

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

Carta nº 13524007



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 616.452.963-85 Nome completo da vítima: CLAUDIO ROBERTO PONTFIRE DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: CLAUDIO ROBERTO PONTFIRE DE LIMA CPF: 616.452.963-85
Profissão: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO Endereço: RUA MOACIR GONDIM LOSSIO Número: 12 Complemento: CASA
Bairro: SÃO JOSE Cidade: CRATO Estado: CE CEP: 63133450
E-mail: _____ Tel (DDD): (88) 994560116

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 47125
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 Líder 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 (no 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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
registrada
em
cartão de
identificação
(se aplicável)

Local e Data: Crato - CE, 19.10.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Claudio Roberto Pontfiro de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª 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 RODO, 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 Nº 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 LOCIO
Complemento: PROXIMO DO CAMPO
Bairro: MURITI Município: CRATO/CE
Ponto de Referência:

Noticiante(a)

Nome: CLAUDIO ROBERTO PORFIRIO DE LIMA
Nascimento: 06/09/1988 CPF:
RG: 20060340060006 Órgão Emissor: SSP UF:
Filiação: RITA PORFIRIO DE LIMA
DOMINGOS SAVIO DE LIMA
Endereço: RUA MOACIR GONDIM LOCDIO, 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:
9C2JC3010YR055318 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 PORFIRIO 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.

Obs. Segue em anexo cópia de documentação.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Claudio Roberto Porfiro de Lima

VISTO DO DELEGADO(A):

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
CONSIDERAR EM 10/02/2018 13:15:12

RECEBIDO EM:

25/10/18

DOCUMENTO
ORIGINAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 10/02/2018 13:15:12



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ORATO



Impresso nº 2018162437

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 7481 / 2018

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 616.452.963-85 Nome completo da vítima: CLAUDIO ROBERTO PONTFIRE DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: CLAUDIO ROBERTO PONTFIRE DE LIMA CPF: 616.452.963-85
Profissão: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO Endereço: RUA MOACIR GONDIM LOSSIO Número: 12 Complemento: CASA
Bairro: SÃO JOSE Cidade: CRATO Estado: CE CEP: 63133450
E-mail: _____ Tel (DDD): (88) 994560116

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 47125
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 Líder 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 (no 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e provarem 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
registrada
no sistema de
identificação
por impressão
digital

Local e Data: Crato - CE, 19.10.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Claudio Roberto Pontfiro de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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



FICHA DE INTERNAÇÃO

Prontuário Nº.: 134086
Internação Nº.: 470147

ATO DECLARATÓRIO

Impresso: 19/02/2018 11:54

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA | Nasç.: 06/09/1988 Idade: 29 Sexo: M
Respons.: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA

Matricula: 898002799067621

Endereço.: RUA ANTONIO VICENTE DE MATOS 1

Cidade.: CRATO

Filiação.: Mãe - RITA PORFIRO DE LIMA

CPF.: RG: 2006034060006

Raça.: PARDO

Profissão:

Bairro.: MURITI

Cep.: 63132070

Telefone: 88992564503

Pai - DOMINGOS SAVIO DE LIMA

UF: Orgão: Natural: CRATO

Est.Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: ULISSES SILVA PEREIRA

Clínica.: INTERN. CIRURGICA

Sector.: POSTO MASCULINO

Acomod.: AM04

Leito.: AM4.01 Trans.P/Leito: 6 Enf/Apto: 02

Cadastro.: CRISTIANE / Atendente: JARLIANE

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

Convênio.: SUS INTERNADOS

Carater.: URGENCIA

Tipo Acom.: ENFERMARIA TRAUMATO

RESUMO DE TRATAMENTO

ATIVO DO ATENDIMENTO

Doente vítima de acidente motorista

HDA:

Acidente de trânsito

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA =

FP =

TA =

ACV:

AR.:

ECG:

EUROLÓGICO:

ECG: AC =

RV =

PUPLOS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

Dispositivo de fixação cervical

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Fratura C4/C5

RESERVADO A RECEPCÃO

Nº DO UNISUS: 13150017214

ASS.: *Wanda* 19.02.18

TRANSF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA: Curada

ALTA EM: 21/02/2018

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(A): 11912

EBIDU

25.10.18

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

Este documento é válido para a prestação de serviços de energia elétrica e não pode ser utilizado para fins de cobrança de valores em espécie.

DO CLIENTE
5570275
Para garantir seu atendimento, utilize este número sempre que entrar em contato conosco.

Atividade: Serviço de Energia Elétrica
Inscrição: 00000000000000000000
Data de Emissão: 24/09/2018
Companhia Energética de Goiás
Rua Pedro Vitorino, 100
CEP: 74015-010 (Porto Alegre)
CNPJ: 07.047.225/0001-91



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B | SERIE B-4 | 1P
Rota: 16 11003 01 131000 - 8 Data de Emissão: 24/09/2018
Nome: ANTONIA DO VALE PEREIRA LIMA
End. Postal: RU MOACIR GONDIM LOSSTO 00012 CS A
SAO JOSE - CRATO - 63133450
Medidor: 4905411 Poste: 0000 D01N
Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ: 298902778-50 CGP

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Período Faturado	Voltagem	Qualidade	Índice
Sep/2018	24/09/2018	25/10/2018	127V	0,00 P	0,00
ICMS			Tributos Individuais		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Imposto	Tributo	Valor
ISENTO			10,44	28,00	41,74
			7,52	15,04	22,56
			5,50		5,50

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO									
Let. Anterior	Let. Atual	Consumo	Consumo Médio	Consumo Indiv.	Consum. P. 12	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
22	23	515	1,00	50	0,80	2,39	12,10	12,10	12,10
24/09/18	24/09/18			50			12,10		

DESCRIÇÃO		VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES		24,91
CORREÇÃO MONETARIA DO MES		0,16
JUROS DO MES		0,29
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL		2,92
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA		0,55
COB. SALDO FATURA ANTERIOR		27,09
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,37)		

VENCIMENTO 01/10/2018 **TOTAL PAGAR (R\$) 55,92**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	12,01	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Transmissão	1,95	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Distribuição	1,50	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Impostos Sotórios	2,05	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Tributos (PIS/COFINS)	1,17	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
TOTAL	25,46	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compare seus hábitos pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg CO₂: 35,14 Consumo kg CO₂: 0,00 Consumo Total kg CO₂: 0,00
Para garantir sua conta em débito automático utilize seu número do cliente 5570275 e digite VERIFICAR.

RECEBIDO EM:
25/10/18

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão:

N. Atendimento....: 470020

Convênio.: SPA SUS

Data Atendimento:

Matrícula: 808002799067621

Médico Respons.: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO

Guia.:

Recepcionista....: CRISTIANE

Tipo de Atend.: AMBULATORIAL

Setor Atend.....: CONSULTORIO

Serviço: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA

Pront.: 134086

Data Nasc.: 06/09/1988 - 29

Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil: SOLTEIRO

RG: 2006024060000

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 da clavícula Dwy

CONDUTA

grande drcio / Imobilização de
fractura perfurar a pele.

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

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

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☒ RAIO-X☐ ULTRASSOM☐ ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Tipos MSD e Medicação
p/ caso p/ Aguardar
cirurgia!!

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAME

DATA DO ATENDIMENTO:

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

Paciente / Responsável

RECEBIDO EM:

25/10/18

NOME DO PACIENTE

Elaine Roberto Reis

IDADE

29

DATA

20/2/2014

CLÍNICA

APTO./LEITO

CIRURGIÃO

Dr. Vitorino

ANESTESISTA

Leticia M. Ribeiro Lopes Landim

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

21:40'

22:10'

MEDICAÇÃO
- URM 3458
CPF 123.567.174-49

AGENTES	N2O	O2	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45															
PA	120																	
V	62																	
PULSO																		
9																		
ANES																		
X																		
SP																		
TEMP																		
ASPIR																		
A																		
RESPIR																		
O																		
Expir.																		
Aspir.																		
Consumo																		

SÍMBOLOS

AGENTES

DOSES

TÉCNICA

ANOTAÇÕES

A. 10ml - 30ml

B. 10ml - 20ml

C. 10ml - 15ml

D. 10ml - 15ml

E.

F.

G.

LÍQUIDOS

5ml

CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA
NASO/OROTRAQUEAL - CEGA
BAL. - TAMP. - CALIBRE DO TUBO
SOS - MÁSCARA
DIFICULDADE TÉCNICA

TEMPO DE ANESTESIA

TOTAL

OPERAÇÃO

ANESTESISTA

CIRURGIÃO

Laringo-Espasmo-Excesso Secre.
Depressão Respiratória-Hipoxia
"SUCCINO" - vômitoHemorragia-Arritmia
Bradi-Taquicardia-ChoquePERDA
SANGUÍNEA

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

Per 308 45110 1/2

Asbury in Place for 1897

Apocynum L.

Debeso Jorgi A. Cruz Cruz

for friends

Neuhaus & Finken

Cl Place DCP & Pennfords

2007-01-02

44557

Picture von Plonon

Chaitin

Ther.

Date 2/2/17

Cirurgião

1° Auxiliar

Ass. e Câmara do Cirurgião

2^o Auxiliar

3° Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

Assi. e Carimbo

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Data

Ass. e Carimbo do Anestesiologista

Realizar consultas que justifiquem, a longo duração da operação da assistência e um maior consumo do material e medicamentoso.

Ass. e Carimbo do Anestesiista - CRM

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 19/02/16 20:15

Paciente: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA

Leito...: AM6.02

Técnico(a): MARIARITA

Atendimento: 470147

Prontuario: 134086

Conv: SUS INTERNADOS

Anotações de Enfermagem: - 19/02/2016 20:15

EVOLUI SEM QUETXAS COM FRATURA EM CLAVICULA DIREITA. AVF EM MSE PARA TERAPIA
MEDICAMENTOSA. AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA AMANHA.

PA: 120/80

T: 36



Técnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR

COREN: 551295-CE

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (ENFERMAGEM/OUT OS PROFISSIONAIS)

Prescrição: 106107

[*],1

Paciente: CLAUDIO ROBERTO PORFIRO DE LIMA
Data Solic: 19/02/2018 11:57:45
Data Pr Inl: 19/02/2018 14H
Data Atend: 19/02/2018 11:53:06

Sexo: MASCULINO
Convênio: SUS INTERMEDIOS
Data Pr Enc: 20/02/2018 14H
Atendimento: 47014702

Dt Nasc: 06/09/1986 25A 5M 13D
Prescrição: 106107

Leitor: AM6.02

Cuidados	Item Código	Descrição	Frequência
01		*ANLISE DAS MANIFESTAÇÕES DE ENFERMAGEM*	
02		PROPORCIONAR AMBIENTE CALMO E TRANQUÍLO.	OK
03		EXPLICAR AO PACIENTE PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS.	OK
04		PROPORCIONAR SEGURANÇA DO PACIENTE.	OK
05		ESTABELECEER RELAÇÃO DE CONFIANÇA.	OK
06			OK

Ass. Prestador:

Ranudo de Almeida

15/02/2018

RECEITA DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA (COMBR 201921)

350290

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

Prontuario: 134086
Conv: SUS INTERNADOS

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

MANHÃ
PACIENTE EM TRATAMENTO CIRURGICO COM DRº ULISSES, COM HD: FRATURA EM CLAVICULA DIREITA. EVOLUI: CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COOPERATIVO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO, REALIZOU EXAMES LABORATORIAIS. *AGUARDA ECG VOLTAR DE LAUDO*. SEGUE NO SEU LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. * AGUARDA PROCEDIMENTO HOJE.

Bianca Maria Pereira da Costa
Tec. de Enfermagem
COREN-CE 001.185.019

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

Prontuario: 134086
Conv: SUS INTERNADOS

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

TARDE
CLIENTE COM HD: FRATURA EM CLAVICULA DIREITA POR DR. ULISSES. FOI ENCAMINHADO AO BLOCO CIRURGICO AS 16:38 FICANDO NO BLOCO CIRURGICO.

Ana Carolina Inacio Furtado
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 OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS
SOLICITO RX CONTROLE


Médico(a)

Dr. Ulisses Silva Pereira
CRM: 15117 TEOD 1491
Graduação em Medicina
CRM: 15117 TEOD 1491

HOSPITAL SÃO 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

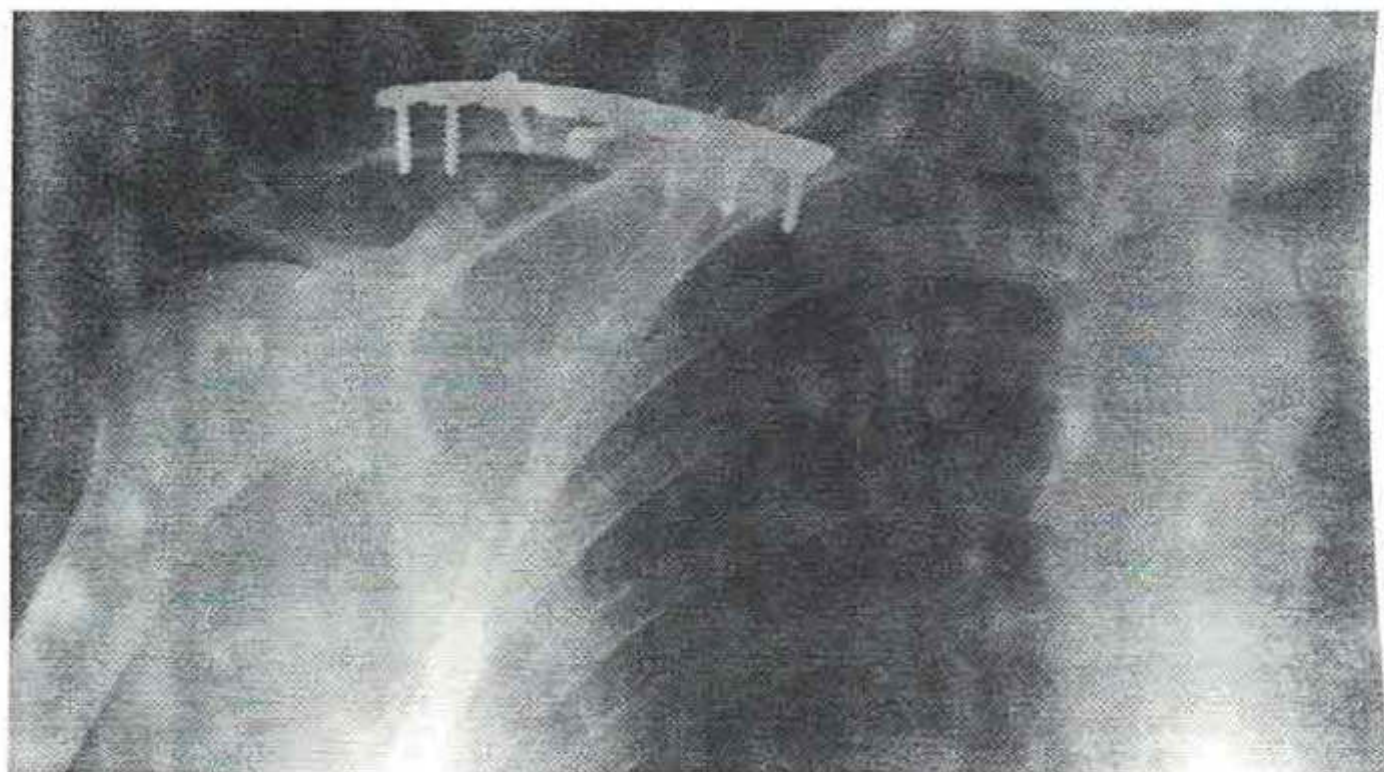
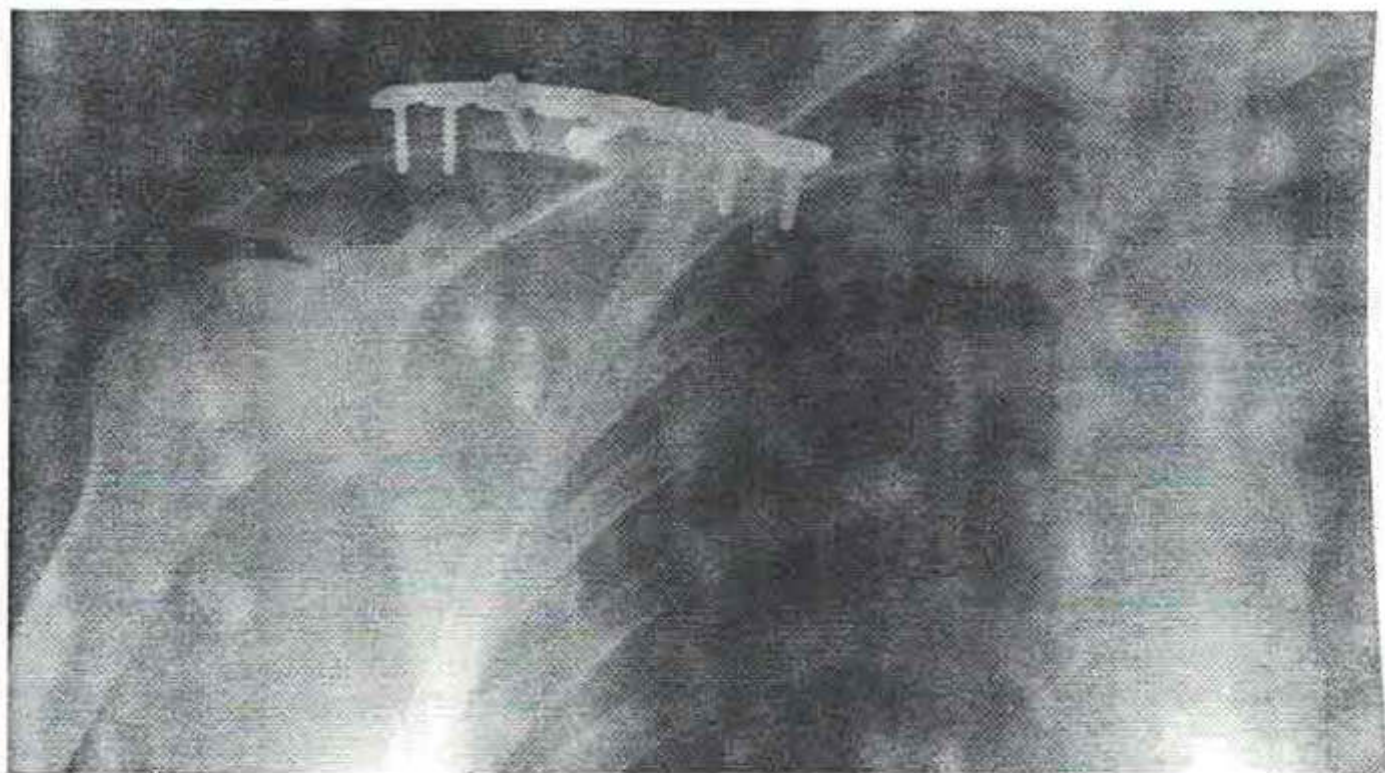
Prontuario: 134086

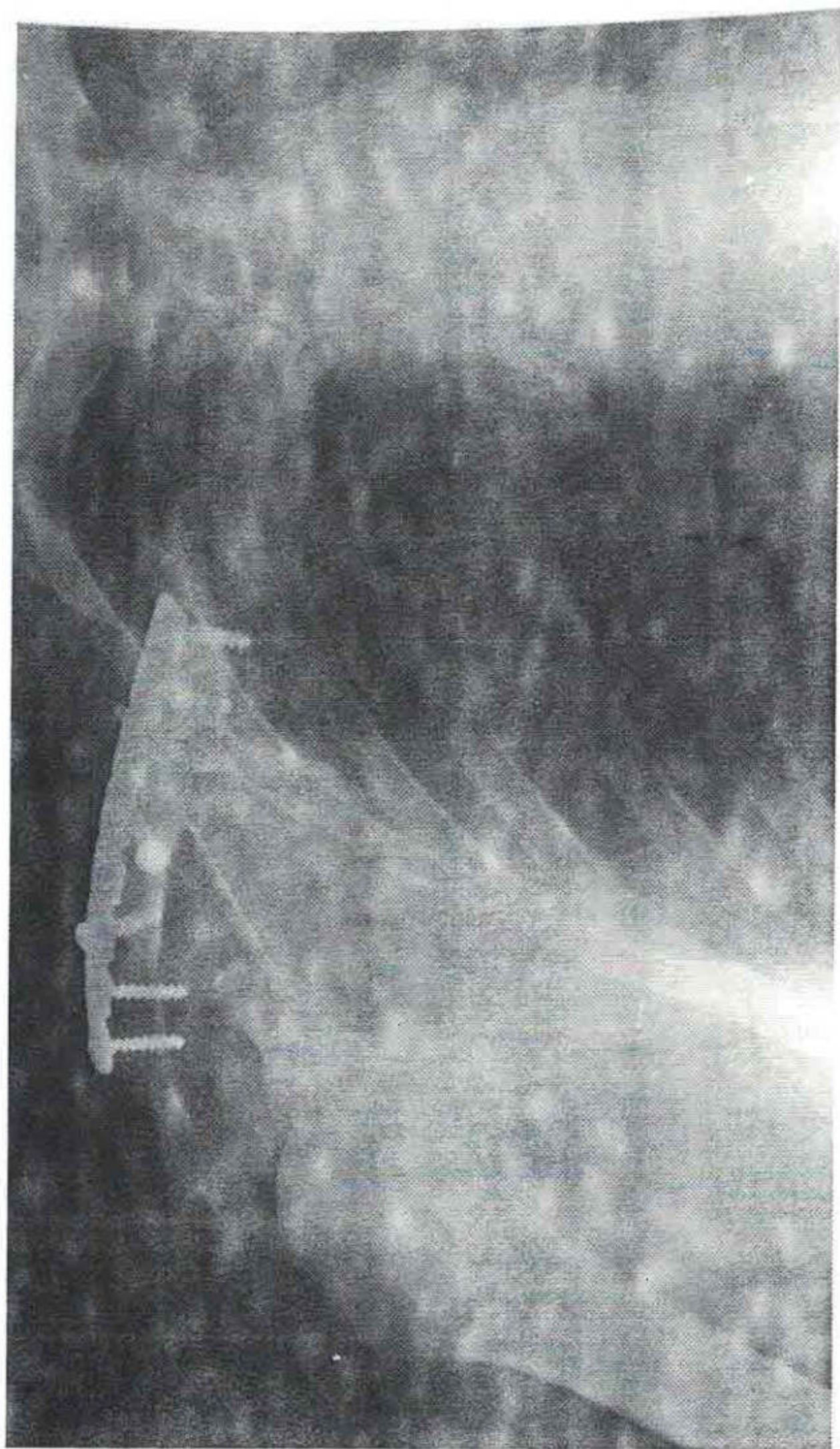
Conv: SUS INTERNADOS

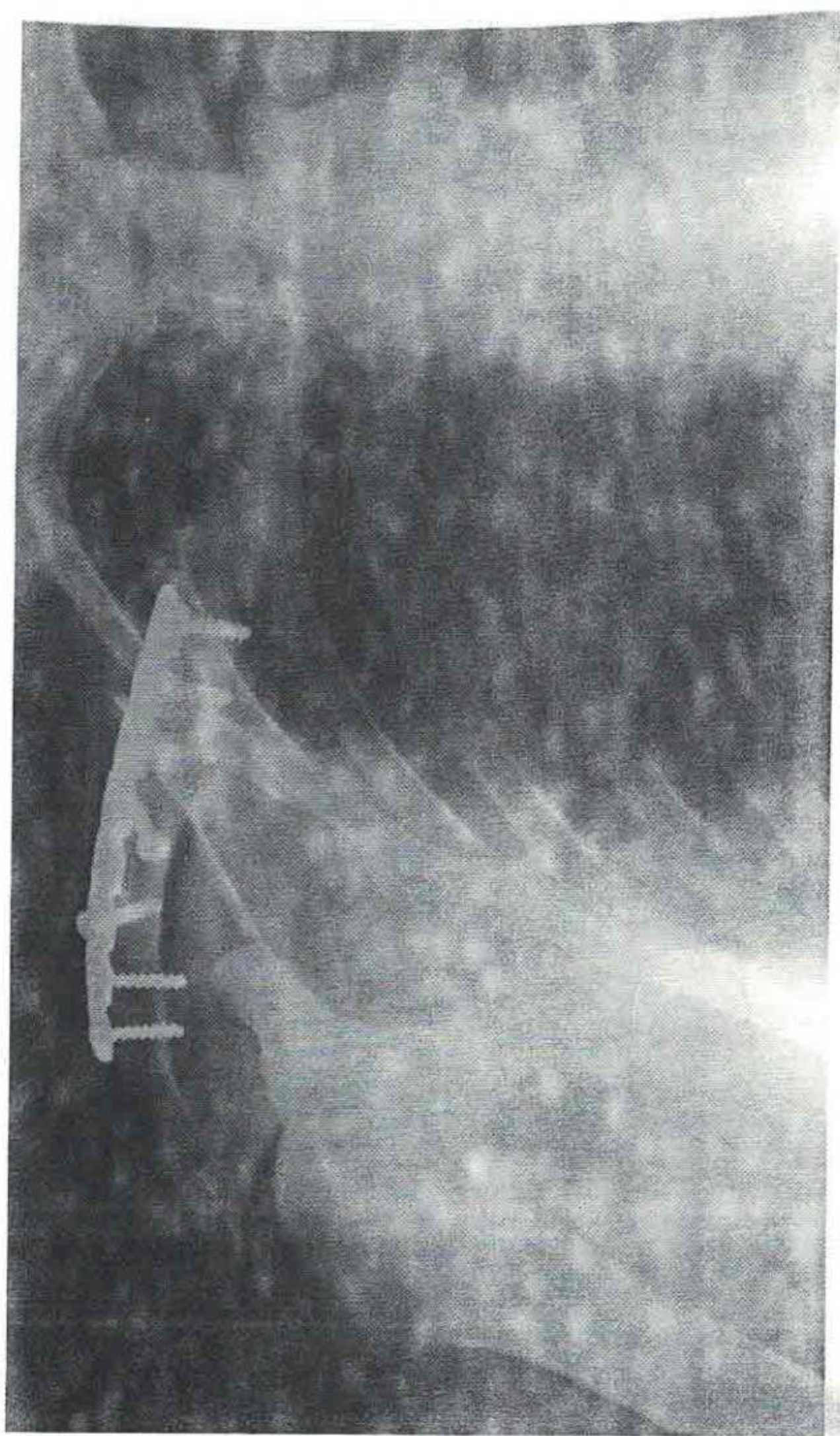
Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 15:04
TARDE

PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA E EM SEGUIDA RECEBEU ALTA HOSPITALAR.


Viviane Maria
Técnica de Enfermagem
TANIA DA SILVA
COREN-CE 779297
COREN: 779297-CE









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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014139288279
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO: 2018
RNTTC: 0003000000
VIA: 01 907461542

CRATO CLAUDIO ROBERTO PORFÍRIO DE LIMA

CRATO 61545276385

PLACA RNTTC / DF: 014139288279

ESPECIE TIPO: COMPLETO

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

FAV/MOTOCICLETA/NAO APLIC. 014139288279

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

CE Nº 014139288279 BILHETE DE SEGURO DPVAT

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

61545276385

RECEBIDO EM:
25/10/19

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2018

Valoração 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

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 LIMA **Data do acidente:** 19/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2018

Valoração 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

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50