



Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01534055-4** em **03/11/2020 11:02:05**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0257873-31.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01534055-4
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 03/11/2020 11:02:05

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2761922_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2761922_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-5.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190532704 Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

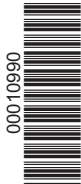
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532704

Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

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, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532704

Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ERIVAN SILVA CARVALHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 1560

Conta: 0000021626-7

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: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532704

Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MESQUITA MONTEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVAN SILVA CARVALHO

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\$ 5.395,95

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 32.1%

% Invalidez Permanente DPVAT: (32.1% de 70%) 22,47%

Valor a indenizar: 22,47% x 13.500,00 = R\$ 3.033,45

Recebedor: ERIVAN SILVA CARVALHO

Valor: R\$ 5.395,95

Banco: 104

Agência: 000001560

Conta: 0000021626-7

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: www.seguradoralider.com.br/recomeco.



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: 950321851-91 Nome completo da vítima: Erison Silva Corvalho

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

Nome completo: Erison Silva Corvalho CPF: 950321851-91
Profissão: Relaxou Endereço: Rua Nereide Número: 04398 Complemento: _____
Bairro: LT Granga Lisboa Cidade: Lauro de Freitas Estado: CE CEP: 61661-170
E-mail: _____ Tel.(DDD): 98866-0468

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1560 13 CONTA: 21626 7
(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 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.

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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Aracaju - CE 06/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Erison Silva Corvalho
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 ROGO, 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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2540 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/07/2019 13:27:22**
Data / Hora da Ocorrência: **25/06/2019 08:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO**
Complemento:
Bairro: **PRAIA DE IRACEMA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ERIVAN SILVA CARVALHO**
Nascimento: **06/09/1968** CPF: **950.321.851-91**
CNH: **04313346117** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **VALDECY FERREIRA SILVA CARVALHO**
MANOEL EDIVAN CARVALHO
Endereço: **RUA LUMINOSA, 4398**
Bairro: **GRANJA LISBOA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98566-0468**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **NQQ4564** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC15309R011184 Renavam: **138978409** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRATA Proprietário: **MARIA JUCELI BARROS VIANA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **NVA0883** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KD0520AR036964 Renavam: **210011050** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS MIX ES** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ERIVAN SILVA CARVALHO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA AFIM DE REGISTRA, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA NVA-0883 NA AV. HISTORIADOR RAIMUNDO GIRÃO QUANDO UMA MOTO DE PLACA NQQ-4564 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

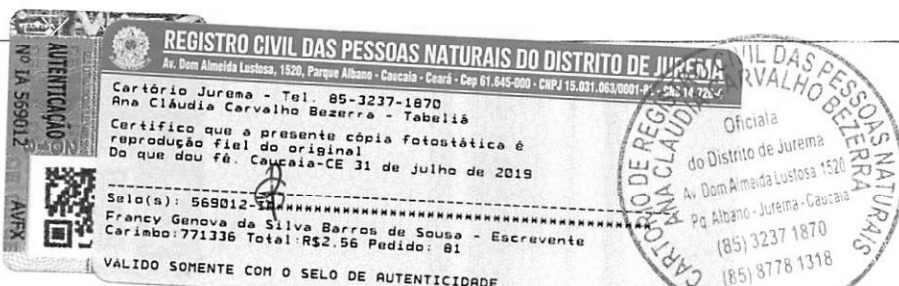
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 30/07/2019 13:37:08

Pág. 1 de 2

Impresso em: 30/07/2019 13:37:08

ERIVAN





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019518186



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301-2540/2019

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Evandro Alves de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

Bel. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
OP.T. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Av. Dom Almeida Lustosa, 1520, Parque Albano - Caucaia - Ceará - Cep 61.645-000 - CNPJ 15.071.522/0001-12 - CNE 14.728-4

Cartório Jurema - Tel. 85-3237-1870
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabeliã

Certifico que a presente cópia fotostática é reprodução fiel do original
Do que dou fê. Caucaia-CE 31 de julho de 2019

Selo(s): 569013-IA...
Francy Genova da Silva Barros de Sousa - Escrevente
Carimbo: 771337 Total: R\$2,56 Pedido: 81

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Official
do Distrito de Jurema
Av. Dom Almeida Lustosa 1520
Pq. Albano - Jurema - Caucaia
85) 3237 1870
(85) 8778 1318

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.
16 SET, 2019

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: **950321851-91** Nome completo da vítima: **ERUSON SILVA CARVALHO**

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

Nome completo: **ERUSON SILVA CARVALHO** CPF: **950321851-91**
 Profissão: **Relaxou** Endereço: **Rua Neride** Número: **04398** Complemento: _____
 Bairro: **LT Granga Lisboa** Cidade: **Lauro de Freitas** Estado: **CE** CEP: **61661-170**
 E-mail: _____ Tel. (DDD): **98566-0468**

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1560** **13** CONTA: **21626** **7**
(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 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.

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 **(assinale 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Apuruz - CE 06/09/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ERUSON SILVA CARVALHO
 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 RISCO, 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.**



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Erivan Silva Carvalho** - C.P.F. - **950.321.851-91**, no dia **25/06/2019**, às **09h02min**, na **Avenida Historiador Raimundo Girão**, no **Bairro Praia de Iracema**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P783085/2019**.

Fortaleza, 24 de Julho de 2019.

Atenciosamente,


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat : 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

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: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.395,95

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVAN SILVA CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01560

CONTA: 000000021626-7

Nr. da Autenticação 37A9EAD084D15187

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: 14/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVAN SILVA CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01560

CONTA: 000000021626-7

Nr. da Autenticação 5CB2D2EB385B1A91

(Ass) 0205020-2168
 (Ass) 0205020-0318

Nº do Cliente:
9109835

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº **001656717**
 Rota **CAS05R15** Referência **08/2019**
 Nome **DELIANE BATISTA CARVALHO**
 Endereço **RU NEREIDE, 04398, LOTEAMENTO GRANJA LISBOA, 61661-170, CAUCAIA**
 Classificação **Residencial Pleno**
 Modalidade Tarifária **B1 RESIDENCIAL**
 Ligação **Monofásico** Emissão **10/08/2019**
 Medidor **3100553-NAN-270**

ÁREA RESERVADA AO FISCO
 510924E4094635FE62B083EDB4025A
ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)
 P.F.: 29 dias
 Anterior: 12/07/2019 Atual: 10/08/2019 Próxima prevista: 02/09/2019
 MED AGO JUL JUN MAI ABR MAR FEV JAN DEZ NOV OUT SET AGO

DATAS DE LEITURA

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	14,985	14,883	1,00	102	00	102	0,80794	82,41

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	14,985	14,883	1,00	102	00	102	0,80794	82,41

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	25,08
CONSUMO	82,41
ADICIONAL BAND. AMARELA	1,50
ADICIONAL BAND. VERMELHA	2,12

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	86,03	27,00	23,22
PIS	86,03	1,35	1,14
COFINS	86,03	6,16	5,29

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/09/2019	111,11

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
 39,82 | 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE
 Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 13/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 10/08



LUBIA CORRETORA DE S.G. LTDA.
 16 SET. 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 574945973

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
MAI/2019Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2200371

DV 1

VENCIMENTO

27/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,65

DADOS DO CLIENTE

Rota 34 020009 50 077000

Medidor

Poste

Nome ALDAMIRA FERREIRA MESQUITA

9559648

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

VL DOS PAGOS 00000 DT TAPERA AQUIRAZ 61700000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ

900.815.443-91

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

29379

29275

1

104

0

104

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

19/06/2019

Prev. Próxima
Leitura

19/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8718.F893.6141.0D12.06F9.EFA5.7BA6.CC39

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

80,78

Alíquota

27%

Valor do Imposto

21,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

INDENIZAÇÃO TRIMESTRAL DIC

-0,23

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

13,10

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,95)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

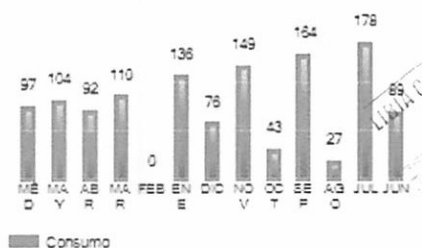
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 26,33

Conjunto AQUIRAZ

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	1,27	16,75	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	3,00	0,00
DMIC (h)	2,86			1,27		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

2200371-1

N° da Nota Fiscal: 574945973

Total a Pagar (R\$): 93,65

Data de Emissão:

29/05/2019

Referência: MAI/2019

N° de Controle: 0002200371 00223 4346 2 94

83860000000-0 93650031000-7 00022003710-8 02234346259-2



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: 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

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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bruna Hesquita Monteiro
inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.336.133 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Ercuan Silva Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 950321851 / 91
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ercuan Silva Carvalho
inscrito (a) no CPF sob o Nº 950321851 / 91, 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>VL DOS pagéis</u>	Número: <u>51N</u>	Complemento:
Bairro: <u>DT Topera</u>	Cidade: <u>Aguiar</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail:	Tel.(DDD): <u>985088158</u>	

Local e Data: Aguiar - CE 06/09/2019

Bruna Hesquita Monteiro
Assinatura do Declarante

LIBR. COORDENADORIA DE REG. VIDA
16 SET. 2019
PAB



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-783085/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB 08	PONTO DE APOIO: UFE	Nº DA OCORRÊNCIA: 2200
DATA: 25/06/19	TURN: MT	EQUIPE: Jacqueline e Romalho / maior
NOME: Criviana Silva Carvalho	IDADE: 60a	SEXO: FASC
ENDEREÇO: Av. Autoridade Rm Girasol	BAIRRO: Praia Iracema	
REFERÊNCIA: Posto de Gasolina Praia Iracema	QUY: 09:54	QUU: 10:38
QTY: 08:42	QUY: 09:02	QUU: 10:38
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colúscas		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☒ PERVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
---	-------------------------------------	------------

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO				
☐ AGÔNICA/AUSENTE				

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CHEIO	☐ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ FILIFORME	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ IMPALPÁVEL	☐ CIANÓTICA		
LOCAL: _____		☐ SUDOREICA		
		☐ SECA		
		☐ QUENTE		
		☐ FRIA		

D Neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)		
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
	À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
	NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
	TOTAL: 15	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
			NENHUMA ☐ 1
	PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		
	☐ ALTERADAS		

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA			
FC: 70	PA: 140 x 80	FR: Eupneico	GLIC: _____
OXIM: 99%	TEMP: _____		

QTY: DESLOCAIMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUT: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



43808319

PROFISSIONAL DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: JOÃO CARLOS
 DATA DO NASCIM. 10/08/1980
 SEXO: MASC
 ENDEREÇO: AV. ...
 CIDADE: ...
 ESTADO: ...
 CEP: ...
 NOME DO RESPONSÁVEL: ...
 ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: ...
 CIDADE DO RESPONSÁVEL: ...
 ESTADO DO RESPONSÁVEL: ...
 CEP DO RESPONSÁVEL: ...

RESUMO DE EXAME E AVALIAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR

SINAIS DE VIDA: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
 NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO: ☐ ALERTA ☐ DEBILITADO ☐ INCONSCIENTE
 FREQUÊNCIA CARDÍACA: ...
 FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: ...
 PRESSÃO ARTERIAL: ...
 SATURACÃO DE O₂: ...

EXAME FÍSICO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE LABORATÓRIO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE IMAGEM: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL
 EXAME DE FUNÇÃO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

PRESCRIÇÃO MEDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão moto/moto, apresentando
sus? de fratura de clavícula do HMO + laceração
no peito 10" suturável. paciente alerta + orientado, ver.
balanço, nega síncope.
paciente apresentando sus? de fratura de tornozelo do
pe 5".

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE:

HDEAM

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DESTINO:

Tratamentista - Ortopedista

CREMEC 7481 / DE 2894 SBT 8961

EM:

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

16 SET 2019
16 SET 2019
16 SET 2019



Secretaria Municipal de Saúde - SMS
Secretaria Executiva Regional III - SER III

Nº 1620

FICHA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

CLÍNICO []

TRAUMA []

CIRURGIÃO []

PACIENTE: Brivan Silva CarvalhoDATA DE NASCIMENTO: 06 / 09 / 68 TELEFONE: 93667-0899RG: 12342254 CPF: 950.321.851-91NOME DA MÃE: Valdey Ferreira Silva CarvalhoESTADO CIVIL: _____ SEXO: MENDEREÇO: Rua Percebe, 4398 Granja Lisboa Nº 4398BAIRRO: Granja Lisboa CIDADE: _____DATA DE ATENDIMENTO: 25 / 06 / 19 HORA: 10:02

MOTIVO DE ATENDIMENTO: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TESTO

[Assinatura]
Marta Ramos
Vital 45632
Coordenador do SAME HDEAM

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO - SAME

Caro colega, tudo bem? O paciente chegou ao SAMU, vítima de acidente de trânsito. Com dor em tornozelo D, pé D e tornozelo D. Não pode deambular. Exame físico: 15.6.19. Com contusão no pé D.

DATA / HORA / CONSULTA ESPECIALIZADA E PROCEDIMENTOS:

*1- Rx de coluna cervical (AP/P)
2- Rx de tórax (AP/P)
3- Rx de tornozelo D (AP/P)
4- Rx de pé D (AP/P)
5- Rx de tornozelo D (AP/P)
6- Rx de pé D (AP/P)
7- Rx de tornozelo D e pé D (AP/P)
8- Rx de tornozelo D e pé D (AP/P)
9- Rx de tornozelo D e pé D (AP/P)
10- Rx de tornozelo D e pé D (AP/P)*

LIBIA CORRÊA DE SÁ, LTDA
16 SET. 2019

3190537704

Cidade de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGADA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ERIVAN SILVA CARVALHORAZÃO
700001371931802

NOME DO ATENDENTE

NOME DO RESPONSÁVEL

CIDADE
FORTALEZACEP
60.540-525UF
CE

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE TRANSFERIDO DO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA, REGULADO PELA CENTRAL DE LEITOS +
REFERE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITASINTOMAS
NI

SINAIS VITAIS

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °CPRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGACOR DO VÍDEO
VERDERESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
FRANCISCA ANTONIA MONTEIRO DA SILVA

ÁREA ATENDIMENTO

NOME DO ATENDENTE
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Fratura da clavícula D e pelo lateral o
(procedimento de fratura de clavícula direita)

DIAGNÓSTICO

RAIO X

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO (X) RAIO-X

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

CÓDIGO PROCEDIMENTO

() OUTROS

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMPO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Atestado por Francisca Antonia Monteiro da Silva em 26/06/2019 às 11:03:03

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 0250 - TEOT 1105Deliane Batista carvalho
Erivam Silva Carvalho

Atestado que copia confere com original

PP. Mônica Saba
Mat. 15984

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:			
18:			
20:			
06:			

HOR	O:	8h			
P.A.:		126/80			
TEMP.º:		36			
P / MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NOME: <i>Enilson Silva Pereira</i>	IDADE:	ENF.:	LEITO: <i>126</i>	Nº. PRONTUÁRIO:
------------------------------------	--------	-------	-------------------	-----------------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HISTÓRICO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent / Data)
<i>30/06/19</i>	DIETA GERAL IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 Hs DIPYROMA 01 AMP + 10 CC SF EV 6/6 Hs SM TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SM		<i>As 11:00 paciente saiu de alta hospitalar com cinto orientado, vale lizendo.</i>	<i>Carla Moura</i> COORDENADORA TÉCNICA
	<i>regulador 1/2 IV 6/8</i>			
	<i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 4630			
	<i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 4630			
	HOSPITAL DISTRITAL AN JOSE BARROS DE OLIVEIRA ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL			
	<i>pp</i> <i>Mônica Saba</i> Mat. 15984			

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

Atenção: Toda informação registrada deverá ser verificada obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação

16			
20			
06			

DATA:	13.05	20.00
A:	14.00	12.00
TEMP.º:	36	36.5
P./MIN.:		
M.V. / MIN.:		

NOME:	Enilson Silva Carneiro	IDADE:	50	ENF.:		LEITO:	126	Nº. PRONTUÁRIO:	
-------	------------------------	--------	----	-------	--	--------	-----	-----------------	--

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf. / Dieta)
25	1) Diet. geral	SND	26/06/99 - 13:35L	
06	2) Paracetamol 100mg i 100ml S.F.O.V. 8h	16	do	Paciente mantendo em estado de vigília desorientado
14	3) Pimozol 12.5mg 12h			atendendo sempre as suas necessidades
	4) Omeprazol 20mg 12h	do		Admissionado no posto
	5) SCL	Rotina		Tras para sala de emergência com H.S. de fratura de clavícula + fratura distal de rádio
				20.00 - Perda de consciência + ausência de verbalização
				do. Injeta dieta 20 + Medicamentos. Segue em Unidade de Enfermagem

Dr. Glauber Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 8250 - TEOT 1105

MONITORIA
Médica

Assinatura: J.F.

ATENÇÃO: Este documento contém cópia original

Edissandra Rocha
Téc. de Enfermagem
COREN-CE: 1260775

DATA

EVOLUÇÃO

27/06

+ Fratura HD + Fratura + Fratura
 1011 Marinho Coimbra

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia Quadril
 CREMEP 12.543.1501-15057

27/06/19

Mis paciente com HD de Fra-
 tura em clavícula D + fratura de
 consuetudo omeio e verbalizando
 aceita de 100% de cura e segue ao
 cuidado de enfermagem. Relatou
 7/15/89

27/06/19

Dr. Roberto Mendes Rocha
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 474

28.06.19

Informação
 Paciente com HD de fratura em clavícula D.
 Relatou sempre com dor, limitação de movimento
 em amplitude, dor com movimento, após trauma
 disto fratura, limitação funcional, dor, rigidez,
 rigidez HAS, dor, rigidez, dor, dor, dor, dor,
 e cuidados de enfermagem.

29/06/19

OPERAÇÃO

TTO CÂMBIO FRATURA PLAC. TIBIAL D
 +
 CONSERVAÇÃO FRAT. CLAVÍCULA

HOSPITAL DISTRICTAL DR. JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
 ATENÇÃO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

PP. Rocha

Atenciosa Sora
 12/15/84

Luís Roberto Rocha
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 474

CRM - MÉDICO (A)

3/6

Sete

Roberto Mendes Rocha
 Ortopedia - Traumatologia
 12/84

Nome:

FRIVAN SILVA CARVALHO

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			26/06/19	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
26/06/19	Paciente transferido do Instituto de Antropologia Legal para tratamento cirúrgico neste unidade hospitalar.
26/06/19	em: VPM
26/06/19	Paciente B.S.C, 50 anos, masculino. Vio transferido do Instituto de Antropologia Legal para tratamento cirúrgico por traumatologia, via helicóptero em UTB, após colisão moto x moto. Paciente consciente, orientado, acumbando com auxílio da reabilitação. Abdomen íntegro, com UTB imobilizado. Neg. HAS e DH. A nega uso de medicação em casa. Refere alguns medicamentos, mas não sabe informar o nome da medicação. Excluições intestinais e urinárias positivas. Apresenta exclusão em região de ombro direito e hematoma em torax anterior. Sem fraturas no período. Segui sob os cuidados da equipe de enfermagem.
	Em tempo: AUP em MSE positivo. Paciente
	Em tempo: Paciente encaminhado para PJ, L-126, às 15:50.
26/06/19 # Enfermagem	16:05 E.S.C B.S.C, masculino, admitido no quarto L-126 por fratura de clavícula direita e fratura de plastrão lateral D. Admitido orientado. Em ambiente. Retratado a cultura. Tokando distal VC. CVP em MSE oxigenado e em fluxo. Coliminação presente no período. Queixa de dor no ombro. Neg. comorbidades. Refere alguns medicamentos. Is. gravídica (SU).

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 8250 - T501 T105

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
COREN-CE 533.334 - EMF

HOSPITAL DISTRICTAL DR. JOSE MARCIO DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
COREN-CE 533.334 - EMF

Mônica Saba
Mar 15/2019

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
COREN-CE 533.334 - EMF

Além D.

Enf.

COREN

50134



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PRONTO-SOLAR DE FORTALEZA
AV. Outor da Pádua nº 1127 - Fátima - CEP 44.720-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7322



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (L

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

231910.2641801

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ERIVAN SILVA CARVALHO

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: NEREIDE Nº 4398

BAIRRO

GRANJA LISBOA

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

06/09/1968

SEXO

1. ☐ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DI

IE DA MÃE

VALDECY FERREIRA SILVA

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

545748103 - 72

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

26/06/2019

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 8250 - TEOT 11057

Dr. Casemiro Medeiros
Diretor Médico HDB 180
CRM - CE 6816

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com politrauma e lesões de
clavícula e ulna distal e (prevalente
do trauma de trânsito rápido)

INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Manutenção de membro

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Amplamente + de fratura + de

pp-Phauro
Mônica Saba
Mat. 15984

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de clavícula D e ulna distal D

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tlo membro

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

8650

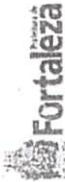
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 8250 - TEOT 11057

DATA

26/06/19

HORA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ LARROSO DE OLIVEIRA
FROTHINA DE PARANGABA
AV. Odele do Brasil, 1137 - Parangaba - CEP 68720-000 Fortaleza-CE
Telefone: (85) 3311-7321 - Fax: 3311-7319

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Evivan Silva Cavalcini

126

Prontuário N°: 381211

Enfermaria: _____

Leito: _____

Data: <u>29.06.19</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina: <u>12,5</u>	Hematócrito: <u>38</u>	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					

Ap. Respiratório:	Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório:	Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:	Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:
Estado Mental: <u>lúcido</u>	Alarxícos:	Corticóides:	Alergia:
			Hipotensores:

Diagnóstico Pré-operatório: frat. toraxelo D (pilão tibial) ASA I
+ lesão ligamentar

Lesões Anteriores:

Medicação Pré-anestésica: 1610 Aplicadas às: _____ Efeito: _____

Agentes Anestésicos	Líquido	INDUÇÃO
		Sat. ☒ Ext. ☒ Tese ☒ Laringe espasmo ☒ Lenta ☒ Náusea ☒ Vômitos ☒ Outros ☒

		MANUTENÇÃO
		(1) Mant. ☒ (2) Fentanyl 100 µg ☒ (3) Propofol 150 µg ☒ (4) Atropina 1 mg ☒

MANUTENÇÃO

(1) Mant. ☒

(2) Fentanyl 100 µg ☒

(3) Propofol 150 µg ☒

(4) Atropina 1 mg ☒

(5) Atropina 1 mg ☒

(6) Atropina 1 mg ☒

(7) Atropina 1 mg ☒

(8) Atropina 1 mg ☒

(9) Atropina 1 mg ☒

(10) Atropina 1 mg ☒

(11) Atropina 1 mg ☒

(12) Atropina 1 mg ☒

(13) Atropina 1 mg ☒

(14) Atropina 1 mg ☒

(15) Atropina 1 mg ☒

(16) Atropina 1 mg ☒

(17) Atropina 1 mg ☒

(18) Atropina 1 mg ☒

(19) Atropina 1 mg ☒

(20) Atropina 1 mg ☒

(21) Atropina 1 mg ☒

(22) Atropina 1 mg ☒

(23) Atropina 1 mg ☒

(24) Atropina 1 mg ☒

(25) Atropina 1 mg ☒

(26) Atropina 1 mg ☒

(27) Atropina 1 mg ☒

(28) Atropina 1 mg ☒

(29) Atropina 1 mg ☒

(30) Atropina 1 mg ☒

(31) Atropina 1 mg ☒

(32) Atropina 1 mg ☒

(33) Atropina 1 mg ☒

(34) Atropina 1 mg ☒

(35) Atropina 1 mg ☒

(36) Atropina 1 mg ☒

(37) Atropina 1 mg ☒

(38) Atropina 1 mg ☒

(39) Atropina 1 mg ☒

(40) Atropina 1 mg ☒

Anestesia Gás: ☒ N₂O ☒ O₂
Não, por quê?

DESPERTAR

Referência em S.O.: 1

Obs.: CO₂ 1 Ext. 1

Náusea: 1 Vômitos: 1

Outros: 1

Com cácula: 1

Para o leito: ☒ Sim ☒ Não

CONDIÇÕES: boa

Cânulas:

Agentes: Fentanyl, Propofol

Técnica: Sedação

Operação: Fr. em fr. pilão tibial + reparo ligamentar

Cirurgiões: Dr. Chulio + M. Roberto

Anestesistas: M. Inês de Almeida Junior com 60%

Observações:

Perda Sanguínea:

AND

QUANT	UNID	MEDICAMENTO	QUANT	UNID	MEDICAMENTO
	AMPOLA	ADRENALINA		AMPOLA	PROPOFOL 10ml
	AMPOLA	AGUA DESTILADA		AMPOLA	PROPOFOL 20ml
	AMPOLA	AMICACINA		AMPOLA	PROTAMINA
	AMPOLA	AMPICILINA 1G		AMPOLA	RANITIDINA
	AMPOLA	AMINOFILINA		ML	SEVOFLURANO
	FRASCO	ATROPINA 0,25MG		FRASCO	SUCCINILCOLINA
	FRASCO	BUPIVACAINA 0,5% C/ADRENALINA		FRASCO	TIOFENTAL
	FRASCO	BUPIVACAINA 0,5% S/ADRENALINA			
	AMPOLA	BUPIVACAINA 0,5% PESADA			
	AMPOLA	BICARBONATO DE SODIO			
	AMPOLA	BROMOPRIDA 10MG			
	FRASCO	CEFALOTINA 500MG			
	FRASCO	CEFAZOLINA 500MG			
	FRASCO	CEFTRIAXONA 1G			
	FRASCO	CETOPROFENO 100MG			
	ML	CETAMINA			
	AMPOLA	CISATRACURIO			
	AMPOLA	CLINDAMICINA			
	AMPOLA	CLORETO DE POTASSIO 10%			
	AMPOLA	DEXAMETASONA			
	AMPOLA	DESLANOSIDO			
	AMPOLA	DIAZEPAM 10MG			
	AMPOLA	DIPIRONA			
	AMPOLA	DIPIRONA + ESCOPOLAMINA			
	AMPOLA	DOBUTAMINA			
	AMPOLA	EOPAMINA			
	AMPOLA	ETILEFRINA 10MG			
	AMPOLA	ETOMIDATO			
	AMPOLA	FLUTANIL			
	AMPOLA	FUROSEMIDA			
	AMPOLA	GENTAMICINA			
	AMPOLA	HEPARINA			
	FRASCO	HIDROGORTISONA 100MG			
	FRASCO	HIDROGORTISONA 500MG			
	AMPOLA	IPILON			
	ML	ISOFLURANO			
	AMPOLA	ISORDIL			
	FRASCO	LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA			
	FRASCO	LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA			
	FRASCO	LIDOCAINA GEL			
	AMPOLA	MEPERIDINA 100MG			
	AMPOLA	METOCLOPRAMIDA			
	FRASCO	METRONIDAZOL 500MG			
	AMPOLA	MIDAZOLAN 5MG			
	AMPOLA	MIDAZOLAN 15MG			
	AMPOLA	NALOXONA			

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARCELO JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FISIOLOGIA DE FORTALEZA
Av. Estado do Ceará, nº 1221 - Fortaleza - CE 60.720-000 - Fone: (85) 3222-7000

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

38-12-11

Paciente: ERIVAN SILVA CARVALHO
Data da Operação: 29/10/2014 Enfermaria: Leito: 126
Operador: EUSEBIO
2º Auxiliar: 3º Auxiliar: ROBERTO MENDONÇA
Instrumentador: Anestesista: JUNIOR

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

Tipo de Operação: FEMUR PUL TIZIAL TORNOZEL D
LESÃO LIGAMENTAR

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato Patologista: TENDÃO CÍRURGICO FEMUR +
LESÃO LIGAMENTAR

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- PULCÃO DE DORSAL
- ANESTESIA
- AMISSIONALI + ASSUPSI + CINDOS
- VIA DO ACESSO MÚLTIPLO TORNOZEL D
- MEDICAO FOCO FEMUR
- FIXAÇÃO COM FIO STEEL
- MEDICAO LESÃO LIGAMENTAR TORNOZEL D
- SUTURA POR PUNTO
- CURTIVO + TALI GESSO

HOSPITAL DIST. MARCELO JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

pp. *[Assinatura]*
Monica Saba
28/11/2014

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - CRM 4600

Dr. Antonio Ex-bio I Rocha
Ortopedia - CRM 4774



Síndico e Família

Dr. Adonaldo Silveira Aragão
Médico Internista

08

Relatório Médico

Relatório médico, feito em 08/08/2019, com o paciente Sr. Claudio, 57 anos, que foi encaminhado para avaliação de saúde. O paciente apresenta hipertensão arterial sistêmica, com 250/150 mmHg e tem histórico de claudicação intermitente da perna esquerda. O paciente também apresenta diabetes mellitus, com 120/80 mmHg e 100 mg de glicose no sangue. O paciente também apresenta colesterol total de 250 mg/dL, com 150 mg de LDL e 100 mg de HDL. O paciente também apresenta triglicérides de 150 mg/dL. O paciente também apresenta hemoglobina glicada de 7,5%. O paciente também apresenta hemoglobina de 15 g/dL, com 45% de hematócrito e 150.000 de plaquetas. O paciente também apresenta creatinina de 1,5 mg/dL, com 1,5 mg/dL de ureia e 1,5 mg/dL de ácido úrico. O paciente também apresenta hemoglobina de 15 g/dL, com 45% de hematócrito e 150.000 de plaquetas. O paciente também apresenta creatinina de 1,5 mg/dL, com 1,5 mg/dL de ureia e 1,5 mg/dL de ácido úrico.

em 28/12/19, com o seguinte resultado: O paciente apresenta hipertensão arterial sistêmica, com 250/150 mmHg e 100 mg de glicose no sangue. O paciente também apresenta diabetes mellitus, com 120/80 mmHg e 100 mg de glicose no sangue. O paciente também apresenta colesterol total de 250 mg/dL, com 150 mg de LDL e 100 mg de HDL. O paciente também apresenta triglicérides de 150 mg/dL. O paciente também apresenta hemoglobina glicada de 7,5%. O paciente também apresenta hemoglobina de 15 g/dL, com 45% de hematócrito e 150.000 de plaquetas. O paciente também apresenta creatinina de 1,5 mg/dL, com 1,5 mg/dL de ureia e 1,5 mg/dL de ácido úrico.

CONSULTÓRIO:
Rua Tibúrcio Cavali, nº 1710 - Alto da Boa Vista - Foz de Iguaçu - Paraná
Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552
CEP: 80125-100

CRM/CE 1610

Confirmação:

... de acordo com o exame físico, o paciente apresenta hipertensão arterial sistêmica, com 250/150 mmHg e 100 mg de glicose no sangue. O paciente também apresenta diabetes mellitus, com 120/80 mmHg e 100 mg de glicose no sangue. O paciente também apresenta colesterol total de 250 mg/dL, com 150 mg de LDL e 100 mg de HDL. O paciente também apresenta triglicérides de 150 mg/dL. O paciente também apresenta hemoglobina glicada de 7,5%. O paciente também apresenta hemoglobina de 15 g/dL, com 45% de hematócrito e 150.000 de plaquetas. O paciente também apresenta creatinina de 1,5 mg/dL, com 1,5 mg/dL de ureia e 1,5 mg/dL de ácido úrico.

28/03/20

Adonaldo Silveira Aragão
Médico

Adonaldo Silveira Aragão
Médico
CRM/CE 1610

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1234225-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/01/97

NOME ERIVAN SILVA CARVALHO

FILIAÇÃO MANOEL EDIVAN CARVALHO
VALDECY FERREIRA SILVA
CARVALHO

NATURALIDADE PAULO RAMOS-MA DATA DE NASCIMENTO 06/09/1968

DOC ORIGEM C. NASC. LIV. A07 FLS. 155
TERM 814 PAULO RAMOS-MA

CPF 99 99 99 99 99

Crescêncio Costa
ASSINATURA DO DIVISOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/68

073

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE JUSTIÇA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA

ASSINATURA DO TITULAR

ERIVAN SILVA CARVALHO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

UBA CORRIGITURA DE SEG. LTDA.

16 SET. 2019

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ERIVAN SILVA CARVALHO

Nº de Inscrição
950321851-91

Data do Nascimento
06/09/68



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
ERIVAN SILVA CARVALHO
ERIVAN SILVA CARVALHO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 29/12/99

S
E
R
V
I
D
O

LIBIA CORRÊTORA DE SEC. LTDA.
16 SET, 2019
PRP:

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

NOME
BRUNO MESQUITA MONTEIRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2004005131930 SSP CE

CPF 606.330.133-07 DATA NASCIMENTO 10/09/1992

FILIAÇÃO
ANTONIO DE PADUA
FERREIRA MONTEIRO
ALDANIRA FERREIRA
MESQUITA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO 05472931247

VALIDADE 15/12/2021

1ª HABILITAÇÃO 19/04/2012

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Bruno Mesquita Monteiro

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
19/12/2016

igor Vascóncelos Pónte

ASSINATURA DO EMISSOR

50301386078
CE157092518

DETRAN-CE (CEARA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 015037050280
DIG 1 210011050 0000000000 2019

ERIVAN SILVA CARVALHO
CAUCAIA / CE

PLACA ANT / UF
95032185191

PLACA
NVA0883/CE

CHASSI
9C2KD0520AR036964

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS MIX ES

ANO FAB. / ANO MOD.
2010 2010

CAP / POT / CIL
2P/0CV/149CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
P *****
V FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º *****
A ***** 3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 28/05/2019

OBSERVAÇÕES

CAUCAIA LOCAL DATA 22/06/2019

16 SET. 2019
Igor Pontes
Superintendente

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

CE Nº 015037050280 BILHETE DE SEGURO DPVAT

95032185191

NVA0883 / CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15037050280

56245141523

VIA 1 RENAVAL 95032185191 CPF / CNPJ EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 22/06/2019

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS MIX ES

ANO FAB. / DATA INSC. Nº CHASSI
2010 09 9C2KD0520AR036964

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA DATA DE QUITAÇÃO
28/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

MOTOR: KD05E2A036964

CONTRAN

Tamara Castro Silva

JAN / 2019

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capital e regiões metropolitanas: 4070.1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 9h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

3190532704

Data da solicitação:

01/03/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Enivan Silva Carvalho

CPF do beneficiário:

950.388.88-91

Nome do solicitante:

Bruno Mesquita Monteiro

CPF do solicitante:

666.330.132-27

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98509-8157

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Assinatura - 01/03/2020

Local e Data

Bruno Mesquita Monteiro

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532704 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: a

Resultados terapêuticos: a

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532704 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIO DE STEINMAN (TORNOZELO - P9), OMBRO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO, E DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL APRESENTA DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, E MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DO TORNOZELO DIREITO.
FEITO REAJUSTE PARA 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, E 25% DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
CONFORME RELATÓRIO PELO DR ADROALDO SILVEIRA ARAGÃO, CRM/CE: 1600, EM 03/03/2020.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
Total			39,97 %	R\$ 5.395,95

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532704 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE STEINMAN (TORNOZELO - P9), OMBRO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532704 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SILVA CARVALHO **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE STEINMAN (TORNOZELO - P9), OMBRO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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