Pto c/ fratura de ulna e úmero

Dr. Arnobio Avelino da Silva
Médico Perito Técnico
CRM-CE 5243-93

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirurgia

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 23 JAN. 2018

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de ulna e úmero

24 - CID 10 PRINCIPAL: S523

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteossíntese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020431

29 - CLÍNICA:

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02

31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 9068

Hermes C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4929
CPF: 378.930.503-06

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Hermes C. Oliveira Jr.

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 22.09.18

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA:

38 - CNPJ EMPRESA:

39 - Nº DO BILHETE:

40 - SÉRIE:

41 - CNAE DA EMPRESA:

42 - CBOR:

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

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

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Sistema Único de Saúde
Nenhum Orçamento de qualquer tipo para o paciente ou convênio.

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2017003

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
Prontuário/Atendimento: 236351/0004
Nascimento: 26/08/1985 | Local: SOBRAL | País Nacionalidade: Brasil | Idade: 32 Ano(s)
Sexo: Masculino | Raça/Cor: Parda | Etnia: | Estado Civil: Casado(a) | Religião:
Documento(s): CPF: 019.109.543-57 | CNS: 70.2801.125.5598-65
Endereço: FAZENDA SAO TOME | Nº: S/N | Bairro: BARRENTO | Município: ITAPIPOCA-CE | CEP: 62500-000
Fone: (88)99444-9245 | Profissão: AGRICULTOR | Empresa: | Fone Empresa:
Responsável: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE | CPF do Responsável: | Fone Responsável:
Endereço Responsável: | Cônjuge: ANTONIA LIDIANA DUARTE FREIRE
Mãe: SONIA MARIA DA COSTA | Pai: ANTONIO EDVAR FREIRE

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora: 22/09/2017 19:23 | Quarto/Leito: 062-0002 | Aposento: ENFERMARIA | Clínica: CIRURGICA | Setor: EMERGENCIA ADULTO
Convênio: SUS | Matrícula: | Autorização: | Dias: 0 | Guia:
Médico: JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR | CRM: 4970
CID Principal: S51.9 Ferimento do antebraço, parte não especificada | CID Complementar: X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros locais especific
Observação:
Usuário: SAMARA DOS SANTOS ALVES | Procedimento SUS: | Especialidade:
Data Saída: | Hora: | Condição da Saída: | Usuário Saída:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

[illegible] SUS [illegible] sem [illegible] para o paciente ou qualquer [illegible] convênio.

ITAPIPOCA 22 de setembro de 2017.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: SAMARA DOS SANTOS ALVES

Assinatura do responsável

SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 22/09/2017 17:59
Página 1
v2017000

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
236351	0001	PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE	702801125559865	

Documento(s)	Estado Civil	Sexo
CPF: 019.109.543-57	Casado(a)	Masculino

Data de Nascimento	Local	Idade
26/08/1985	SOBRAL/CE	32 Ano(s)

Pai	Mãe
ANTONIO EDVAR FREIRE	SONIA MARIA DA COSTA

Endereço	Bairro	CEP	Município	UF	Telefone
FAZENDA SAO TOME , S/N	BARRENTO	62500-000	ITAPIPOCA	CE	88994449246

Profissão	Empresa	Cônjuge
AGRICULTOR		ANTONIA LIDIANA DUARTE FREIRE

Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
PAULO HENRIQUE DA COSTA FREI		FAZENDA SAO TOME , S/N	ITAPIPOCA	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
22/09/2017	17:36	SUS		

Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento
ADRIANO DE ALMADA FERREIRA	12320/CE	CONSULTA

Indicador de Acidente	Funcionário
Trânsito	LARISSA SOUSA SALES

Observação

Leito	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída
	/ / às hs.	( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
72,000		36,2			119 X 76

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE **Data e Hora:** 22/09/2017 17:59
Responsável pela Classificação: LARISSA SOUSA SALES
Relatório:
Paciente, vitima de queda de moto após colisão com outra moto, apresenta trauma em membro superior esquerdo, apresenta tontura, amnesia temporaria após o acidente. No momento encontra-se orientado e lucido. Nega alergia medicamentosa, hipertensão e diabetes.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

Sistema ... sem nenhum ... paciente ou qualquer ... convênio

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: PAULO HENRIQUE DA COST

SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital H.M.S.V.P Clínica Trauma Enf. II Sala 19 Leito 2
Paciente [illegible] Matrícula 336351

Diagnóstico [illegible]

Moléstias Secundárias

Queixa e Duração

[illegible]

História da Moléstia Atual [illegible] / [illegible]

Antecedentes Individuais

Antecedentes Hereditários

Hábitos

Interrogatório sobre Aparelho

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐
Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐
Alta tratam. terminado ☐

Dr. José Hernani C. O. M.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4520 TEOT - 5088
CPF: 376.830.503-06

23/1/2
Data

Assinatura

Gráfica Fone: 3631-2243

SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

RELATÓRIO DE OPERAÇÕES

Nome do Paciente [illegible]
Categoria SUS Idade 32 Sexo M Enf. _____ Leito _____
Data da Cirurgia 23/09/17 Cirurgião Dr Hernani
Auxiliar _____ Circulante _____
Diagnóstico Pré-operatório: [illegible]
Cirurgia [illegible]
Diagnóstico Pós-operatório: [illegible]

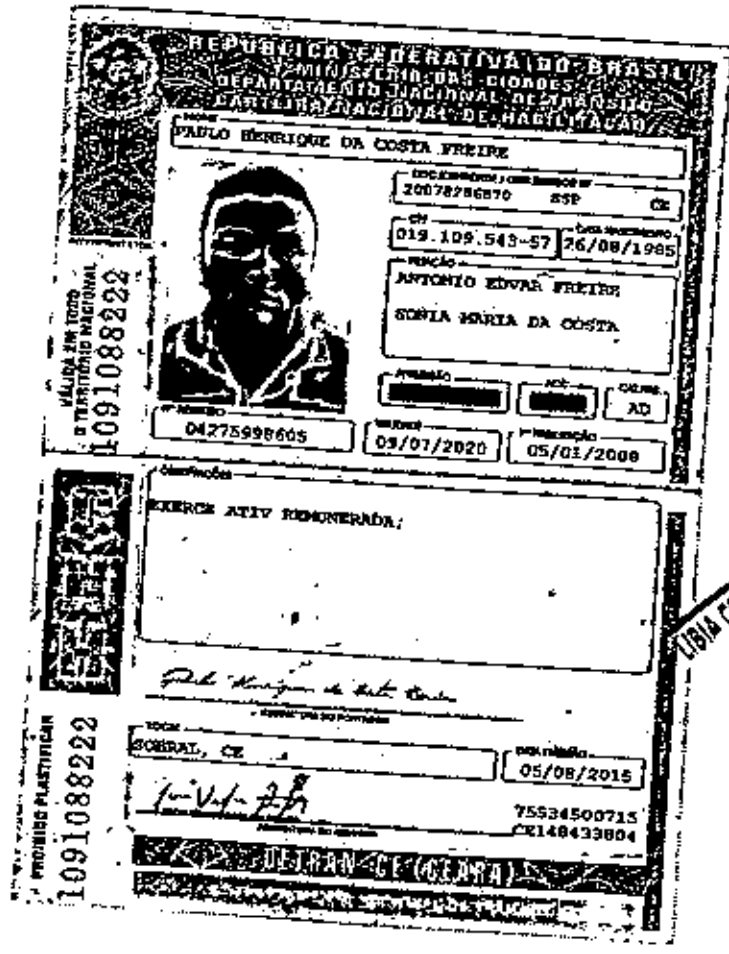
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Dec. dorsal
[illegible]
[illegible] dorsal no setor
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

DIVA CORRECIRA DE SIQ. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS.

Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPF: 376.830.503-06

Documentos de identificaca



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

Nome: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE

Documento de identidade: 20078786870 SSP CE

CPF: 019.109.543-57

Data de nascimento: 26/08/1985

Filiação: ANTONIO EDVAR FREIRE
SONIA MARIA DA COSTA

Permissão: [redacted]

ACC: [redacted]

Categoria: AD

Nº Registro: 04275998605

Validade: 03/07/2020

1ª Habilitação: 05/01/2008

Observações: EXERCE ATIV REMUNERADA;

Local: SOBRAL, CE

Data emissão: 05/08/2015

75534500715
CR148433804

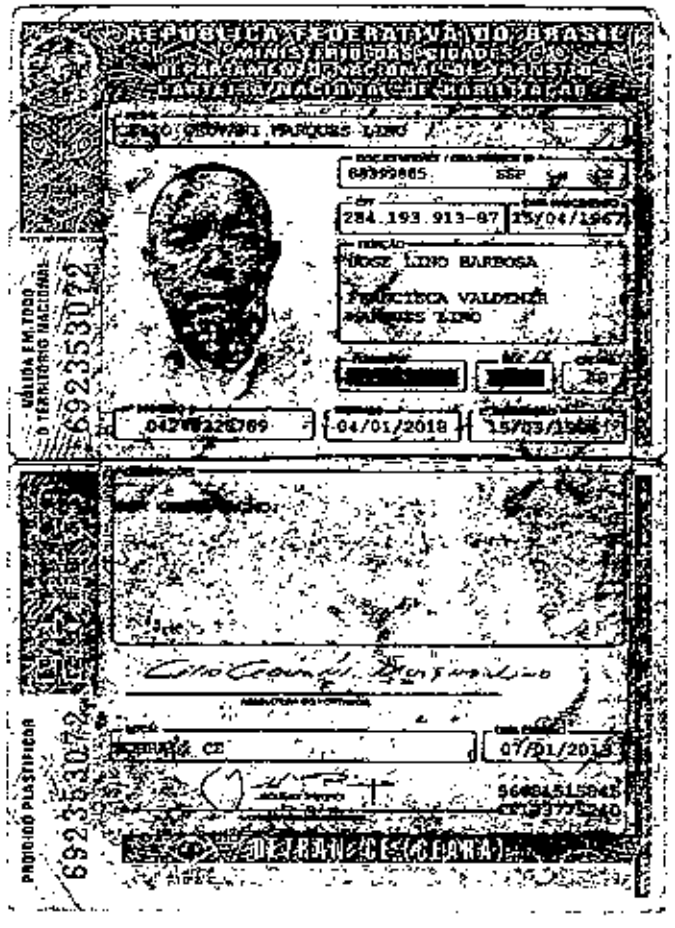
DETRAN-CE (CEARÃ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1091088222

PROIBIDO PLASTIFICAR
1091088222

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

Documentos de identificaca



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN CE — RENAVAM: 01356793647 5

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

UF | CÓD. SEGURANÇA CRV | CÓD. RENAVAM | EXERCÍCIO
01 | 00225 | 0000000000 | 2017

RANGEL BEZERRA DE SOUZA

SOBRAL CE

PLACA: HOY 5365 | CHASSI: 9BFZH10B5B8 | 08

ESP/MOTOCICLETA | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA | ANO FAB.: 2011 | ANO MOD.: 2011

CAP./POT./CIL.: 28 / 0CV / 124CC | CATEGORIA: PARTICULAR | COR PREDOMINANTE: PRETA

1 COTA ÚNICA: XX/XX/XX | VENC. COTA ÚNICA | VENC. COTA
P 2
V 3
A

FAIXA PVA | PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFÁRIO (R$) | IOF (R$) | PREMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

VÁLIDO PARA TRANSEUNTE

LOCAL: SOBRAL | DATA: 11/07/2017

DETRAN CE

CONTRAN

REGISTRO

DUT

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

CE Nº 01356793647 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

LEIA CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

EXERCÍCIO: 2017 | DATA EMISSÃO: 11/07/2017

UF: CE | CÓD. ONU | PLACA: HOY 5365

RENAVAM | MARCA/MODELO

ANO FAB.: 2012 | ANO MOD.: 2012 | CHASSI: 9BFZH10B5B8 | 08

PREMIO TARIFÁRIO

ICMS (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | VALOR TOTAL PAGO (R$)

A COTA ÚNICA | PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO: 10/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

10105 | 3E41E1032220B | 01494

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180049216
Cidade: Forquilha
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
Data do acidente: 14/09/2017
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de rádio esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à pericia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180049216
Cidade: Forquilha
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
Data do acidente: 14/09/2017
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do radio esquerdo.
Luxação do punho esquerdo.
Fratura da clavícula direita.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular e lesão tendinosa (limitação da flexo extensão do punho esquerdo e da prono supinação do antebraço esquerdo) e hipotrofia.
Bloqueio articular e lesão tendinosa (limitação da mobilidade do ombro direito).

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico do punho esquerdo, osteossíntese com placa, parafusos e fio "K".
Tratamento conservador do ombro direito com imobilização gessada em "8".
Não realizou fisioterapia.
Alta médica 902/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro superior esquerdo.
Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

Médico examinador: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

CRM do médico: 9050

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**47,5 %**	**R$ 6.412,50**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180049216
Nome do(a) Examinado(a): PAULO HENRIQUE DA COSTA FREIRE
Endereço do(a) Examinado(a): AV ANTONIO DE PAULO PESSOA, 508 - 508 - SOBRAL/CE - CEP 62050-300
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20078286870 - SSP
Data e Local do Acidente : 14/09/2017
Data e Local do Exame : 20/02/2018 RUA PAULO ARAGÃO, 579 - SOBRAL/CE

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO E LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO; FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Exame Físico:
BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, HIPOTROFIA MUSCULAR

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO OMBRO DIREITO E NO PUNHO ESQUERDO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E OSTEOSSÍNTESE NO PUNHO COM PLACA, PARAFUSOS E FIO K. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO COM "8" GESSADO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA SEM COMPLICAÇÕES EM FEVEREIRO DE 2018.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.
BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, HIPOTROFIA MUSCULAR
IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO ANTEBRAÇO E DO PUNHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO E HIPOTROFIA MUSCULAR; PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO OMBRO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

( ) "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

OMBRO DIREITO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

_____

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

_____

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

Procuração

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Paulo Henrique da Costa Freire, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Autônomo, CI RG nº 2007 628687-0, CPF/MF nº 019.109.543-57, residente e domiciliado(a) à Rua Av Dr Antonio de Paula Pessoa, 509, Coop II, Cidade de Sobral, Estado Ceará, CEP: 62.100.000, telefone (88) 99605.0011, (88) 99437-4532.

OUTORGADO: Felio Giovani Marques Paino, CPF sob o n.º 284.193.913-87, e RG sob o número 88399885 com endereço cito à Rua Frei Vitoro, 665, Alto do Cruzeiro, na cidade de Sobral, Estado do Ceará.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgante para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Reconheco a(s) Firmas(s) de(l) Paulo por Autenticidade
( ) por Semelhança. De Henrique da Costa Freire
Dou Fé.
04 JAN 2018 Sobral - CE
Em testemunho da verdade.
EDISON DEFONSO DEVALCANTE DE ALMEIDA - Titular
MARIA APARECIDA SILVA - Substituta
ANA DE CASSIA GABRIEL COSTA - Substituta
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
TRAV. DA PRAÇA, 1 - CENTRO
(88) 3611-3088
CEP: 62.010-270
SOBRAL - CEARÁ

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
23 JAN. 2018
ASS:

Sobral, 04 de Janeiro de 2018.

Cartório Edison Almeida

Paulo Henrique da Costa Freire
OUTORGANTE