

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2015

Carta nº: 6524774

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150216307
Vitima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 02/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6590454

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150216307
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 02/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2015

Carta n°: 6745826

A/C: PAULO MARTINS FERNANDES

Sinistro: 3150216307
Vitima: PAULO MARTINS FERNANDES
Data Acidente: 02/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 MARTINS FERNANDES

Valor: R\$ 10.125,00

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 0000018324-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.125,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 = R\$ 10.125,00

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 06/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000018324-6

Nr. da Autenticação CD0FA0643E73A7CA

an 009 24/11



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FMS

Hospital Regional Dr. Pontes Neto
Quixeramobim - CE



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 02/03/14 HPA: 110/70mmhg N° 27
1. IDENTIFICAÇÃO 03.01.06.0029
Nome: Caetano Fernando Martins

Estado Civil: Solteiro Sexo: M Idade: 22 a

Naturalidade: Quixeramobim Profissão: agricultor

Residência: Caetano Fernando Martins

2. DIAGNÓSTICO: HOD + Malaria

3. HISTÓRICO: 1. Hemidíodo 20mg + 1600 mg Ivermectina

2. Plaxid 2.16 AD 1200 mg Ivermectina

3. SP 0,9% - 1500 mg de ivermectina

4. 1500 mg de ivermectina

5. 1500 mg de ivermectina

6. 1500 mg de ivermectina

7. 1500 mg de ivermectina

8. 1500 mg de ivermectina

9. 1500 mg de ivermectina

10. 1500 mg de ivermectina

11. 1500 mg de ivermectina

12. 1500 mg de ivermectina

ASSINATURA MÉDICO:

Glauco Coqueiro 300mg/olice an 9.400m.



Glauco Coqueiro

Assinatura

Declaro para os devidos que o sr. **PAULO MARTINS FERNANDES** esteve nesta unidade de saúde Hospital Regional dr. Pontes Neto no dia 02.03.2014 procedimento médico por motivo de uma hemorragia digestiva alta, mais alcoolismo, ocorreu que no momento do preenchimento da ficha de atendimento houve um erro ortográfico sendo que o nome do mesmo foi escrito da seguinte forma: **PAULO FERNANDO MARTINS**, sendo que o correto é o acima declarado.

Quixeramobim, 18 de março de 2014


Assistente Social
Sânia Siqueira
Assistente Social
CRESS - 7279





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

Paula Muriel Fons de

O(a) Sr.(a):

Compareceu a esta Clínica às _____ horas para:

- 1 - Consulta.....
- 2 - Acompanhar Familiar.....
- 3 - Fazer Exame/Laboratório.....
- 4 - Retirar Exame/Laboratório.....
- 5 - Marcar Radiografia.....
- 6 - Fazer Radiografia.....
- 7 - Retirar Radiografia.....
- 8 - Fisioterapia.....

Outrossim comunicamos que:

- a) Pode voltar em seguida ao trabalho..... Lab:atório
- b) Foi encaminhado à especialista
- c) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje..... dias, aconselhar destas data
- d) Deverá ficar afastado(a) do trabalho (30 Trabalho) dias, aconselhar destas data
- e) Poderia ter se apresentado s/faltar ao serviço ou faltar ao horário de trabalho.
- f) CID.....

506.07 07 de 22 de 07 de 2011

Quixeramobim-CE, 22 de 07 de 2011

5/06/09

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1
PAA-1

Ao Dep. Pessoal

O(a) Sr.(a):

- 1. Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.
- 2. Providenciar Doc. p/Benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
- 3. Horário de trabalho do funcionário no dia do afastamento

*Paula Muriel Fons de
22/07/2011*

11 Marabá



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção"

Boletim de Emergência Reg.: S 280429

O Sr.(a) Daniel Martins Fernandes

Foi atendido(a) neste Hospital no dia 02/03/14, às 15:41 h.
Tendo como causa do socorro

traumatismo crânio - encéfalo
medular (S.O.G - CID).

Armanecendo até o dia 07/03/14,
quando foi transferido para o
Observações: Hospital Batista.

Fortaleza, 07 de 03 de 200 14

Médico de Plantão - CRM:



CPF:

Ministério da Saúde/CPR - Recurso de Emergência Reg. 000



11 MAR 2015

John Boeke

Alde para el nro. t. que
se da. Número Nro. número
que se conoce y que se
puede ver en el
ultimo dígito.

CIN: 3659



01/04/11



✓

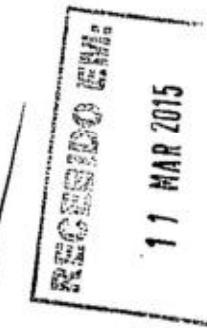
Abn Roche

Abn Roche para el nro de que
se han recibido 600 pesos
que se han destinado
a la compra de un
motor de arranque.

CIR. SCE. 9



9/04/14



ESTADO DE MEXICO



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Ay. Padre Antônio Tomás, 8036 - Altaneira - CEP 66014-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clinica Médica 24h
Bucu-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raíos X

Internamentos
Clínicos & Cirúrgicos

- Cir. Buco-maxilo-facial
- Cirurgia Cardíaca
- Cirurgia Geral
- Cir. Neurológica
- Cir. Pediátrica
- Cirurgia Plástica
- Cir. Proctológica
- Cirurgia Ortopédica
- Cirurgia Urológica
- Cirurgia Vascular
- Cirurgia Médica
- Ginecologia
- Obstetrícia

571

Rim Centro (Hemodálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Esiolterapia

Not you & I but we

Paul Koch und Walter

卷之三

5 766 (1962). See

no (000) do - no

C8.03.14

Entidade de Utilidade Pública - Lei 3111/65 e Federal - Decreto 1575/77

111546/07



**HOSPITAL
BATISTA
MEMORIAL**

MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Adesia - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clinica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clinica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

24h 20.07.2015

Paulo Henrique Souza de Souza

2015-07-20 06:00:00:00:15

**Internamentos
Clínicos & Cirúrgicos**

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neuroológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

24h 20.07.2015

2015-07-20 06:00:00:00:15

UTI
Rim Centro (Hemodialise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

2015-07-20 03:15:00:00:15





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paulo Henrique

Fluvox 50 mg dia

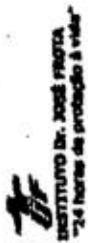


11 MAR 2015

12/03/2014

SEU MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/> 6 X 6 hs. 06 M - 12 T - 06 N - 12 N (4 X DIA)
	<input type="checkbox"/> 8 X 8 hs. 06 M - 02 T - 10 N (3 X DIA)
	<input type="checkbox"/> 12 X 12 hs. 06 M - 12 T - 06 N - 12 N (2 X DIA)
NA HORA CERTA	
COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA. NÃO TOME POR SUA CONTA	

Rua Monsenhor Salviano Pinto - Centro - Fones: 3441-1219 / 3441-1217
CEP 61800-000 - Quixeramobim-CE

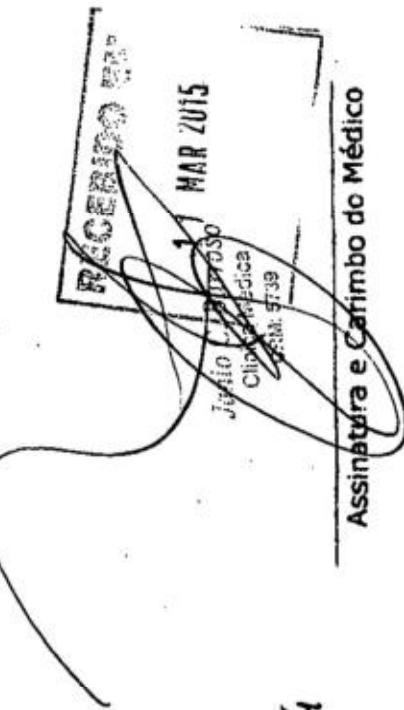


RECEITUÁRIO

Nome: Paulo Martin BE/Prontuário: _____

Px

Drimina 10 gotas → 1 prazo
Tomar 10 gotas dt- 6/6h
Ss dor



Data: 01/03/14

Assinatura e Caffimbo do Médico

PROCURE O IJF SONENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000
MA 000.000 Versão 1 - 01/02/06 - Via Única - Formato A5 (154x220).

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Paulo Marinho Sou

curvatura

⑤ Mucosid 10 to 12116

⑥ Muculne 5 10 to 12116

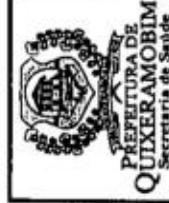
Paulo Marinho Sou
MÉDICO DO TRABALHO
CRM - 8569

81 103114

RECIBIDO EM:

11 MAR 2015

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1º Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2º Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

(Signature)
Paciente: Paulo Mendes Ferreira Nunes

Endereço: _____

Prescrição: Ulcornitaflo 100mg 100g
10 mar 05 exp 06 31 2016 caixa

DATA: 07/12/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RECEBIMENTO EM:	11 MAR 2015
Assinatura do Farmacêutico	_____
Data:	_____



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1^ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria
2^ª Via: Orientação do Paciente
Veronica Castro Freites
RMS N° 2300715/Ce
Projeto: 40095 Para o Brasil
R

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Paulo mantino Fernandes

Endereço: Av. 25 de Março

Prescrição: Hidantul 100 mg 60cp

DATA: 11/02/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Tel.: _____
UF: _____
Cidade: _____

Assinatura do Farmacêutico
Data: *11/02/15*

11 MAR 2015



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, SIN
CENTRO - CEP: 63.890-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1º Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria

2º Via: Orientação ao Paciente

Veronica Castro Fleites
RMS N° 200011546
Projeto Vida - Quixeramobim - Ceará

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Diele militiúus Gennardes

Endereço: Boaçue - Cenacada

Prescrição: Hidroxitol 100 mg gocce

tomar 02 x dia

DATA: 27/03/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

UF:

Cidade:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

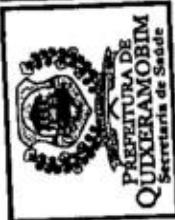
Endereço:

Tel.:

UF:

Cidade:

Assinatura do Farmacêutico
Data: 11/03/15



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

CC
CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Nausto Monteiro

1^º Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria

2^º Via: Orientação ao Paciente

Endereço:

*Hilton Ribeiro 60
1212*

Prescrição:

11

DATA: 24/04/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

UF:

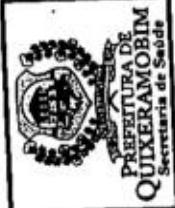
Cidade:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

CC
CARIMBO DE ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Assinatura do Farmacêutico

Data: 11/04/15



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1^º Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria

2^º Via: Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Carimbo: *Carimbo de Quixeramobim*
Assinatura: *Carimbo de Quixeramobim*
Nome: *Carimbo de Quixeramobim*
CRM: *Carimbo de Quixeramobim*
Médico: *Carimbo de Quixeramobim*

Endereço:

Prescrição: *Tomar 100 mg de 12/12 hs*
Nome: *Tomar 100 mg de 12/12 hs*
CRM: *Tomar 100 mg de 12/12 hs*
Médico: *Tomar 100 mg de 12/12 hs*

DATA: *10/01/14*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

UF:

Cidade:

DENTRIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: *Carimbo de Quixeramobim*

Ident.:

Órgão Emissor:

Endereço:

Tel.:

UF:

Cidade:

Assinatura do Farmacêutico
Data: *11/03/15*

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1^a Via retenção da farmácia ou drogaria
2^a Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	UF:
CRM:	
Endereço Completo:	
Tel:	UF:
Cidade:	

2^a Via orientação ao Paciente
Cleitano Oliveira
CRM: 21.000
MÉDICO
Cidade: *Itapira*
CARIMBO E ASSINATURA D/MÉDICO

Paciente: Paulo Monte Ferreira Idade: _____

Endereço: _____

Prescrição: H. ibuprofeno 100 mg

100 mg 12/14

Dr. Cleitano Oliveira

CRM: 21.000

Data: 13/01/19

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
UF:	Org. Emis:
Ident:	
Endereço:	
Tel:	UF:
Cidade:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome completo:	
UF:	
Ident:	
Endereço:	
Tel:	UF:
Cidade:	

ASS. DO FARMACÊUTICO: RICARDO EMA
DATA: 11 MAR 2015



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA: MONSENHOR SALVIANO PINTO, S/N
CENTRO - CEP: 63.800-000
QUIXERAMOBIM - CEARÁ

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via: Orientação ao Paciente

Q
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Neusa Nortinha

Endereço: l

Prescrição: 1/1 dia 26/10/2014 90g
0 10 010
0 dy 11/11

DATA: 01/04/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

Tel.: l

UF: l

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Q
CARIMBO E ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

11 MAR 2015

Assinatura do Farmacêutico

Data: l

135



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16525933413 **Número do Benefício:** 6058870058 **Especie:** 31
Número do Requerimento: 157390258
Ao Sr.(a): PAULO MARTINS FERNANDES
Endereço: LAGOA CERCADA SN, Z RURAL
CEP: 63800000 **Município:** QUIXERAMOBIM **UF:** CE
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 17/04/2014, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 31/07/2014. Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício (31/07/2014), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação. A partir de 31/07/2014 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social. O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agencia da Previdência Social - APS. Informamos, ainda, que foi afastada a aplicação do nexo epidemiológico entre o agravio e a profissiografia, conforme parágrafo 6º do artigo 337 do Decreto 3.048, de 06/05/1999. O benefício foi concedido em espécie não-acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar recurso por parte de V.Sa. à Junta de Recursos da Previdência Social, pelo prazo de 30 (trinta) dias. Data: 22 de maio de 2014

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS | MAR 2015
Agência da Previdência Social: APS - QUIXERAMOBIM | **Endereço: RUA RAIMUNDO RODRIGUES**
S/N, CENTRO
CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM **UF:** CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 22 de maio de 2014

A. Paulo Martins Júnior
Assinatura do Requerente / Representante Legal



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

S A B I
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS - QUIXERAMOBIM
REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO N° 157390258
BENEFÍCIO N° 6058870058

Prezado (a) Sr.(a)

PAULO MARTINS FERNANDES

(NOME DO SEGUROADO)	(RG)	(CTPS/SÉRIE)	(NIT)
06021046212 (RG/CERTIDAO)	16856489774		

(REPRESENTANTE LEGAL)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Auxílio - Doença e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 21/05/2014	Hora: 09:50 .	Endereço: RUA GUILHERME ROCHA,1624 CENTRO FORTALEZA - CE
----------------------------	-------------------------	--

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Quixeramobim, 17 de abril de 2014

Antônio Cavalcante Ribeiro
Técnico Segurança Social
Mat. 0885803

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

— 11 MAR 2015

TERMO DE RESPONSABILIDADE

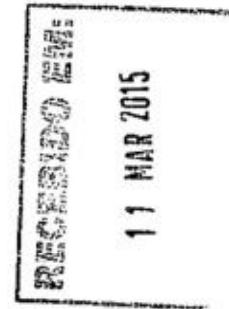
Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em / /

Ass. do Requerente/ Rep. Legal

Acao	Inicio	Origem	Desvio	Restaura	Fim
NB	6058870058	Nome:	PAULO MARTINS FERNANDES		
DER	17/04/2014	DIB :	17/04/2014	DAT	02/04/2014
DID	02/03/2014	DII :	02/03/2014	Dt Acid.:	
Especie:	31	Proffissao:	00999		
APS Realizacao	05.0.01.070	DCA	.....	.....	00/00/0000
Ordem	02	Dt. Marcacao	.....	.....
Conclusao	4 - DCI	Dt. Limite	.....	.....	16/08/2015
Diagnostico	S069	Diag. Secundario	.....	.....
Local do Exame	INSTITUTO	Codigo da Fase	.....	.....
Cod. do Perito		Cod. Perito quadro:	.....	.....	0501948
Dt. Realizacao	21/08/2014	Percentual Reducao:	.....	.....	00
Dt. Proximo Exame:		Isento Carencia	.....	.....	NAO
Acrescimo	NAO	Nexo Tecnico	.....	.....	NAO
Transf. Especie	NAO	Enquad. LOAS	.....	.....	NAO
Exame Requisitado:	NAO	Diligencia	.....	.....	NAO
Pericia Convenio :	NAO	Retroacao da DII	.....	.....	NAO
Dt. Digitacao	21/08/2014	Dt. Alteracao	.....	.....	21/08/2014
CRM Medico	000000000	Antecipa Parto	.....	.....	NAO

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16525933413
Número do Benefício: 6058870058
Número do Requerimento: 157390258

Endereço: LAGOA CERCADA SN, 2 RURAL
CEP: 63800000
Município: QUIXERAMOBIM
UF: CE

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Art. 59 e 89 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Artigo. 71, 78 e 136 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999;
Legal: Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu Pedido Prorrogação, requerido no dia 22/07/2014, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. Além disso, concluiu-se por seu encaminhamento a Reabilitação Profissional, devendo V. Sa. agendar, de imediato, a entrevista de avaliação, nesta Agencia da Previdencia Social.
Data: 21 de agosto de 2014



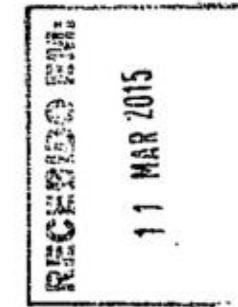
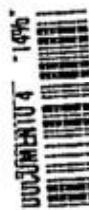
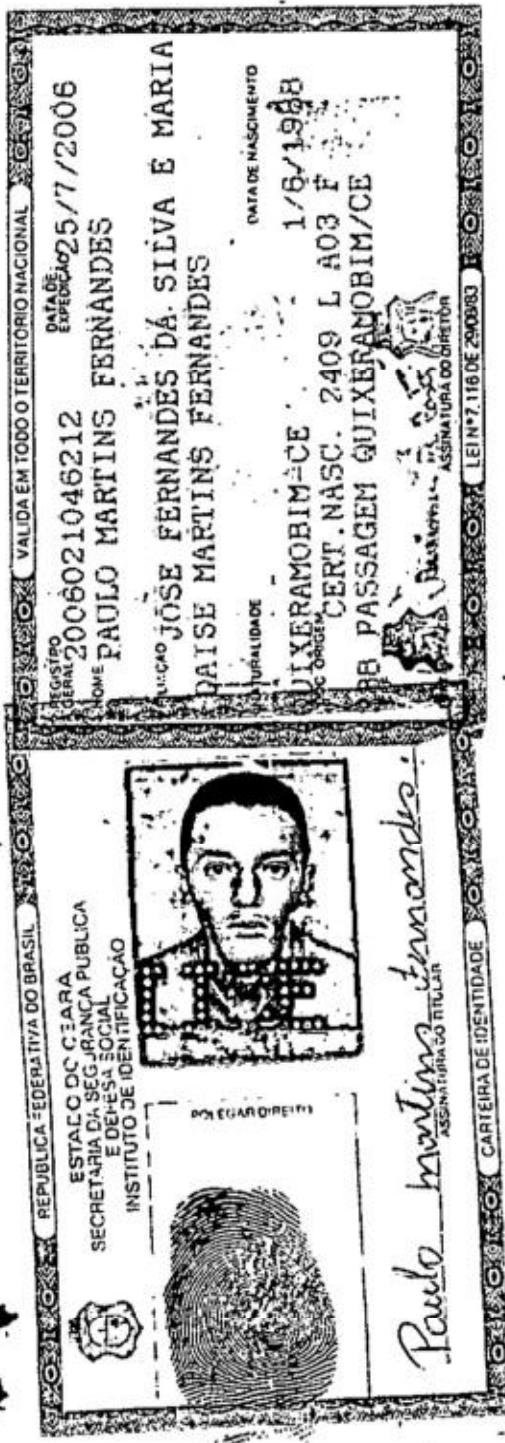
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

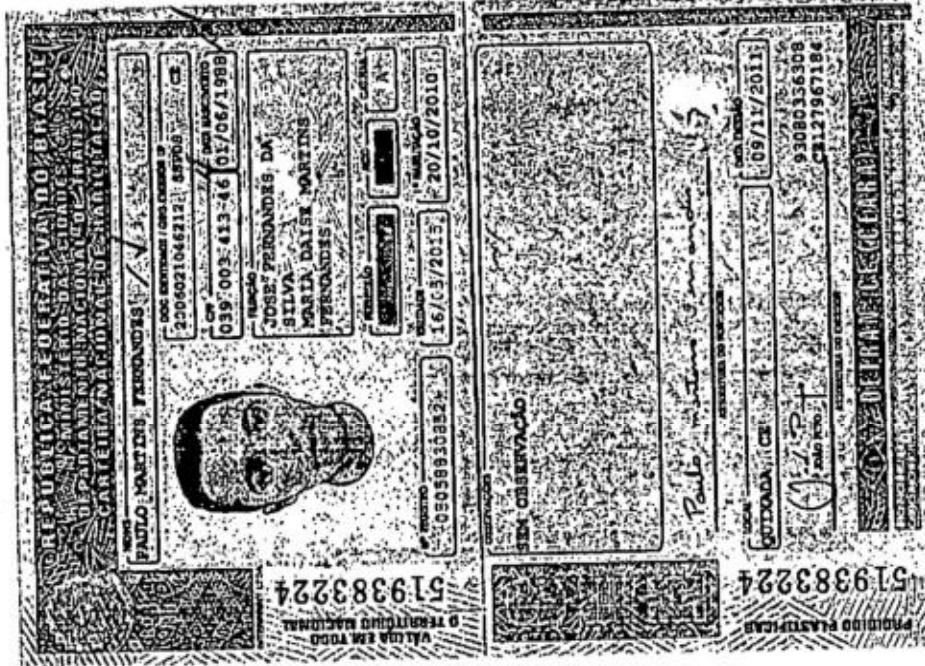
Agência da Previdência Social: APS - QUIXERAMOBIM Endereço: RUA RAIMUNDO RODRIGUES, S/N, CENTRO
CEP: 63800000 Município: QUIXERAMOBIM
UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 21 de agosto de 2014

Pablo molina
Assinatura do Requerente / Representante Legal

W.W. PREVIDENCIA - gov.br





四庫全書

19 MAY 2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Eu, Paulo Martins Fernandes,
 identidade nº 2006021046212 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.003.413-46,
 residente e domiciliado na Tranç. Guadalupe Ligeira,
 Cidade Guarapuava, Estado Paraná,
 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de
 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(+) Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência, ou

(+) O estabelecimento do IMI localizado no Município em que residir não realiza perícias para fins de
 prova do Seguro DPVAT; ou

(+) O estabelecimento do IMI localizado no Município em que residir 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
 Legal/IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica à 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 impugná-la, caso discorde do seu
 conteúdo.

Paulo Martins Fernandes

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

Florianópolis, 11/02/2015

Local e data

11 MAR 2015

Outro:

Declaração

Eu, Paulo Martins Sennarolo, RG 2006.021.046.212, CPF 039.003.413-46, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 02/03/2014 fui socorrido por Pequimano ao 3441-3521 e hospital: Requemal Dr. Pantano Neto.

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entendá necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

***Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado".**

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.

***Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.**

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: Florianópolis UF: SC Data: 11/02/2015
11 MAR 2015

x Paulo Martins Sennarolo

DECLARAÇÃO

Eduardo Fernando Benvenuto portador da carteira de Identidade nº 2006021046222 e inscrito no CPF sob o nº 039.003.413-46

Residente e domiciliado na Travessa Gueldro 76/600

Cidade: Brumado Estado Bahia, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar: PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital _____

Data de Saída: 11/11/14

Localizado em:

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através dessa comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro

Dpvat (Lei nº 6.194/74)

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do Seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que essa declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

Confirmando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Cidade:



Paulo Fernando Benvenuto

Assinatura do Declarante

11 MAR 2015

Local e Data

Brumado, 11/02/2015

DECLARAÇÃO

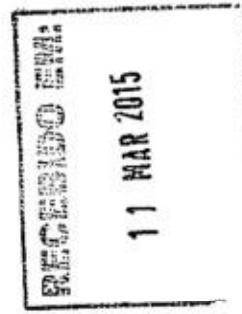
Eu Paulo Martins Soenadaen,
portador do RG 2006 021046212, inscrito no CPF 039.003.413-46
como endereço na Rua Brasília, 80000-000, Bairro Brasília,
Cidade Brasília.

Onde fuiro no quadro de Invalidade Permanente.

Declaro a Seguradora Líder, que o Hospital Regional Dr. Pontes Neto de Quixeramobim - Ce se nega a colocar em meu prontuário médico que foi um acidente de transito e as lesões e sequelas sofridas por mim em consequência do acidente de trânsito, provocado por veículo automotor de via terrestre no dia 02/03/2014.

Quixeramobim-Ce 11/02/2015.

Atenciosamente; Paulo martins soenadaen



10/02/2015

Vítima de acidente de trânsito em Quixeramobim é transferida de helicóptero para Fortaleza

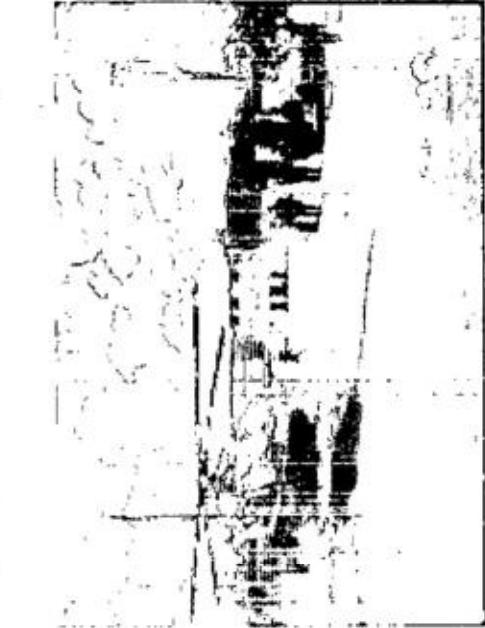
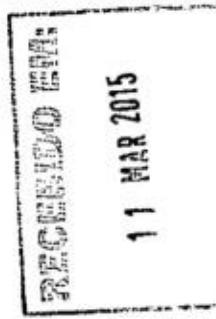


Foto: osertaoenoticia.com

A+ A-
Uma vítima de um grave acidente de trânsito na zona rural de Quixeramobim foi transferida para Fortaleza em um helicóptero do CIOPAER.

A transferência aconteceu por volta das 15h30min deste domingo, 02. Segundo informações da polícia, por volta das 10h00 à vítima identificada pelo nome de Paulo Fernandes Martins, 25 anos, residente na localidade de Lagoa Cercada, deu entrada no Hospital Regional Dr. Pontes neto socorrida por populares. A polícia disse a nossa reportagem que foi informada que o motociclista pilotava uma moto HONDA CG150 TITAN ES, de placa HYL 5311, quando em frente ao cemitério público da Vila de São Miguel, perdeu o controle vindo a cair sofrendo um forte impacto na cabeça. Por causa da gravidade da vítima foi solicitado um helicóptero do SAMU para a transferência do mesmo.

Reportagem: REDAÇÃO





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Paulo Mantor den _____, PORTADOR(A) DO RG Nº 2006021046212, EXPEDIDO POR SSPI/06, EM 25/07/2006 E
 CPF 03900034013 - 46 CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO — —
 E RENDA MENSAL DE R\$ — - — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Mantor den, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

[Signature]

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou UNIDA HIRE CREDITO EIVI;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANT: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO — N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2843 N° da CONTA (com dígito, se existir) 18324-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

[Signature] Paulo Mantor den

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 3.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



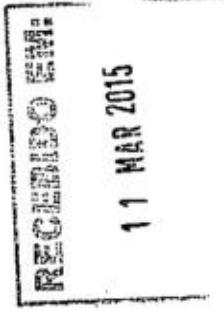
AUTO-ATENDIMENTO - AG. QUIXERAMOBIM
DATA: 06/02/2015 HORA: 14:45:58
TERMINAL: 28431007 CONTROLE: 284310070223

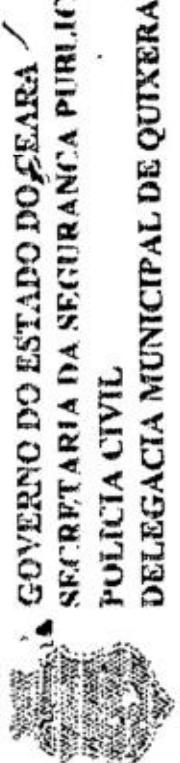
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2843.013.00018324-6
NOME: PAULO MARTINS FERNANDES
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00
NÚMERO DO ENVELOPE: 0342090100
NÚMERO DE CONTROLE: 037459084

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1207 / 2014 ✓

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 18/03/2014 16:01:25 ✓

Data / Hora da Ocorrência : 02/03/2014 08:30:00 ✓

Endereço da Ocorrência: SIT SÃO MIGUEL,

NAO INFORMADO QUIXERAMOBIM /CE ✓

Ponto de Referência:

DOCUMENTO 1 *11%



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES

Nascimento : 01/06/1988

CNH: 619383224 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: JOSE FERNANDES DA SILVA

MARIA DAISE MARTINS FERNANDES

Endereço: R ALVISIO SKEFF 39

MONTEIRO DE MORAIS

QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone: 9774.4248

Historico

QW, na data, hora e local supra o noticiante trafegava na motocicleta HONDA CG 150 TITAN FS, ANO 2006/07, DE PLACA HYL5311 LICENCIADA EM NOME DE MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES, quando ao retornar de uma festa, acabou encilhando e caindo no chão, QUIT, em virtude do acidente o noticiante sofreu hemorragia na cabeça e um trauma no ombro esquerdo, QUE o noticiante foi socorrido para o hospital local através de populares e encaminhado para o ITP em Fortaleza ✓ o helicóptero do CIO/MAER.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : ✓

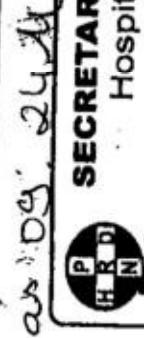
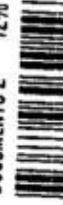
MATRÍCULA: 198323-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : ✓ *Paulo matos demando*

VISTO DO DELEGADO(A): ✓

MATRÍCULA: 300121-1-9





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FMS
 Hospital Regional Dr. Pontes Neto
 Quixeramobim - CE

1. BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 03/03/14 (PA: 110470mmhg. Nº 27) **03.01.06.0029**

1. IDENTIFICAÇÃO
 Nome: Caíulo Fernando Martins
 Estado Civil: Solteiro Sexo: M Idade: 22
 Naturalidade: Quixeramobim Profissão: Agropecuário
 Residência: Quixeramobim CEP: 62800-000

2. DIAGNÓSTICO:
 Diagnose: (12:30) - H.O.P + Alcool.

3. PROCEDIMENTO:
 1. Consultas 2mgs + 16m 100g
 2. Blow 2:16 100g 100g 100g
 3. SP 0,9% - 150ml em abd.

Assinatura do Médico

REF ID: 00000000000000000000000000000000

1. Glucose Capilar 300mg/dl 90mL
 2. Leucocitose 24 + 10000/mm3
 3. NO 1000
 4. Electrocardiograma
 5. Exames coagulação 100% er
 6. Uroscopia
 7. Exames urinários
 8. Exames coagulação 100% er
 9. SP 0,9% - 2000ml er + 500
 10. SNG ur capm necto
 11. SUD
 12. TOT

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Martino Fernandes
RG nº 2000602210462232, data de expedição 25/07/06, Órgão 550106
CPF nº 039.003.433-46, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Trav. Aquidéo Ulman
Número	89
Apto / Complemento	
Bairro	Mercêno de Melo
Cidade	Florianópolis
Estado	SC
CEP	89010-000
Telefone de Contato	(88) 3441-3521 (88) 92451228 (88) 92188940 (88) 99010881
E-mail	
	11 MAR 2015

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Florianópolis, 11/02/2014.

Assinatura do Declarante: Paulo Martino Fernandes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150216307 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 02/03/2014 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das TCE 25%

sequelas:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150216307 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES **Data do acidente:** 02/03/2014 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM INTERNAÇÃO PROLONGADA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, REFERE CRISES CONVULSIVAS E EM USO DE ANTICONVULSIVANTE. ACOMPANHANTE REFERE ALTERAÇÕES DO HUMOR E DO COMPORTAMENTO COM DISTÚRIO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E DÉFICIT DE MEMÓRIA. NECESSIDADE DA AJUDA DE FAMILIARES PARA REALIZAR ALGUMAS TAREFAS HABITUais DE MAIOR COMPLEXIDADE.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROLÓGICO CONSERVADOR. EVOLUINDO COM COMA E INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Sequelas permanentes: DANO NEUROLÓGICO GRAVE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Felipe Boaventura Apolinario

CRM do médico: 13234

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
		Total	75 %	R\$ 10.125,00

PRESTADOR

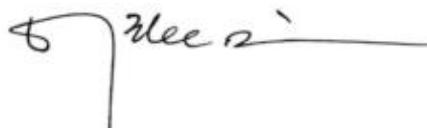
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **PAULO MARTINS FERNANDES** Sinistro: **3150216307** Data: **02/03/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRAV EUCLIDES WICAR, 89 - MONTEIRO DE MORAES - Quixeramobim - CE - CEP 63800-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2006021046212**

Data local do exame: [**25/03/2015**] **Quixadá** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM INTERNAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME, REFERE CRISES CONVULSIVAS E EM USO DE ANTICONVULSIVANTE. ACOMPANHANTE REFERE ALTERAÇÕES DO HUMOR E DO COMPORTAMENTO COM DISTÚRIO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E DÉFICIT DE MEMÓRIA. NECESSIDADE DA AJUDA DE FAMILIARES PARA REALIZAR ALGUMAS TAREFAS HABITUAIS DE MAIOR COMPLEXIDADE.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROLÓGICO CONSERVADOR. EVOLUINDO COM COMA E INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DANO NEUROLÓGICO GRAVE.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"

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)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
DANO NEUROLÓGICO.

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Felipe Boaventura Apolinário
Médico
CRM-CE 13.234