

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190442059 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE, COM HEDA TEMPORAL DIREITA, FOCOS CONTUSIONAIS NO CÓRTEX TEMPORAL DIREITO, PNEUMOENCEFALO E FRATURAS DO ARCO ZIGOMÁTICO E ESFENOIDE DIREITO.

Descrição do exame físico: ASSIMETRIA FACIAL, CREPITAÇÃO ARTICULAR DA ATM, ESTRABISMO DIVERGENTE DO OLHO ESQUERDO, DISTÚRBIO DO EQUILÍBRIO E HUMOR, HIDANTAL REGULAR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA ATM. PERDA VISUAL ESQUERDA SEM COMPROVAÇÃO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 25.409.016/0001-83 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 08/08/2016
NOME EMPRESARIAL EDILENE SOARES ROCHA 65073487320			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) JPE DPVAT			PORTE ME
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - Empresário (Individual)			
LOGRADOURO AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA	NÚMERO 970	COMPLEMENTO	
CEP 63.600-000	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SENADOR POMPEU	UF CE
ENDEREÇO ELETRÔNICO jpedpvt.senpmilha@yahoo.com.br		TELEFONE (88) 9667-5407	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 08/08/2016	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 05/06/2018 às 13:09:03 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Certificado da Condição de Microempreendedor Individual



Identificação

Nome Empresarial

EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

Nome do Empresário

EDILENE SOARES ROCHA

Nome Fantasia

JPE DPVAT

Capital Social

15.000,00

Número Identidade

291827694

Orgão Emissor

SSP

UF Emissor

CE

CPF

650.734.873-20

Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente

ATIVO

Data de Início da Situação Cadastral Vigente

08/08/2016

Números de Registro

CNPJ

25.409.016/0001-83

NIRE

23-8-0251434-0

Endereço Comercial

CEP

63600-000

Logradouro

AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA

Número

970

Bairro

CENTRO

Município

SENADOR POMPEU

UF

CE

Atividades

Data de Início de Atividades

08/08/2016

Forma de Atuação

Estabelecimento fixo

Ocupação Principal

Digitador(a) independente

Atividade Principal (CNAE)

82.19-9/99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

Ocupações Secundárias

Arquivista de documentos

Atividades Secundárias (CNAE)

82.11-3/00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço: <http://www.portaldomicroempreendedor.gov.br/> Certificado emitido com base na Resolução no 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM. ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento. Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/fcpj/consulta.asp>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - CE Nº 013789135592
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ANTO 01 941006425 0000000000 2018

SAMUEL MOREIRA DE SOUZA
SENADOR POMPEU/CE

06245169380 HYL8775

06245169380 9C2JC30708R052290

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. CASOLINA

HONDA/CG 125 FAN 2007 2008

2P/OCV/124CC PARTIC PRETA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65
IOF (R\$) 0.70
PREMIO TOTAL (R\$) 185.50
DATA DE PAGAMENTO 01/06/2018

SENADOR POMPEU/CE
06/06/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUANTO A SUA CARGA, A PESSOAS E
TRANSPORTADORA QUANDO SEGURO DPVAT

CE Nº 013789135592 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018
06245169380 HYL8775

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradorailder.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
013789135592 84888781369

01 06245169380 HYL8775

941006425 HONDA/CG 125 FAN

2007 09 9C2JC30708R052290

PREMIO TARIFARIO
R\$ (R\$) 81.29
Defectivos (R\$) 9.03
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.70
TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 185.50

X COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 01/06/2018

PROPRIETARIO
LOTE/DOSEGUARDADORA FIDARREDPVAT
MOTOR: JC30E78052290 001/0001-04

SET-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

Polegar Direito

Francisco Daniel Moreira de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007052736-3 DATA DE EXPIRAÇÃO 28/09/2010

NOME FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO ANTONIO GONÇALVES DE SOUZA
ANTONIETA MOREIRA SILVA DE SOUZA

NATURALIDADE SENADOR PONPEU - CE DATA DE NASCIMENTO 28/12/1993

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SÃO JOAQUIM DO SALGADO TERMO: 1830
FOLHA: 230-V LIVRO: A-04 SENADOR PONPEU

CPF 2. YTA

Francisco Daniel Moreira de Souza
ASSINATURA DO DETENTOR

P.: 27

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
066.416.233-94

Nome
FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

Nascimento
28/12/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Vítima

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Samuel Moreira de Souza
RG nº 2007616242-1, data de expedição 27/07/10
Órgão SSPDs-CE, portador do CPF nº 062.451.693-80
com domicílio na cidade de Santa do pompeu, no Estado de Ceará
Sítio Affonso, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 514
complemento zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francisco Daniel Moreira de Souza, cujo o condutor era
Francisco Daniel Moreira de Souza
Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 125 FAN Ano: 2007-2008
Placa: HYL 8775 Chassi: 9C2JC30708R052290
Data do Acidente: 24/02/19

Local e Data: Santa do pompeu - CE 13 de julho de 2019

q. SAMUEL MOREIRA DE SOUZA

Assinatura do Declarante

Francisco Daniel Moreira de Souza

Assinatura do Condutor

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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Edilene Soares Rocho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

25.409.016/0001-83

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fco Daniel Moreira de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.416.233-94

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Fco Daniel M. de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

066.416.233-94

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av. Francisco Franco Cambaia</u>	Número:	<u>970</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Senador Pompeu</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:		CEP:	<u>63.600.000</u>	Tel. (DDD):	<u>(88) 99972-3424</u>

Local e Data:

SENADOR POMPEU - 22/07/2019

Edilene Soares Rocho

Assinatura do Declarante

Nº DO CLIENTE
5137912-0
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.042.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 572815459

Rota 24 14005 13 001000 - 7 Data de Emissão 07/05/2019

Nome ANTONIETA MOREIRA DA SILVA

End. Postal VL ALFERES 00023

DT SAO JOAQUIM - SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 10119977

Poste 0000 0000

Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 977186373-87

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2019	07/06/2019	07/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SEMELAR P-1000
Mês Mai/2019 EUSD 21,78
DICI = 0,38 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	10,44	20,88	41,76	1,74	1,74	0,00
FIC	1,52	15,04	30,09	1,00	1,00	0,00
DMIC	5,58			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3372.3338.1690.61E9.AA10.1065.2148.7F08

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 11373	11264	1,00	89	0,00	89	0,39100	34,92
07/05/19	04/04/19		33 DIAS		89		34,92

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	34,92
JUROS DO MES	0,26
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	20,55
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,20)	

VENCIMENTO 14/06/2019

TOTAL PAGAR (R\$) 55,73

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	18,53
Transmissão	1,47
Distribuição	10,99
Encargos Setoriais	2,47
Tributos (ICMS FISC. COFINS) ...	1,56
TOTAL	34,92

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

10	99	99	99	99	91	101	90	115	89	95	88	82	82
FEV	MAI	ABR	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
34,75	0,00	0%

PARA CONSULTAR SEU CONSUMO EM TEMPO REAL, UTILIZE O APP

*PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO, UTILIZE O APP

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

066.416.233-94

Fco Daniel Moreira de Souza

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Francisco Daniel Moreira de Souza

066.416.233-94

Agente

VL. Alfons

23

St. S. Joaquim

zona rural

Senador Pompeu

ceara

63.600-000

(88) 99972-3424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

0754

CONTA:

48002

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SENADOR POMPEU - CE 22/07/2019

x Francisco Daniel Moreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PROVA DO ATO DE LABORATÓRIO

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 24/02/19

HORÁRIO: 19:05

ATENDIMENTO Nº: 75

DADOS DO PACIENTE:

NOME: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 28/12/93 IDADE: 25 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
MÃE: ANTÔNIA MOREIRA SILVA DE SOUZA SUS: 298 0004 9633 9635
NATURALIDADE: S. POMPEU - CE PROFISSÃO: AGRICULTOR
ENDEREÇO: SÍTIO ALFREDO BAIRRO: Z. RURAL CEP: 63.600-000
CIDADE: S. POMPEU - CE ESTADO: CE TELEFONE: (88) 99754-1409
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPD₂: % FG: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP: Deu uma solução queimada de urato c/ TCE grave
HDA:

DIAGNOSTICO: TCE grave

PRESCRIÇÃO: SF 0,9% 500ml EV 500 (19:10)
SRL 2000ml EV 500 (19:20) 500 (19:30) 500 (19:40) 500 (19:50)
5 amp midazolam + AD, EV > 21:00
2 amp fentanyl EV
Hidrocortisona 300mg + SF 0,9% 100ml EV > 21:25
2 amp tramadol + SF 0,9% 100ml EV

Carimbo Assinatura Médico

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM

Ass. do Técnico(a)

Nara Luíza de S. M. Barreto
COREN 402.012
ENFERMEIRA

Comprou original
11/03/19
clm

S. DANIEL MOREIRA DE SOUZA
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

INSTITUTO
COMPARTILHA
SABIA

Uma história única compartilhada e vivida.
Apelo à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE

M H
S I
MATERNIDADE HOSPITAL
SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2019467787



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 870 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2019 10:15:15**
Data / Hora da Ocorrência: **24/02/2019 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO SÃO JOAQUIM**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA**
Nascimento: **28/12/1993** CPF: **066.416.233-94**
RG: **20070527363** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIÊTA MOREIRA SILVA DE SOUZA**
ANTONIO GONÇALVES DE SOUZA
Endereço: **SITIO SÃO JOAQUIM**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYL8775** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:
9C2JC30708R052290 Renavam: **941006425** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2007 Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **SAMUEL MOREIRA DE SOUZA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma a vítima, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que estava conduzindo o veículo acima mencionado, estava vindo do sitio são joaquim na Cidade Senador Pompeu/CE, chegando perto do sitio alferes a vítima perdeu o controle da motocicleta vindo a cair no solo; Que a vítima não se lembra o que aconteceu depois do acidente pois ficou desacordado no Local; Que foi socorrido por populares e levado para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu/CE; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o Senhor Antonio Gonçalves de Souza e a Senhor Samuel Moreira de Souza, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 11/07/2019 10:20:52

Impresso em: 11/07/2019 10:20:52

Jer Beserra dos Santos
Delegado de Polícia Civil
Mat. 300.828-1-X



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2019467787



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 870 / 2019

ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ** Francisco Daniel Moreira de Souza*

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BEZERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

Helder Bezerra dos Santos
Delegado de Polícia Civil
Mat. 300.820-1-X

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190442059
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Daniel Moreira de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): VI Alferes, S/N
Dt S Joaquimsenador Pompeu Fortaleza CE CEP: 60175-090
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20070527363
Data local do acidente: [24/02/2019]
Data local do exame: [15/08/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE GRAVE, COM HEDA TEMPORAL DIREITA, FOCOS CONTUSIONAIS NO CÓRTEX TEMPORAL DIREITO, PNEUMOENCEFALO E FRATURAS DO ARCO ZIGOMÁTICO E ESFENOIDE DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: CRISE CONVULSIVA, ASSIMETRIA FACIAL E ESTRABISMO DIVERGENTE DO OLHO ESQUERDO.
Data da Alta: 10/06/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ASSIMETRIA FACIAL, CREPITAÇÃO ARTICULAR DA ATM, ESTRABISMO DIVERGENTE DO OLHO ESQUERDO, DISTÚRBIO DO EQUILÍBRIO E HUMOR, HIDANTAL REGULAR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA ATM. PERDA VISUAL ESQUERDA SEM COMPROVAÇÃO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEBILIDADE LEVE DA FACE E SNC, PELA ASSIMETRIA FACIAL, CRISE CONVULSIVA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR DA ATM.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

066.416.233-94

Fco Daniel Moreira de Souza

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0754 CONTA: 48002 0

AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasolturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SENADOR POMPEU - 22/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190442059

Vítima: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000754

Conta: 0000048002-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190442059

Vítima: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190442059

Vítima: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 21/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000048002-0

Nr. da Autenticação 6409A7B42C44F4A9

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248786/19

Vítima: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

CPF: 066.416.233-94

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DANIEL
MOREIRA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDILENE SOARES ROCHA : 25.409.016/0001-83

Declaração Circular SUSEP 445/12
Estatuto ou contrato social
Procuração

FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA : 066.416.233-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019
Nome: EDILENE SOARES ROCHA
CNPJ: 25.409.016/0001-83

EDILENE SOARES ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Daniel Moreira de Souza brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Vl. Affonso, nº 23, bairro Zona Rural, Município de S. Pompeu, Estado de(o) Ceará, Cep: 63.600.000, portador(a) do Rg nº 200.705.273-63, SSP/ CE e CPF nº 066.416.233-94

Outorgado: Edilene Soares Rocha, brasileira, solteira, autônoma, residente e domiciliado(a) à Av. Francisco Franca Cambraia, 970, bairro Centro, Município de Senador Pompeu, Estado do Ceará, CEP 63.600-000, portador do RG nº 20170636709 SSPDS-CE e CPF nº 650.734.873-20;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Fco Daniel Moreira de Souza ocorrido em 24/02/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo:

Indeniz

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato. E todas e quaisquer informações prestada para procedimento neste processo de DPVAT são de total e exclusiva responsabilidade da vítima, devendo ficar ciente de que informações falsas podem gerar responsabilidade penal para o mesmo. De acordo com o artigo 229 do código penal brasileiro.

Senador Pompeu - CE, 13 de Julho de 2019.

Assinatura: Francisco Daniel Moreira de Souza

Nome do Outorgante: Fco Daniel M. de Souza

CPF nº 066.416.233-94

02

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Nº CQ 382246

Senador Pompeu - CE - CEP 63600-000

Cidade 33520-51

Assinatura a(s) ilhas(s) de Francisco

Daniel Moreira de Souza

Assinatura autenticada por Sistema de Assinatura Digital

Assinatura de Daniel de Souza

07/19

Marta Neiva Vinheiro

Oficial Interina

Danielle de Oliveira Ferreira

Oficial Substituta

☒

PROVA DO ATO DE LABORATÓRIO

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 24/02/19

HORÁRIO: 19:05

ATENDIMENTO Nº: 75

DADOS DO PACIENTE:

NOME: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 28/12/93 IDADE: 25 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
MÃE: ANTÔNIA MOREIRA SILVA DE SOUZA SUS: 298 0004 9633 9635
NATURALIDADE: S. POMPEU - CE PROFISSÃO: AGRICULTOR
ENDEREÇO: SÍTIO ALFREDO BAIRRO: Z. RURAL CEP: 63.600-000
CIDADE: S. POMPEU - CE ESTADO: CE TELEFONE: (88) 99754-1409
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPD₂: % FG: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP: Deu uma solução queimada de urato c/ TCE grave
HDA:

DIAGNOSTICO: TCE grave

PRESCRIÇÃO: SF 0,9% 500ml EV 500 (19:10)
SRL 2000ml EV 500 (19:20) 500 (19:30) 500 (19:40) 500 (19:50)
5 amp midazolam + AD, EV > 21:00
2 amp fentanyl EV
hidrocortisona 300mg + SF 0,9% 100ml EV > 21:25
2 amp tramadol + SF 0,9% 100ml EV

Carimbo Assinatura Médico

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM

Ass. do Técnico(a)

Nara Luíza de S. M. Barreto
COREN 402.012
ENFERMEIRA

Compre o original
11/03/19
clm

S. DANIEL MOREIRA DE SOUZA
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

INSTITUTO
COMPARTILHA
SANTAS

Uma história única compartilhada e vivida.
Apelo à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE

M H
S I
MATERNIDADE HOSPITAL
SANTA ISABEL
SENADOR POMPEU

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 24 / 02 / 10

HORÁRIO: 19:05

ATENDIMENTO Nº: 75

DADOS DO PACIENTE:

NOME: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 28 / 12 / 83 IDADE: 25 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
MÃE: ANTONIETA MOREIRA SILVA DE SOUZA SUS: 858 0004 9633 9535
NATURALIDADE: S. POMPEU - CE PROFISSÃO: AGRICULTOR
ENDEREÇO: RUA ALFONSO BAIRRO: Z. RURAL CEP: 63.600.000
CIDADE: S. POMPEU - CE ESTADO: CE TELEFONE: (097) 54-14 09
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

CP: Deu em sono: queixas de vômito e TCE grave.
HDA:

DIAGNOSTICO: TCE grave

PRESCRIÇÃO: SF 0,9% Solu EV 500 (19:00)
S2 2000 ml EV 500 (19:00) 500 (19:00) 500 (19:00) 500 (19:00)
5 amp midazolam + AD, EV > 21:00
1 sup enteral EV
hidrocortisona 300mg + SF 0,9% 100ml EV > 21:25
2 sup tramadol + SF 0,9% 100ml EV

Carimbo Ass. do Médico

Ass. do Técnico(a)

Nara Lúcia de S. M. Barreto
COREN 142.942
ENFERMEIRA

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Compre Original
11/02/10

SILVIA MOREIRA DE SOUZA

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



Uma história única dedicada à vida.
Apelo à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE





INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
Barão do Rio Branco, 1816
CEP 68025-061, PABX
(85)3255.5000

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza
Prontuário: 5604686

Em 13/04/2019

Data de Nascimento: 1993-12-28

Data da Internação: 25/02/19

Unidade 16 Leito 1618

ADMISSÃO NO IJF - 25/02/2019

ADMISSÃO NA UTI - 26/02/2019

ADMISSÃO UNIDADE 16- 13/03/19

Paciente vítima de acidente de moto com trauma cranioencefalico grave intercorrendo com infeccoes hospitalares tratada e fistula carotidea cavernosa a direita submetido a embolização em 10.04.19. Recebe alta hospitalar em 13.04.19 para acompanhamento ambulatorial. No momento com proptose ocular em melhora, alimenta via oral, deambula com auxilio, eupneico, conciente e orientado. Necesista permanecer afastado de suas atividades laborativas.

Intercorrecias durante internação hospitalar:

Acidente moto + TCE grave (HEDA temporal D, em tratamento conservador) + HIC.

PAV Tratada.

Flebite tratada de MSE.

Otite média tratada. (perfuração MTE E MTD)

Fístula Carótida-cavernosa D (Proptose olho D+ Congestão ocular+ Alteração visual + Úlcera córnea D)

Exames laboratoriais:

- TC crânio (25/02/19) HEDA temporal D 23mm no assoalho fossa média, com moderado efeito de massa sobre o respectivo lobo temporal. focos contusionais córtex temporal D Linha média levemente desviada para E. Fraturas arco zigomático e esfenoide D. Pneumoencefalo.

- TC cervical (25/02/19) normal.

- FAST (25/02/19) normal.

- TC crânio (26/02/19) Fratura craniana temporal D. HEDA à D 2,6cm. Contusões hemorrágicas circundadas por edema no lobo temporal D. Hemossinus. Pneumoencefalo. Colapso parcial VLD associado a desvio contralateral das estruturas da linha média 0,4cm. Sistema ventricular anatômico. Cisternas preservadas.

- TC crânio (28/02/19) HEDA temporal D 2,6cm na medida latero-lateral (no plano axial). Pneumoencefalo.

Hemossinus. Fraturas osso temporal D, mastóide bilateral, arco zigomático e teto órbita D, asa maior esfenoide bilateral e parede seio esfenoidal, além fraturas seio maxilar D. Sulcos, fissuras e cisternas preservadas. Leve desvio linha média para E 0,4cm.

- Angio TC 07/03/19: Sifão carotideo anatômico, artérias cerebrais anteriores normais. Artérias cerebrais médias e seus ramos Sylvianos de aspecto normal. Artérias cerebrais posteriores normais. Artérias basilar e cerebelar sem alterações visíveis, Segmento V4 das artérias vertebrais de aspecto anatômico. Seios Venosos anatômicos e sem sinais de trombos endoluminais.

- TC de crânio 07/03/19: Parênquima encefálico com sinais de edema temporal a direita. Sistema ventricular anatômico. Linha media centrada. Cisternas preservadas, Fossa posterior sem alterações significativas, Hematoma extra axial temporal a direita medindo cerca de 22mm no AP. Traço de fratura temporal a direita, maxilar e asa do zigomático Ipsilateral esfenoide.

- Angio TC DE CRANIO 26.03.19 : nao obtive o laudo

- Tc de mastoide 26.03.19: fraturas acometendo o esporão de chausse e tegmen timpanico a direita bom como a parede inferior do conduto auditivo externo osseo homolateral. Fraturas acometendo arco zigomatico e fossa condilar a direita. Fratura na base do processo condilar na mandibula direita. Fratura acometendo o processo mastoide da mandibula a esquerda. Densificação de celulas aereas mastoideas e cavidade tipanica a direita.

- Arteriografia cerebral (realizada no HGF) 03/04/19: Fistula carotideo cavernosa direita.

Embolização de fistula carotidea cavernosa 10.04.19 HGF: EFETIVA (FISTULA CAROTIDA CAVERNOSA DIREITA COM FLUXO MODERADO PARA AMBOS OS SEIOS CAVERNOSOS, AO TERMINO DO PROCEDIMENTO OBSERVADA OCLUSAO DA ARTERIA CAROTIDA INTERNA DIREITA, COM PRESENÇA DE BOA CIRCULAÇÃO COLATERAL ATRAVES DO POLIGONO, TANTO POR ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR COMO COMUNICANTE POSTERIOR. RETORNO VENOSO NORMAL.

- Tc crânio 11.04.19: material metalico em regio paraclinoide direita e temporal direita.

CID 10: S069 I67.1

Marília Cavalcanti da Trindade
Clínica Médica - RQE nº 6788
Radiologia - RQE nº 6727
CRM - 155224

Marília Cavalcanti da Trindade / CRM 9824

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREGANTE		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente: <u>Fco Daniel Moura de Souza</u>		
Endereço: <u>Alexs SIN - Senador Pompeu</u>		
Prescrição: <u>2</u> <u>uso oral</u> <u>10 dias</u> <u>① Ciprofloxacino 500 - 20 comp</u> <u>01 comp - V.O. - 12/12 horas</u>		
Data: <u>29/03/2019</u>		Carimbo e Assinatura do Médico  <u>Musile</u>
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FONECEDOR
Nome:		Data: <u>/ /</u> Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.:	UF:	
Endereço:		
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREGADOR Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>Fco Daniel Moreira de Souza</i>		
Endereço: <i>Alfres 9N - Senador Pompeu</i>		
Prescrição: <i>2 uso local: 10 dias</i> <i>① Ofocimox — OL fr</i> <i>04 gotas no ouvido</i> <i>direito - 12/12 horas</i> <i>29.03 2019</i>		
Data: <i>11/1 2019</i>		Carimbo e Assinatura do Médico 
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
Nome:		Data: / / Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.:	UF:	
Endereço:		
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE
Paciente: <u>Francisco Daniel Moreira de Souza</u>		
Endereço: <u>Rua Alferes, s/n, Senador Pompeu</u>		
Prescrição: <u>OD</u> <u>20 gotas</u> <u>colun</u> ① <u>Zymar XA</u> <u>1 gota de 2/2h</u> <u>colun</u> ② <u>Azores</u> <u>-1 gota de 12/12h</u> <u>primar colun</u> ③ <u>Pegivac</u> <u>por 10 OD 4x 7h</u> Data: <u>01/04/19</u>		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: Nº Ident.: UF: Endereço: Nº: Bairro: Cidade: / UF: CEP: Tel.:		Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Ricardo Marinho Chefe de Equipe - OF CRM 5635
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome: Nº Ident.: UF: Endereço: Nº: Bairro: Cidade: / UF: CEP: Tel.:		Carimbo e Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU - CE.
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____
CRM _____ UF _____
Endereço: _____
Cidade _____
Telefone: _____

1ª. Via - Retenção de farmácia ou drogaria (Branca)
2ª. Via - Orientação ao paciente (Azul)

CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Filipe de Oliveira
Médico
CRM-CE 19753

Carimbo / Assinatura

Data 29 / 04 / 19

Paciente pac. Daniel Amorim

Endereço _____

Prescrição 100 mg

21. Amox. 500 mg

ver 3 dias 12 dias

Dr. Filipe de Oliveira
Médico
CRM-CE 19753

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____
RG _____ Org. Emissor _____
Endereço _____
Cidade _____ UF _____
Telefone _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ATENDIDO
CAPS

Assinatura do Farmacêutico

Data 30 / 04 / 19



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

BE / Prontuário: _____

✓ Quem tem interesse
o parent Francisco Daniel
Mendes de Souza, encaminhar
em instrumento de peritagem
baseado no local onde realiza
controle em tempo
sujeito a peritagem

Data: 08/05/19

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: Francisco Daniel M. Souza
BE / Prontuário: _____

João Antônio Zenedes Pompeu

Trate com ivermectina 1 mg/kg
de peso corporal, de 48h
para ser efetivo 11 dias
justo 50075.
Centros Fístula C.C.

Data:

08/05/2019

Ass./Carimbo do Médico



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
Barão do Rio Branco, 1816
CEP 60025-061, PABX
(85)3255.5000

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza
Prontuário: 5604686

Em 13/04/2019

Marcar retorno com Neurocirurgia

JF

CRM - RJ 308 - 18010000000
Clínica Médica - RQE nº 028
Instituto Dr. José Frota

Marília Cavalcanti da Trindade / CRM 9824



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
Barão do Rio Branco, 1816
CEP 60025-061, PABX
(85)3255.5000

LAUDO MÉDICO PARA CADEIRA DE RODAS

Francisco Rogério Laureano Feitosa, 47 Anos, Masculino, admitido no IJF em 23/04/2017 com histórico de TCE e Politraumatismo após acidente de Moto com TC Crânio Inicial evidenciando Hematoma Intraparenquimatoso Temporal Esquerdo com Focos de

RECEITUÁRIO MÉDICO



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO - UFC

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Diretor Técnico: Josenília Maria Alves Gomes (CRM 5860)

PARA O SR (A)

Francisco Daniel Moura de Lencastre

SERVIÇO DE

Oftalmologista

Seção Oftalmológica

Paciente com história de Estufa Cortical - catarata
pós-trauma em janeiro de 2019, realizou emboliza-
ção em abril de 2019.

Visão com acuidade visual referida de 20/30-2
em olho direito e 20/25 em olho esquerdo.

Sujeito em acompanhamento.

sem mais, no momento.

08/05/2019

Dr. José Israel Araújo Ponte
MÉDICO
CREMEC 17063

ASSINATURA DO MÉDICO

Nº CRM:

RQE:

Hospital Universitário Walter Cantídio	
AGENDAMENTO DE CONSULTA OU RETORNO	
Serviço: <i>Oftalmologia</i>	
Sub-especialidade: <i>Retina e Vítrea</i>	Nº do prontuário
Nome do Paciente: <i>Francisco Manoel Moreira de Sousa</i>	
Aprazar consulta ou retorno para: <i>/ /</i>	<i>01 maio 2019</i>
Data da solicitação: <i>08/05/2019</i>	Assinatura e carimbo do profissional
Sr. Paciente, dirija-se ao Setor de Marcação de Consulta para agendamento. Dr. José Israel Araújo Ponte MÉDICO CREMEC 17063	



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza Prontuário: 5604686
Data de Nascimento: 1993-12-28 Data da Internação: 25/02/19
Motivo da Internação: Politraumatismo

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: 16 LEITO: 1618 Internação Unidade: 13.03.19

Diagnóstico Principal: Trauma Cranio Encefálico

Diagnósticos Secundários: Fistula Carotídea Cavernosa a direita

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (x) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): EMBOLIZAÇÃO DE FISTULA CAROTÍDEA CAVERNOSA DIREITA NO HGF

Resumo de Alta / Transferência:

ADMISSÃO NO IJF - 25/02/2019

ADMISSÃO NA UTI - 26/02/2019

ADMISSÃO UNIDADE 16- 13/03/19

Acidente moto + TCE grave (HEDA temporal D, em tratamento conservador) + HIC.

PAV Tratada.

Flebite tratada de MSE.

Otite média tratada. (perfuração MTE E MTD)

Fistula Carótida-cavernosa D (Proptose olho D+ Congestão ocular+ Alteração visual + Úlcera córnea D)

- TC crânio (25/02/19) HEDA temporal D23mmno assoalho fossa média, com moderado efeito de massa sobre o respectivo lobo temporal. focos contusionais córtex temporal D Linha média levemente desviada para E. Fraturas arco zigomático e esfenóide D. Pneumoencéfalo.

- TC cervical (25/02/19) normal.

- FAST (25/02/19) normal.

- TC crânio (26/02/19) Fratura craniana temporal D. HEDA à D 2,6cm. Contusões hemorrágicas circundadas por edema no lobo temporal D. Hemossinus. Pneumoencéfalo. Colapso parcial VLD associado a desvio contralateral das estruturas da linha média 0,4cm. Sistema ventricular anômico. Cisternas preservadas.

- TC crânio (28/02/19) HEDA temporal D 2,6cmna medida latero-lateral (no plano axial). Pneumoencéfalo. Hemossinus. Fraturasosso temporal D, mastóide bilateral, arco zigomático e teto órbita D, asa maior esfenóide bilateral e parede seio esfenoidal, além fraturas selo maxilar D. Sulcos, fissuras e cisternas preservadas. Leve desvio linha média para E 0,4cm.

- Angio TC 07/03/19: Sifão carotídeo anômico, artérias cerebrais anteriores normais. Artérias cerebrais médias e seus ramos Sylvianos de aspecto normal. Artérias cerebrais posteriores normais. Artérias basilar e cerebelar sem alterações visíveis, Segmento V4 das artérias vertebrais de aspecto anômico. Seios Venosos anômicos e sem sinais de trombos endoluminais.

- TC de crânio 07/03/19: Parênquima encefálico com sinais de edema temporal a direita. Sistema ventricular anômico. Linha media centrada. Cisternas preservadas, Fossa posterior sem alterações significativas, Hematoma extra axial temporal a direita medindo cerca de 22mm no AP. Traço de fratura temporal a direita, maxilar e asa do zigomático ipsilateral esfenóide.

- Angio TC DE CRÂNIO 26.03.19 : nao obtive o laudo

- Tc de mastoide 26.03.19: fraturas acometendo o esporão de chausse e tegmen timpanico a direita bom como a parede inferior do conduto auditivo externo osseo homolateral. Fraturas acometendo arco zigomatico e fossa condilar a direita. Fratura na base do processo condilar na mandibula direita. Fratura acometendo o processo mastoide da mandibula a esquerda. Densificação de celulas aereas mastoideas e cavidade tipanica a direita.

- Arteriografia cerebral (realizada no HGF)03/04/19: Fistula carotideo cavernosa direita.

Embolização de fistula carotídea cavernosa 10.04.19 HGF: EFETIVA (FISTULA CAROTIDA CAVERNOSA DIREITA COM FLUXO MODERADO PARA AMBOS OS SEIOS CAVERNOSOS, AO TERMINO DO PROCEDIMENTO OBSERVADA OCLUSAO DA ARTERIA CAROTIDA INTERNA DIREITA, COM PRESENÇA DE BOA CIRCULAÇÃO COLATERALATRAVES DO POLIGONO, TANTO POR ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR COMO COMUNICANTE POSTERIOR. RETORNO VENOSOS NORMAL.

- Tc crânio 11.04.19: material metalico em regioao paraclinoide direita e temporal direita.

Evolui e enfermaria sem intercorrências, alimentando via oral, eupneico sem queixas. Melhora da proptse ocular. Recebe alta para acompanhamento ambulatorial.

Comorbidades apresentadas: PAV Tratada.

Flebite tratada de MSE.

Otite média tratada. (perfuração MTE E MTD)

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial): Manter acompanhamento com oftalmologia

Retornar no plantao do Neurocirurgiao Dr Joao Renato quinta feira pela manha no IJF (autorizado pelo Dr Joao Renato)

Retornar ao Ambulatório: () Não (x) Sim Ambulatório: Neurocirurgia Data: A MARCAR

Data: 13.04.19

Assinatura do Médico / CRM



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
Barão do Rio Branco, 1816
CEP 60025-061, PABX
(85)3255.5000

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza
Prontuário: 5604686

Em 13/04/2019

Ao posto de saúde :

Acompanhamento multidisciplinar de paciente com sequela de TCE

Acidente moto + TCE grave (HEDA temporal D, em tratamento conservador) + HIC.

PAV Tratada.

Flebite tratada de MSE.

otite média. (perfuração MTE E MTD)

Fístula Carótida-cavernosa D (Proptose olho D+ Congestão ocular+ Alteração visual + Úlcera córnea D)

Marília Cavalcanti da Trindade / CRM 9824


Marília Cavalcanti da Trindade
Clínica Médica - RQE nº 6788
Reumatologia - RQE nº 6727
CRM - 9824



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
Barão do Rio Branco, 1816
CEP 60025-061, PABX
(85)3255.5000



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
Barão do Rio Branco, 1816
CEP 68025-061, PABX
(85)3235.5000

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza
Prontuário: 5604686

Aita em 13/04/2019

Vir com Dr Joao Renato dia de quinta feira pel amanha e procuralo no plantao para avaliçao por orientação do mesmo.

Acidente moto + TCE grave (HEDA temporal D, em tratamento conservador) + HIC.

PAV Tratada.

Flebite tratada de MSE.

otite média. (perfuração MTE E MTD)

Fístula Carótida-cavernosa D (Proptose olho D+ Congestão ocular+ Alteração visual + Úlcera córnea D)

Embolização de fistula carotidea cavernosa 10.04.19 HGF: EFETIVA (FISTULA CAROTIDA CAVERNOSA DIREITA COM FLUXO MODERADO PARA AMBOS OS SEIOS CAVERNOSOS, AO TERMINO DO PROCEDIMENTO OBSERVADA OCLUSAO DA ARTERIA CAROTIDA INTERNA DIREITA, COM PRESENÇA DE BOA CIRCULAÇÃO COLATERAL ATRAVES DO POLIGONO, TANTO POR ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR COMO COMUNICANTE POSTERIOR. RETORNO VENOSOS NORMAL.



Marília Cavalcanti da Trindade / CRM-9824



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 574428165

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60125-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
forçada pela Lei nº 10.438 de
20 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
MAI/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

8553131

DV 6

VENCIMENTO

23/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

164,86

Rota 10 014000 08 0185500
Nome EDILENE SOARES ROCHA
Endereço Postal

Medidor 644632
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970 CENTRO SENADOR POMPEU 63600000

RG / CPF / CNPJ 650.734.873-20

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, TRIFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

47129

46950

1

179

0

179

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

16/05/2019

Prev. Próxima
Leitura

15/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9DE1.1C12.C5D5.5C95.3277.E86F.72EC.C746

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
137,79	27%	37,20

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

1,32

MULTA MORATORIA

2,94

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

22,81

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,34)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 47,63

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIc (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,68	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	1,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8553131-6

N° da Nota Fiscal: 574428165

Total a Pagar (R\$): 164,86

Data de Emissão:

27/05/2019

Referência: MAI/2019

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER