

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA

**Nº Sinistro:** 3180503835

**Vitima:** CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA

**Data do Acidente:** 19/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180503835**.

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**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE
  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Nome completo:

CPF:

Nº de circular SUSEP:

Profissão:

Endereço:

Estado:

Bairro:

Cidade:

CEP:

E-mail:

Número:

Complemento:

Telefone:

DDD:

UF:

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

RENDIMENTO:

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0684**

CONTA: **47125**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DADOS CADASTRAIS

## INVALIDEZ PERMANENTE

## MORTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:    
 Falecidos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digitalizada  
usando o  
seu smartphone  
ou tablet

Local e Data: **Caxito - CE, 19.10.18**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina o RG

**Claudio Roberto Ponfírio de Lima**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

RECEBIDO EM:

**25.10.18**





Impresso nº 2018162437

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 7481 / 2018

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 18/10/2018 13:03:05  
Data / Hora da Ocorrência: 19/02/2018 11:00:00  
Endereço da Ocorrência: RUA MOACIR GONDIM LOCO  
Complemento: PRÓXIMO DO CAMPO  
Bairro: MURITI Município: CRATO/CE  
Ponto de Referência:

*Noticiante(s)*

Nome: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA  
Nascimento: 06/09/1988 CPF:  
RG: 20060340060006 Orgão Emissor: SSP UF:  
Filiação: RITA PORFIRO DE LIMA  
DOMINGOS SAVIO DE LIMA  
Endereço: RUA MOACIR GONDIM LOCO, 324  
Bairro: MURITI CEP:  
Município: CRATO/CE  
País: BRASIL Telefone: 9256-4503

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: HXT1552 UF: CE Município: CRATO Chassi:  
9C2J3010YR055318 Renavam: 909461546 Tipo do Veículo:  
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS Ano:  
Fabricação: 2000 Ano Modelo: 2000 Combustível: GASOLINA Cor:  
VERMELHA Proprietário: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA  
Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

*Histórico*

Advertido(a) das penas previstas para os crimes de falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime/contravenção, o(a) noticiante declara que no dia e local citados foi vítima de acidente de trânsito quando pilotava sua motocicleta (placa:HXT-1552). Que pilotava estava voltando para casa e devido a chuva perdeu o controle da motocicleta e veio a cair e se ferir inclusive com fratura de osso. Que foi socorrido por populares para o Hospital São Raimundo aqui no Crato. Nada mais declarou.

Gbs. Segue em anexo cópia de documentação.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

JORGE KENNEDY SANTOS BATISTA - MAT.: 404945-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura]* Claudio Roberto Porfiro de Lima

VISTO DO DELEGADO(A):

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Comunicação nº 10020201711512

RECEBIDO EM:

25/10/18

DOCUMENTO  
ORIGINAL

Pág. 1 de 2

Impresso em 10/10/2018 12:15:17



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGIACIA REGIONAL DE CRATO

Impresso N° 2018162437



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 7481 / 2018

LEVI GONÇALVES LEAL - MAT.: 132616-2-X

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Nome completo:

CPF:

Nº de circular SUSEP:

Profissão:

Endereço:

Estado:

Bairro:

Cidade:

CEP:

E-mail:

Número:

Complemento:

Tel/DDD:

(88) 994560176

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

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR
  ATÉ R\$1.000,00
  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA
  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00
  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00
  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0684**

CONTA: **47125**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DADOS CADASTRAIS

## INVALIDEZ PERMANENTE

## MORTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:    
 Falecidos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digitalizada  
usando o  
seu smartphone  
ou tablet

Local e Data: **Caxito - CE, 19.10.18**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina o RG

**Claudio Roberto Ponfírio de Lima**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

RECEBIDO EM:

**25.10.18**



Pontuário N°.: 134086  
Internação N°.: 470147

ATO DECLARATÓRIO

Impresso: 19/02/2018 11:54

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA  
Respons.: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA

|Nasc.: 06/09/1988 Idade: 29 Sexo: M

Matrícula: 898002799057621

|Bairro.: MURITI Cep.: 63132070

Endereço.: RUA ANTONIO VICENTE DE MATOS 1

|Telefone: 88992564503

Cidade.: CRATO

|Pai - DOMINGOS SAVIO DE LIMA

Filiação.: Mãe - RITA PORFIRO DE LIMA

|UF: Orgão: Natural: CRATO

CPF.....: RG: 2006034060006

|Est. Civil: SOLTEIRO

Raça.....: PARDO

Profissão:

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: ULISSES SILVA PESSOA

|Cadastro.: CRISTIANE /Acondente: JARLIANE

Clinica.: INTERN. CIRURGICA

|Data/Hora.: 19/02/2018 11:53

Setor.: POSTO MASCULINO

|Convênio.: SUS INTERNADOS

Acomod.: AM04

|Caráter.: URGENCIA

Leito.: AM4.01 Trans.P/Leito: 6 Enf/Apto: 01

|Tipo Acom.: ENFERMARIA TRAUMATO

MOTIVO DO ATENDIMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

*Fractura humeri em evolução motriz*

HDA:

*Fractura humeri em evolução motriz*

HAS ( )

DM ( )

AVC ( )

ALERGIA A DROGAS ( )

INTERNAMENTOS PREVOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA =

PP =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ROM:

EUROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

PUPILAS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

*Fractura humeri em evolução motriz*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

*Fractura Clavicular*

RESERVADO A RECEPÇÃO

TRASNF. P/ MÉDICO:

N° DO UNISUS: 41500017214

CONDIÇÕES DE ALTA: *Clivada*

ASS.: *Antônio J. 02.08*

ALTA EM: *23/02/2018*

PACIENTE / RESPONSÁVEL

*EBIDU*

*25/02/18*

MÉDICO(A): 11912 *EBIDU PEREIRA*

# 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: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 000000047125-0

---

Nr. da Autenticação 5895A9B61BA7D4F8



## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão:

N. Atendimento...: 470020 Convênio.: SPA SUS  
 Data Atendimento. Matrícula: 69800279906762  
 Médico Respons...: MARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO Guia.:  
 Recepção...: CRISTIANE Tipo de Atend...: AMBULATORIAL  
 Setor Atend....: CONSULTORIO Serviço: CONSULTA

## -----IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE-----

Paciente.: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA Pront: 134096  
 Dta Nasc.: 06/09/1988 - 29 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil: SOLTEIRO RG: 203602600000  
 Endereço.: RUA ANTONIO VICENTE DE MATOS 12  
 Cep.....: 63132070 Bairro: MURITI Município: CRATO  
 Estado...: CE Resp.: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA  
 Fone: 88992564503

## CONSULTA MÉDICA

## DIAGNÓSTICO

*Fratura do clavículo Dwy*

CONDUTA *grau de deslocamento / imobilização de fragmento perfurou a pele.*

## OCAMINHAMENTO

## NATUREZA DO ATENDIMENTO

[ ] Resid. [ ] Ambul. [ ] Intern. [ ] Outro [ ] Clínica [ ] Cirurg. [ ] Obst. [ ] Ped. [ ] Ortoped. [ ] Outro

## REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

RAIO-X

ULTRASSOM

ENDOSCOPIA

## MOTIVO DO ATENDIMENTO

*Tipos de MSD e medicado  
 Diagnóstico São Raimundo / caso p/ aguardar ag  
 cirurgia !!*

## PROCEDIMENTO

*Assinatura*

*de 10/18*

## DATA DO ATENDIMENTO:

Dr. (a) MARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES  
 CRM: 007304 CPF: 40357740300

*Cláudia Roberto Ferreira de Lima*  
 Paciente / Responsável

## RECEBIDO EM:

*25/10/18*



NOME DO PACIENTE

Elaine Reis Reis

IDADE

24

DATA

20/12/2017

CLINICA

APTO/LEITO

CIRURGIAO

Dr. Vitor

ANESTESISTA

Luis Henrique  
SEDICA  
CRM 3458  
CPF 123.333.114-49

PRE-MEDICACAO-DOSE-HORA-EFEITO

21:40 22:10

15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30

AGENTES

H2S  
O2Nefelos  
urinicos

X

PA  
V

70 240

PULSO  
S

35 220

ANES  
X

34 120

DP

32 180

TEMP  
▲

30 140

ASPIR  
A

120

RESPI  
O

160

RESPI  
O

80

RESPI  
O

60

RESPI  
O

40

RESPI  
O

20

Expir.  
Aerom.  
Ciclos

SÍMBOLOS

AGENTES

A. X

DOSES

B. 200 - 200

TÉCNICA

B. 200 - 200. Bl. mgm

C. 200 - 200. o. phos m

D. D. 200

E.

F.

G.

LÍQUIDOS

CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA

NASO/OROTRAQUEAL - CEGA

BAL. - TAMP. - CALIBRE DO TUBO

SOB - MASCARA

DIFICULDADE TÉCNICA

TEMPO DE ANESTESIA

TOTAL

30

ANOTAÇÕES

1  
2  
3  
4

OPERAÇÃO

Tumor de Cervix Cervical

Laringo-Esopasmo-Excesso Seco  
Depressão Respiratória-Hipoxia  
"BUCKING" - VômitoHipotensão-Arritmia  
BradíTaquicardia-Choque

ANESTESISTA

Luis Henrique  
CRM 3458  
CPF 123.333.114-49

CIRURGIAO

FERDA  
SANTOS

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Período: 2010-2011

Local: Hospital Universitário

Médico: Dr. Carimbo

Processo: 2010-2011

Operações: Pneumotórax

Ressecção: Laringe

Colostomia: DCO + Pneumostoma

Coronariotomia

Menos de 1000

Intubação: Non Reverso

Curativo

Tratamento

Data

Ass. e Carimbo do Anestesista

Data

Notar causas que justificam a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos

Data: 20/07

Cururgião

Unssoes Silva  
Tratamento: Drenagem de abscesso

Ass. e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Ass. e Carimbo

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 19/02/18 20:15

Paciente: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA  
Leito...: AN6.02

Atendimento: 470147

Prontuário: 134086  
Conv:SUS INTERNADOS

Técnico(a): MARIARITA

Anotações de Enfermagem: - 19/02/2018 20:15  
EVOLUI SEM QUETXAS COM FRATURA EM CLAVICULA DIREITA. AVP EM MSE PARA TERAPIA  
MEDICAMENTOSA. AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA AMANHA.  
PA:120/80  
T:36

Técnico(a): MARIA RITA TELES SELQUIOR  
COREN:551295-CE



**PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (ENFERMAGEM/OUTROS PROFISSIONAIS)**

Prescrição: 06177

Paciente: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA

Data Solic.: 19/02/2018 13:57:45

Data Pr. Ini: 19/02/2018 14H

Data Atend.: 19/02/2018 11:53:04

Sexo: MASCULINO

Convenio: SUS INSTITUCOES

Data Pr. Enc: 20/02/2018 14H

Prescrição: 106107

Atendimento: 470147(1)

Br.

Nom:

dt. Nasc.:

06/09/1988

29A 3M 13D

Lito:

AM6.02

Cuidados	Itens Código	Descrição	Pré-sequência
01		*AMPLIAR-DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM*	
02		PROGREDI-AMBIENTE CALMO E TRANQUILLO.	OK
03		EXPLICAR AO PACIENTE PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS.	
04		PROPORCIONAR SEGURANÇA DO PACIENTE.	OK
05		ESTABELESCER RELACIONAMENTO DE CONFIANÇA.	OK
06			OK

Ass. Prestador: Ronaldo C. de Souza 150.203

Ass. P. Enc.: Ronaldo C. de Souza 150.203

Ass. Atend.: Ronaldo C. de Souza 150.203

Ass. Convenio: Ronaldo C. de Souza 150.203

Ass. Pr. Enc.: Ronaldo C. de Souza 150.203

Ass. Atendimento: Ronaldo C. de Souza 150.203

Ass. Prescrição: Ronaldo C. de Souza 150.203

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 11:43

Paciente: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA  
Leito....: AM6.02  
Técnico(a): BIANCA

Prontuário: 134086  
Conv:SUS INTERNADOS

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 11:43

MANHÃ  
PACIENTE EM TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRº ULLISSES, COM HD: FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA. EVOLUI: CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COOPERATIVO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO, REALIZOU EXAMES LABORATÓRIAS. \*AGUARDA ECG VOLTAR DE LAUDO\*. SEGUO NO SEU LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGE.\* AGUARDA PROCEDIMENTO HOJE.

Bianca Maria Pereira da Costa  
Tec. de Enfermagem  
COREN-CE 001.165.019

*Bianca*  
Técnico(a): BIANCA MARIA PEREIRA DA COSTA  
COREN: 165019-CE

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 18:39

Paciente: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA  
Leito....: AM6.02  
Técnico(a): CAROLINA

Prontuário: 134086  
Conv:SUS INTERNADOS

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 17:36

TARDE  
CLIENTE COM HD: FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA POR DR. ULLISSES.  
FOI ENCAMINHADO AO BLOCO CIRÚRGICO ÀS 16:38 PERMANECE NO  
BLOCO CIRÚRGICO.

*Ana carolina inacio*  
Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO  
COREN: 1169836-CE

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
Fundação Leandro Bezerra de Menezes

FICHA DE EVOLUÇÃO MEDICA

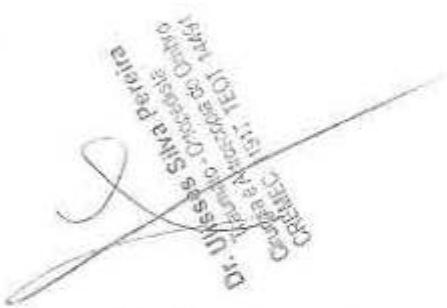
Paciente.....: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA  
Atendimento: 470147

Convênio: SUS-INTERNADOS

Prontuario: 134086 Leito.: AM6.02  
Médico.....: ULISSES

EVOLUÇÃO: 20/02/2018 19:18

PCT SUBMETIDA A OSTEOSINTSE DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA.  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS  
SOLICITO RX CONTROLE.

  
Médico(a)

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 15:04

Paciente: CLAUDIO ROBERTO PORPIRO DE LIMA  
Leito...: AM6.02  
Técnico(a): VIVI

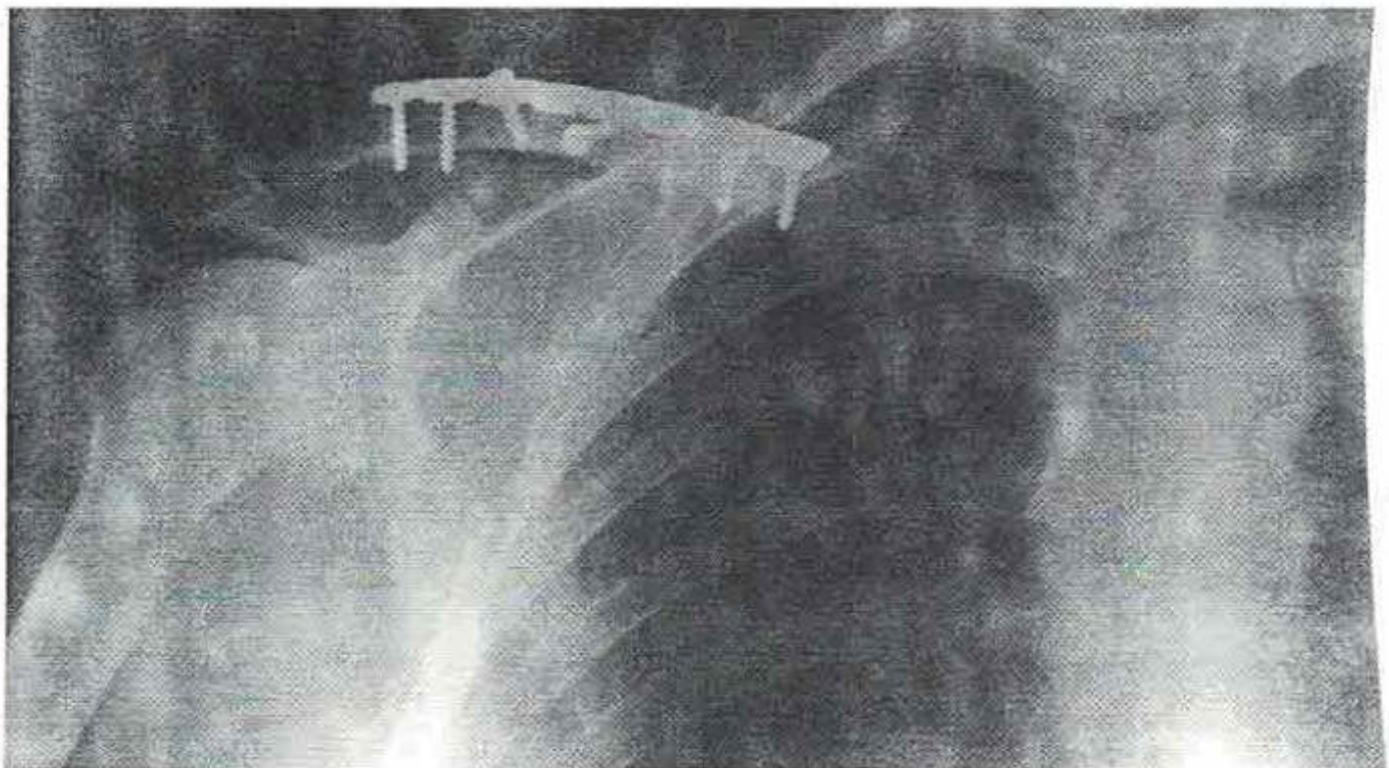
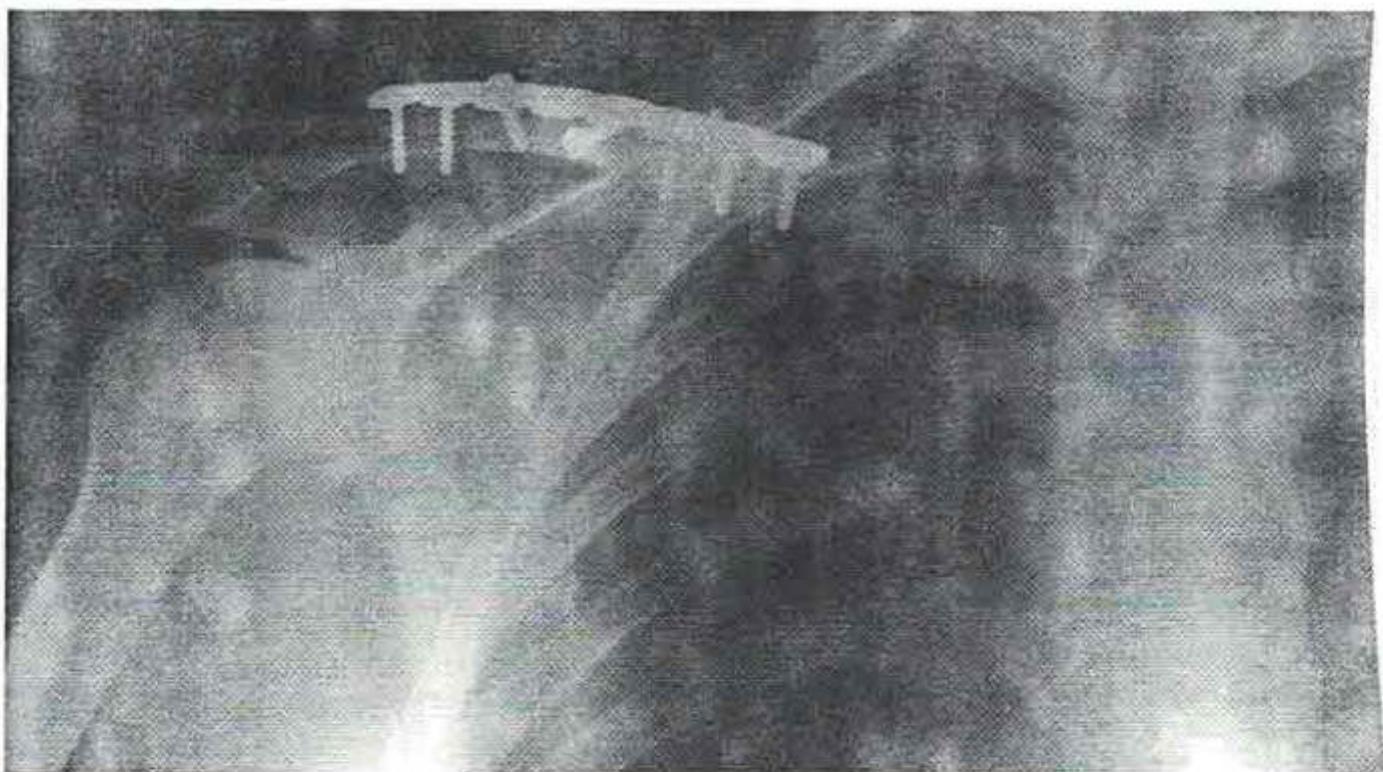
Atendimento: 470147

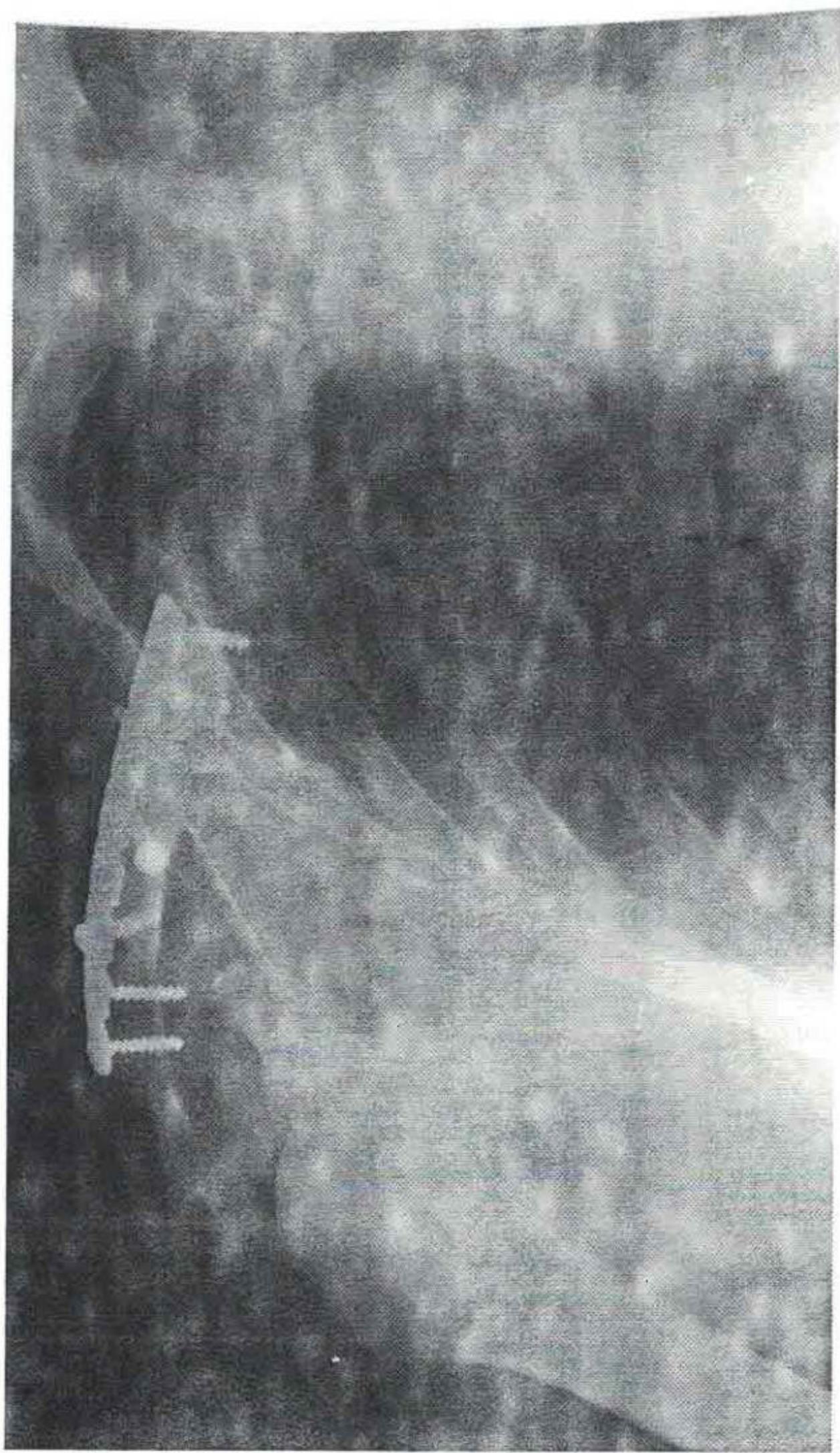
Frontuário: 134096  
Conv:SUS INTERNADOS

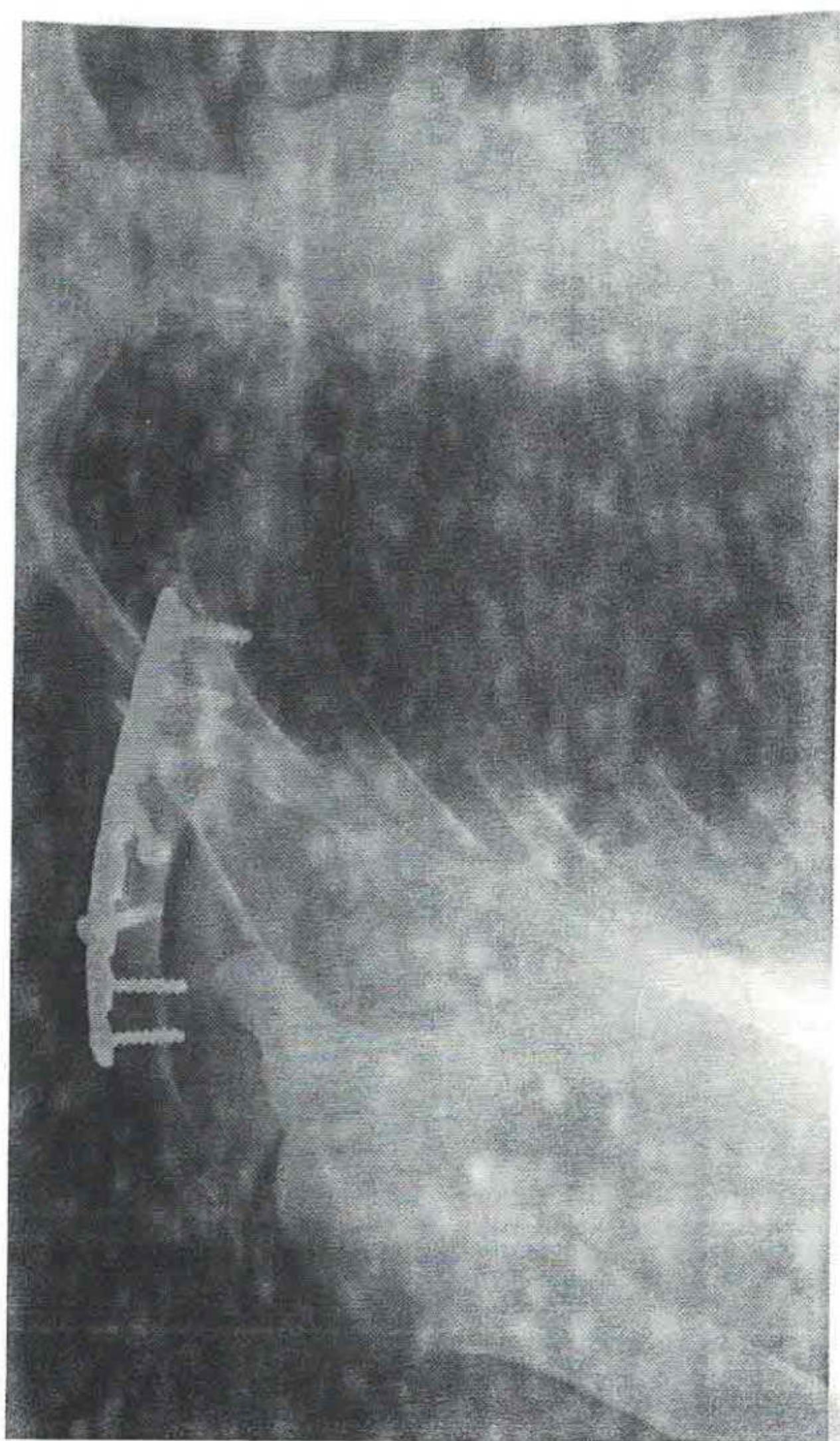
Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 15:04  
TARES

PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA E EM SEGUIDA RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

  
Viviane Maria  
Técnico(a) ENFERMAGEM  
COREN-CE 779297-CE  
COREN:779297-CE









RECEBIDO EM:  
25/10/18

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

616.452.963-85

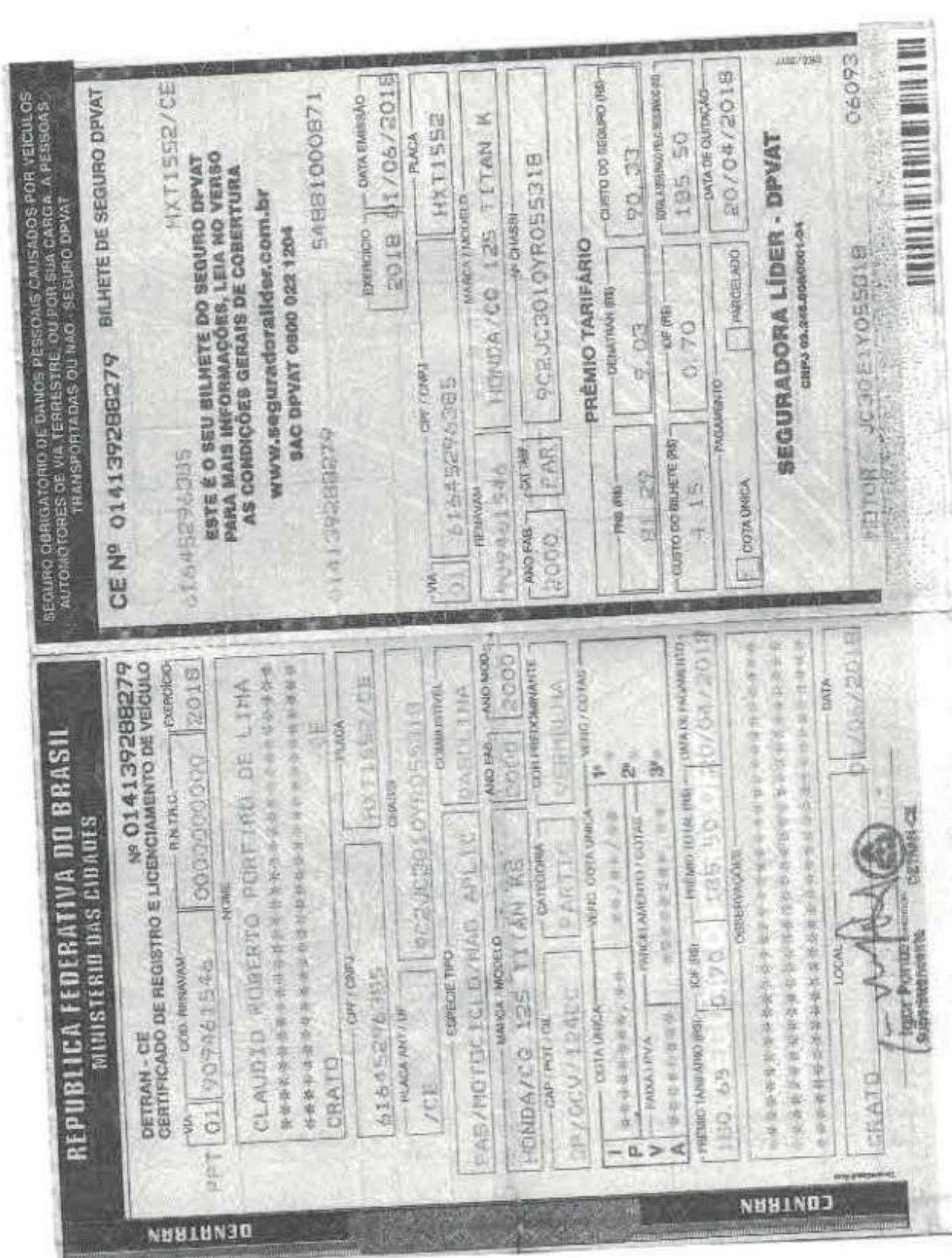
Nome

CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA

Nascimento

06/09/1988

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



RECEBIDO EM:  
25/10/19

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180503835      **Cidade:** Crato      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE      **Data do acidente:** 19/02/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
LIMA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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:** 3180503835      **Cidade:** Crato      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE      **Data do acidente:** 19/02/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
LIMA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>