

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190471948

Vítima: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190471948

Vítima: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190471948

Vítima: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

Data do Acidente: 09/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000024137-6

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, retorno 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190471948 Vítima: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

Data do Acidente: 09/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: $18,75\% \times 13.500,00 =$ R\$ 2.531,25

Recebedor: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000024137-6

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, retorno 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 063.338.643-07 4 - Nome completo da vítima: *Ronaldo Brito Coletinho de Furtas*

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

5 - Nome completo: *Ronaldo Brito Coletinho de Furtas* 6 - CPF: 063.338.643-07

7 - Profissão: *Bludante* 8 - Endereço: *Rua Dona Eliza* 9 - Número: 1964 10 - Complemento: —

11 - Bairro: *Guanfuru* 12 - Cidade: *Caucaia* 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60000000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95-8724-1986

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: 09 AGO 2019

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO 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: *3281*

CONTA: *24137* 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
Vivos: Falecidos: nasceu (vai nascer)? Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Prusaria 13-06-2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Ronaldo Brito Coletinho de Furtas*

43 - Assinatura do Procurador (se houver) *Dele*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2019396200



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 201 - 5482 / 2019

RECEBEMOS

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO	09 AGO 2019
Data / Hora da Comunicação: 13/06/2019 09:23:21	
Data / Hora da Ocorrência: 09/05/2019 14:00:00	
Endereço da Ocorrência: AVENIDA MISTER HULL	
Complemento:	
Bairro: TABAPUÁ	Município: CAUCAIA/CE
Ponto de Referência: TABAPUÁ	

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS	UF: CE
Nascimento: 26/06/1996	CPF: 063.338.643-07
RG: 20072530965	Orgão Emissor: SSPDS
Filiação: RAIMUNDA BRITO COUTINHO DE FREITAS	
	REGINALDO GOMES DE FREITAS
Endereço: RUA DONA ELISA, 1964	
Bairro: PARQUE ALBANO	
Município: CATUNDA/CE	CEP:
País: BRASIL	Telefone: (85) 98859-2455

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNN9536 Uf: CE Município: CAUCAIA Chassi: 9C2KD0810GR469753 Renavam: 1094223112 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD Ano Fabricação: 2016 Ano Modelo: 2016 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: BRANCA Proprietário: RAIMUNDA BRITO COUTINHO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO
--

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima mencionado, viajava na moto acima descrita quando foi trancado por um veículo em alta velocidade o qual colidiu na moto e saiu em disparada sem ter a placa anotada; que o declarante caiu ao solo e nada fraturou a clavícula; Que o declarante foi socorrido por uma viatura do Samu e levado para o Hospital Municipal de Caucaia onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

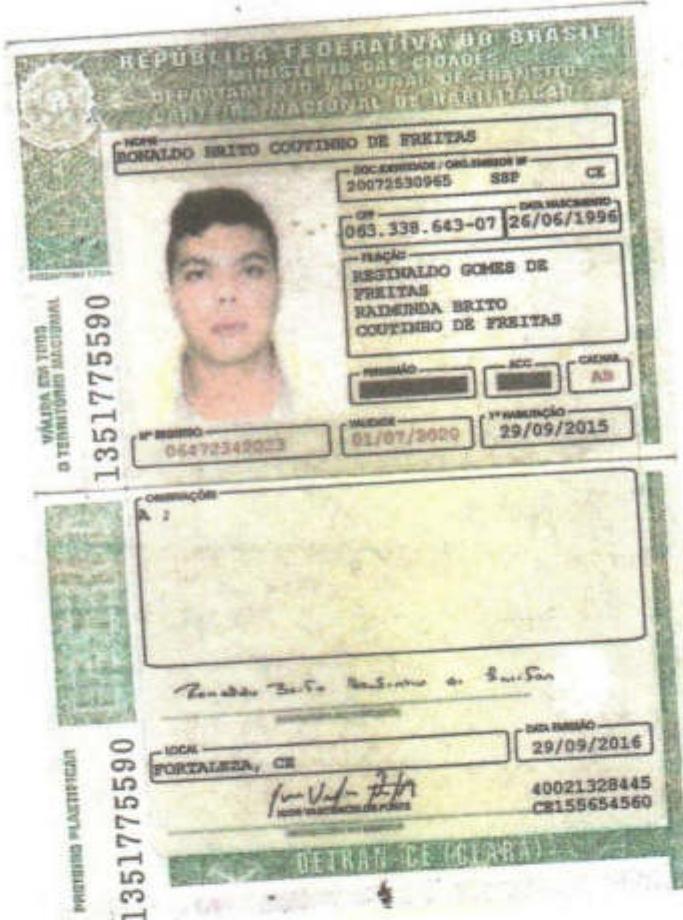
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Josenildo Moura de Menezes
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Cladiston Sousa Braga*

VISTO DO DELEGADO(A) :

Cladiston Sousa Braga CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **063.338.643-07**

Nome: **RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS**

Data de Nascimento: **26/06/1996**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/06/2011**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:20:59** do dia **04/06/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **09B4.B11C.2CF3.7C2E**



RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Glaciene F. Nobre
Coronel de Sargento Eirek
CRMJ21.487.714/2011-06

Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

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: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000024137-6

Nr. da Autenticação 91EB7F201ECBDF98

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: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000024137-6

Nr. da Autenticação 66A12B13C28407D4



Esta é a segunda via de
ABR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **569265146**
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 05 022005 16 019000 Medidor
Nome RAIMUNDA BRITO COUTINHO 8994787
Endereço Postal 0000 0000

Nº DO CLIENTE

1728905 DV 0

VENCIMENTO

05/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

134,53

End. da Unidade RUA DONA ELIZA 01964 GUAJERU CAUCAIA 60000000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 704.828.613-04 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

24582	24422	1	160	0	160
-------	-------	---	-----	---	-----

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO

160 0,72397 115,83

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 08/04/2019	Prev. Próxima Leitura 09/05/2019
---	-------------------------------------

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2731.979C.667D.F8F9.76C4.7581.8F6F.4D1D

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 115,83	Aliquota 27%	Valor do Imposto 31,27
---------------------------------	-----------------	---------------------------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	43,09
TRANSMISSÃO	4,59
DISTRIBUIÇÃO	24,55
ENCARGOS SETORIAIS	6,58
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	37,02

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

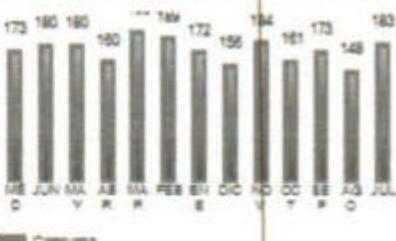
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 45,24

Conjunto JUREMA

Mês FEV/ 2019

DIC (h)	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
10,15	20,30	40,61	0,00	0,00	0,00	0,00
7,37	14,74	29,49	0,00	0,00	0,00	0,00
5,38			0,00			

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Nº do Cliente: **1728905-0** Nº da Nota Fiscal: **569265146** Total a Pagar (R\$): **134,53**
Data de Emissão: **13/06/2019** Referência: **ABR/2019** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Maria Gacimunda F. Nicoll
Comissária de Segurança Elétrica
CNPJ: 21.337.749/0001-19



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 572214256
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela lei nº 10.438 de
28 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

ABR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

DADOS DO CLIENTE

Rota 20 022000 08 044200

Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
Endereço Postal

Medidor

2577879

Poste

0000 0

Nº DO CLIENTE
9681143 DV **9**

VENCIMENTO

07/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

64,04

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO

69 0,73803 50,92

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação	Prev. Próxima Leitura
29/04/2019	29/05/2019

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,67
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,75
MULTA MORATORIA	1,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	10,61

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
50,92	27%	13,74

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	19,26
TRANSMISSÃO	1,53
DISTRIBUIÇÃO	11,31
ENCARGOS SETORIAIS	2,56
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	16,26

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
0	100	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

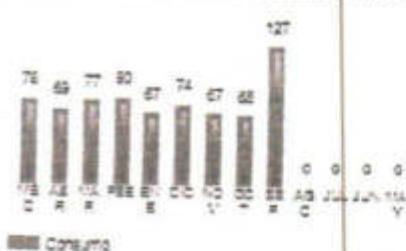
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,15

Conjunto CAUCAIA

Mês FEVEREIRO 2019

DIC (h)	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Autenticação mecânica diante

Nº do Cliente: **9681143-9** Nº da Nota Fiscal: **572214256** Total a Pagar (R\$): **64,04**
Data de Emissão: **23/05/2019** Referência: **ABR/2019** Nº de Controle:

RECEBEMOS

07 AGO 2019

Maria Cecília F. Nobre
Comunicação Social Enel
CNPJ: 21.887.581/0001-08

**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/BIBLIOTECAWEB/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 Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Jose Adenilson Luz de Azevedo

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.923 , 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ronaldo Bruto Coutinho de Britto inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.338.643, 07,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ronaldo Bruto Coutinho de F.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.338.643 , 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

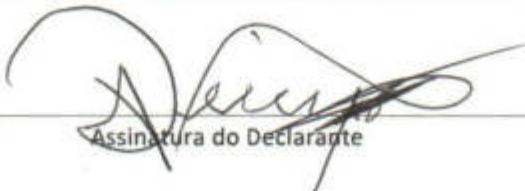
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider–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>Rua Paulo Gomes da Silva</u>	Número:	<u>226</u>	Complemento:
Bairro:	<u>PQ Soledade</u>	Cidade:	<u>Caucaia</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>61603070</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>8724-1586</u>

Local e Data:

Caucaia 13.06.2019


Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

09/06/2019

Maria Gacimunda F. Nobre
Coronária de Souza Eireli
CNPJ:21.487.735/0001-08

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, Raimunda Brito Coutinho,
 RG nº 930828 643 04, data de expedição 26/04/16
 Órgão Detran - CE, portador do CPF nº 704.828.613 04,
 com domicílio na cidade de Caucaia, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) avenida Boa Vista, nº 1964,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Ronaldo Brito Coutinho de Sá, cujo o condutor era
Ronaldo Brito Coutinho de Sá.

Veículo: MOTO Modelo: Honda NXR160 Ano: 2016
 Placa: PNH Chassi: 9A2KDD0810GR469753
 Data do Acidente: 09/05/2019

RECEBEMOS
 09 AGO 2019

Local e Data:

Caucaia 13/06/2019

*Maria Gacimete F. Nogueira
 Cachorro da Sociedade Exclusiva
 21 8877 4401-11*

* Raimunda Brito Coutinho

Assinatura do Declarante

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



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
 TABELIÃ: ANA KAREN LIMA LINARES LOIOLA - CNPJ: 01.730.887/0001-42
 Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia/CE
 Tel: (85) 3521.7301 • E-mail: carterio@cartorioximenes.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE à assinatura
 indicada de RAIMUNDA BRITO COUTINHO, Dou Fé
 Caucaia-CE, 13 de junho de 2019
 Em Teste da Verdade.

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrivente Autorizado

Confira os dados do ato em:
www.cartorioximenes.com.br





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
MUNICÍPIO DE CAUCAIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Raimundo Brito Coutinho de Freitas

6 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

34123

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101877091131921561999

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/06/96

9 - SEXO

Mas.

Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda Brito Coutinho de Freitas

11 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua D. Elisa 1964 - Pq Albano

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

caucaia

13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

23.03.70

14 - UF

CE

15 - CEP

CEP 61160-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre de desenho e comulhos, com erupções

RECEBEMOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Reiu de compluas

09 AGO 2019

Maria Gacimunda F. Nobre
Coronel da Guarda Civil
CNPJ:21.457.736/0001-17

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Pranose ta fio tde

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

infecção

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

(CNS CPF)

Cydnei Santos Freitas

Trammatologista - Ortopedista

CREMEC 7881 REG 2594 SHOT 8961

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Cydnei Santos Freitas

Trammatologista - Ortopedista

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/08/19

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE DO CONSELHO

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO TÍTULO

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

54 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - N° DA TÍTULO

57 - SÉRIE

58 - N° DO TÍTULO

59 - CBOR

60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

62 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - DOCUMENTO

64 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

65 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

66 - N° DA TÍTULO

67 - SÉRIE

68 - N° DO TÍTULO

69 - CBOR

70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

71 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

72 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - DOCUMENTO

74 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

75 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

76 - N° DA TÍTULO

77 - SÉRIE

78 - N° DO TÍTULO

79 - CBOR

80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

81 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

82 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - DOCUMENTO

84 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

85 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

86 - N° DA TÍTULO

87 - SÉRIE

88 - N° DO TÍTULO

89 - CBOR

90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

91 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

92 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - DOCUMENTO

94 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

95 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

96 - N° DA TÍTULO

97 - SÉRIE

98 - N° DO TÍTULO

99 - CBOR

100 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

101 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

102 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

103 - DOCUMENTO

104 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

105 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

106 - N° DA TÍTULO

107 - SÉRIE

108 - N° DO TÍTULO

109 - CBOR

110 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

111 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

112 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113 - DOCUMENTO

114 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

115 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

116 - N° DA TÍTULO

117 - SÉRIE

118 - N° DO TÍTULO

119 - CBOR

120 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

121 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

122 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123 - DOCUMENTO

124 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

125 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

126 - N° DA TÍTULO

127 - SÉRIE

128 - N° DO TÍTULO

129 - CBOR

130 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

131 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

132 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

133 - DOCUMENTO

134 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

135 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

136 - N° DA TÍTULO

137 - SÉRIE

138 - N° DO TÍTULO

139 - CBOR

140 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

141 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

142 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

143 - DOCUMENTO

144 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

145 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

146 - N° DA TÍTULO

147 - SÉRIE

148 - N° DO TÍTULO

149 - CBOR

150 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

151 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

152 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

153 - DOCUMENTO

154 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

155 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

156 - N° DA TÍTULO

157 - SÉRIE

158 - N° DO TÍTULO

159 - CBOR

160 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

161 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

162 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163 - DOCUMENTO

164 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

165 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

166 - N° DA TÍTULO

167 - SÉRIE

168 - N° DO TÍTULO

169 - CBOR

170 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

171 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

172 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

173 - DOCUMENTO

174 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

175 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

176 - N° DA TÍTULO

177 - SÉRIE

178 - N° DO TÍTULO

179 - CBOR

180 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

181 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

182 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

183 - DOCUMENTO

184 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

185 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

186 - N° DA TÍTULO

187 - SÉRIE

188 - N° DO TÍTULO

189 - CBOR

190 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

191 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

192 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

193 - DOCUMENTO

194 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

195 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

196 - N° DA TÍTULO

197 - SÉRIE

198 - N° DO TÍTULO

199 - CBOR



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 34123

NOME: <i>Ronaldo Brito Coutinho de Freitas</i>					
DATA DE NASCIMENTO: 26.06.1976	IDADE: 22 a	COR:	SEXO: m	ESTADO CIVIL: solteiro	NATURALIDADE: Fortaleza - ce
Nº IDENTIDADE: 20012530963	Nº CPF			CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: <i>Reginaldo Gomes de Freitas - Rainha da Brito Coutinho de Freitas</i>					
ENDERECO DO PACIENTE: <i>Rua J. Elisa</i> N° <i>1964</i>					
BAIRRO: Pg. Alvorada	MUNICÍPIO: Caucaia			FONE:	
NOME DO RESPONSÁVEL: <i>Reginaldo do Nascimento Sávio</i> FONE: 98565-2499					
ENDERECO DO RESPONSÁVEL: <i>O mesmo</i>					
DATA DE ADMISSÃO: 9.5.19		HORA DE EMISSÃO: 1721		FUNCIONÁRIO: Heloia	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO:					
<i>Pretende o6</i>					
<i>Clorazido F.</i>					
EXAME FÍSICO:					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
RECEBEMOS 09 AGO 2019					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
<i>Cydnei Santos Freitas</i> Traumatologista - Ortopedista CRM/CE 7481 RCR/2594 SBOT 0001					
ASSINATURA					



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

		Nº Reg.
Nome: RONALDO BRITO		
Data da Cirurgia	14/08/19	Enf. Leito
Cirurgião	JOSÉS	1º Auxiliar MARCOS ALMEIDA
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	ANTONIENE	Tipo Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório		
Fratura da clavícula (E)		
Tipo de Operação		
Osteomíctise da clavícula (E)		
Diagnóstico Pós-Operatório		
O mesmo		
Relatório imediato do Patologista		RECEBEMOS
Exame Radiológico no Ato		09 AGO 2019
Acidente durante a Operação		Maria Gacineide F. Nogueira Coronel de Suaúde Efer CRM 321-4577-0001-0
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO		
Via de Acesso - Táctico e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras		
1. Roçante na OPI sob anestesi. 2. Anêst. + intubação. 3. Acessos diretos à clavícula (E) 4. Amarrar a pele por placa. 5. Aplicação de placa + parafusos 6. Placa de Phanostore 7. Sutura + curativo 8. Imobilização com fixação.		
		Dr. Marcos ALMEIDA G. NOGUEIRA Operação Trauma 100% 09/08/2019

ENTIDADE			ENFERMEIRO	LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA	NOME <i>Ronalds Brito Coutinho</i>		IDADE	SEXO	COR	
DATA <i>14/05/19</i>	PRES. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁTIAS	HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO	GLICEMIA	
	URINA				UREIA	
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO		DENTES		PESCOÇO	AP. URINARIO	
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS		CORTICOIDES	ALERGIA HOPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FISICO RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			APLICADAS ÀS		EFEITO	
Agentes Anestésicos	02					INDUÇÃO
						Satisf. _____ Exit. _____ Tosse _____ Laringe _____ Espermo _____ Lenta _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____
Líquidos					MANUTENÇÃO	
					1) midazolam IV 3mg 2) fentanil IV 100ug 3) cefzolin IV 2g 4) Dypiramida IV 2g 5) Bromopinda IV 10mg Anestesia Satisf.: S N 6) lidocaina 1,5% 40ml - Brag plexo braquial.	
CÓDIGO VP Arterial o Plus: O - Respiração A x Anestesia: O - Operação					DESPETAR Reflexos na SO	
					Obeir. CO2 Excret. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outras _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						CONDIÇÕES
POSIÇÃO						
AGENTES						
TÉCNICA						CÔNULAS
OPERAÇÃO						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
OBSERVAÇÕES						
Complicações pré-operatória, operatórias e pós-operatórias.					PERDA SANGUÍNEA	
					 RECEBEMOS 09 AGO 2019	

DATA

ANOTAÇÕES

ASSIN. TUR.
CARIMBO19/
05/19LEANNE ALESSANDRO Andrade
sem preconceitos

Dr. Osvaldo Bitu S. Melo
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12081

APONTAMENTO

DIAGNÓSTICO

TRAT.

15/05 #91 NOCLAVICULA;

- esguicho, dores;

- FOCO DE INFLAMAÇÃO;

- RX CONVOLTE OK.

- CO: 1) MOCA E CURADO;
- 2) SEM HOSPITALIZAR.

Dr. Osvaldo Bitu
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 15.108

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Giovanna P. Melo
Corrente da Serrinha Faz.
07602-21071



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
NOME:	Karla do Braga Batista VOLETO:
	CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA
	412

DATA	MEDICAÇÕES	APRAZAMENTO	U/1105119	OBSERVAÇÕES
14/05/2019	1) DIETA GERAL	Manhã	MT- AS 08:30 VPA = MUD X 600ML	
	2) DIPIRONA 2:18 ML AD EV 6/6H S/N	S/N	P = 71 bpm T = 36,1 °C	
	3) CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12HS S/N	(18:00) S/N	AUD (12:105) UM MSD -	
	4) BROMOPRIDA 2:18 ML AD EV 8/BH S/N	S/N	Qs 13:30h. PACT ENCG	
	5) OMEPRAZOL 20MG 1CP JEJUM	S/N	minhaido ao centro	
	6) OLEO MINERAL 10ML VO 12/12H SE CONSTIPAÇÃO	S/N	EVANIA Andrade	
	7) TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/BH S/N	S/N	TESTAMENTO CE 178.706	
	8) SSVV + CCGG	S/N	AS 15:00, PR	
			21/05/2019	
			01/06/2019	
			02/06/2019	
			03/06/2019	
			04/06/2019	
			05/06/2019	
			06/06/2019	
			07/06/2019	
			08/06/2019	
			09/06/2019	
			10/06/2019	
			11/06/2019	
			12/06/2019	
			13/06/2019	
			14/06/2019	
			15/06/2019	
			16/06/2019	
			17/06/2019	
			18/06/2019	
			19/06/2019	
			20/06/2019	
			21/06/2019	
			22/06/2019	
			23/06/2019	
			24/06/2019	
			25/06/2019	
			26/06/2019	
			27/06/2019	
			28/06/2019	
			29/06/2019	
			30/06/2019	
			31/06/2019	
			01/07/2019	
			02/07/2019	
			03/07/2019	
			04/07/2019	
			05/07/2019	
			06/07/2019	
			07/07/2019	
			08/07/2019	
			09/07/2019	
			10/07/2019	
			11/07/2019	
			12/07/2019	
			13/07/2019	
			14/07/2019	
			15/07/2019	
			16/07/2019	
			17/07/2019	
			18/07/2019	
			19/07/2019	
			20/07/2019	
			21/07/2019	
			22/07/2019	
			23/07/2019	
			24/07/2019	
			25/07/2019	
			26/07/2019	
			27/07/2019	
			28/07/2019	
			29/07/2019	
			30/07/2019	
			31/07/2019	
			01/08/2019	
			02/08/2019	
			03/08/2019	
			04/08/2019	
			05/08/2019	
			06/08/2019	
			07/08/2019	
			08/08/2019	
			09/08/2019	
			10/08/2019	
			11/08/2019	
			12/08/2019	
			13/08/2019	
			14/08/2019	
			15/08/2019	
			16/08/2019	
			17/08/2019	
			18/08/2019	
			19/08/2019	
			20/08/2019	
			21/08/2019	
			22/08/2019	
			23/08/2019	
			24/08/2019	
			25/08/2019	
			26/08/2019	
			27/08/2019	
			28/08/2019	
			29/08/2019	
			30/08/2019	
			31/08/2019	
			01/09/2019	
			02/09/2019	
			03/09/2019	
			04/09/2019	
			05/09/2019	
			06/09/2019	
			07/09/2019	
			08/09/2019	
			09/09/2019	
			10/09/2019	
			11/09/2019	
			12/09/2019	
			13/09/2019	
			14/09/2019	
			15/09/2019	
			16/09/2019	
			17/09/2019	
			18/09/2019	
			19/09/2019	
			20/09/2019	
			21/09/2019	
			22/09/2019	
			23/09/2019	
			24/09/2019	
			25/09/2019	
			26/09/2019	
			27/09/2019	
			28/09/2019	
			29/09/2019	
			30/09/2019	
			31/09/2019	
			01/10/2019	
			02/10/2019	
			03/10/2019	
			04/10/2019	
			05/10/2019	
			06/10/2019	
			07/10/2019	
			08/10/2019	
			09/10/2019	
			10/10/2019	
			11/10/2019	
			12/10/2019	
			13/10/2019	
			14/10/2019	
			15/10/2019	
			16/10/2019	
			17/10/2019	
			18/10/2019	
			19/10/2019	
			20/10/2019	
			21/10/2019	
			22/10/2019	
			23/10/2019	
			24/10/2019	
			25/10/2019	
			26/10/2019	
			27/10/2019	
			28/10/2019	
			29/10/2019	
			30/10/2019	
			31/10/2019	
			01/11/2019	
			02/11/2019	
			03/11/2019	
			04/11/2019	
			05/11/2019	
			06/11/2019	
			07/11/2019	
			08/11/2019	
			09/11/2019	
			10/11/2019	
			11/11/2019	
			12/11/2019	
			13/11/2019	
			14/11/2019	
			15/11/2019	
			16/11/2019	
			17/11/2019	
			18/11/2019	
			19/11/2019	
			20/11/2019	
			21/11/2019	
			22/11/2019	
			23/11/2019	
			24/11/2019	
			25/11/2019	
			26/11/2019	
			27/11/2019	
			28/11/2019	
			29/11/2019	
			30/11/2019	
			31/11/2019	
			01/12/2019	
			02/12/2019	
			03/12/2019	
			04/12/2019	
			05/12/2019	
			06/12/2019	
			07/12/2019	
			08/12/2019	
			09/12/2019	
			10/12/2019	
			11/12/2019	
			12/12/2019	
			13/12/2019	
			14/12/2019	
			15/12/2019	
			16/12/2019	
			17/12/2019	
			18/12/2019	
			19/12/2019	
			20/12/2019	
			21/12/2019	
			22/12/2019	
			23/12/2019	
			24/12/2019	
			25/12/2019	
			26/12/2019	
			27/12/2019	
			28/12/2019	
			29/12/2019	
			30/12/2019	
			31/12/2019	
			01/01/2020	
			02/01/2020	
			03/01/2020	
			04/01/2020	
			05/01/2020	
			06/01/2020	
			07/01/2020	
			08/01/2020	
			09/01/2020	
			10/01/2020	
			11/01/2020	
			12/01/2020	
			13/01/2020	
			14/01/2020	
			15/01/2020	
			16/01/2020	
			17/01/2020	
			18/01/2020	
			19/01/2020	
			20/01/2020	
			21/01/2020	
			22/01/2020	
			23/01/2020	
			24/01/2020	
			25/01/2020	
			26/01/2020	
			27/01/2020	
			28/01/2020	
			29/01/2020	
			30/01/2020	
			31/01/2020	
			01/02/2020	
			02/02/2020	
			03/02/2020	
			04/02/2020	
			05/02/2020	
			06/02/2020	
			07/02/2020	
			08/02/2020	
			09/02/2020	
			10/02/2020	
			11/02/2020	
			12/02/2020	
			13/02/2020	
			14/02/2020	
			15/02/2020	
			16/02/2020	
			17/02/2020	
			18/02/2020	
			19/02/2020	
			20/02/2020	
			21/02/2020	
			22/02/2020	
			23/02/2020	
			24/02/2020	
			25/02/2020	
			26/02/2020	
			27/02/2020	
			28/02/2020	
			29/02/2020	
			30/02/2020	
			01/03/2020	
			02/03/2020	
			03/03/2020	
			04/03/2020	
			05/03/2020	
			06/03/2020	
			07/03/2020	
			08/03/2020	
			09/03/2020	
			10/03/2020	
			11/03/2020	



FICHA DE ATENDIMENTO

USP 109

DATA: 09/05/19		HORÁRIO: 15:37	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS	AMBULÂNCIA:
PACIENTE Ronaldo Brito (Cau) / m / do Fruas				
NOME DA MÃE: Zenilda Brito				
DATA DE NASCIMENTO: 2006/96		CARTÃO DO SUS:	INDÍCIO: SIM NÃO	
IDADE: 32	SEXO: M	RG: 20072530968	TELEFONE: 876524100	
ENDERECO: Rua Dona Elisa 1106	CIDADE: Aracaju	ESTADO: SE	FUNCIONÁRIO: RECEBEREMOS	
BAIRRO: Pq Albas			09 AGO 2019	

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL: Queda Motocicleta	CLÍNICO: CIRURGIÃO: TRAUMATOLOGISTA: PEDIATRA:	Maria Gadelha F. Nobre Gabinete da Secretaria Executiva CPNJ 21.487.734/0001-17
-------------------------------------	--	---

SINAIS VITais

ESCALA DE DOR ADULTO:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SEM DOR	DOR LEVE	DOR MODERADA	PIOR DOR POSSÍVEL
HORA: 13:00h	PA: TEMP: SpO2: FR: 18 99%	F.C: 82 bat	GLICEMIA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE (X) AZUL ()

CARIMBO ASSIN. PROFISSIONAL:
Mário Oliveira

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.	HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:
---	-------------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Consciente

Prótese do clavicule E; com
inflamação e inchaço
tentar passar trocâmbio

Cydnel Santos Freitas
Traumatologista - Ortopedista
CREMEC 7481 RQE 2591 SBET 0961

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X () ULTRASSOM () ENDOSCOPIA () ECG () OUTROS ()

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL:

Su... Su... Su...



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR



A circular logo with the words "MUNICÍPIO APROVADO" around the top edge and "UNICEF" at the bottom. In the center is a stylized sun-like symbol with the number "005" written across it.

GASTO DE SALA CIRÚRGICA POR CÓDIGOS

PACIENTE RONALDO BRITO Coutinho de FREITAS
TIPO DE CIRURGIA OSTEOGENESSE DE FEAT. DA Clavícula I

CONVÊNIO 545

APPTV

EQUIPE MÉDICA DE JOSEFA + DR. MARCOS SUELLEN
DR. ALEXANDRE BECERRAL

TIPO DE ANESTESIA BPF

Fonte: Censo Demográfico 2010 - IBGE

SETOR EMITENTE

SONDAGE

604

VASELINA
50ml CLEER - TENS
50ml " Alcanfor
01 CANETA DE MISTURA

Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

LAUDO MÉDICO

NOME: Ronaldo Bríio Catinno de Freitas

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 09/05/19 ONDE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA COM DIAGNOSTICO DE FRACTURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO () CLÍNICO (X) CIRÚRGICO (X) FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM MEIO LAVO SINTOMÁTICA RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM SETEMBRO DE 2019, EVOLUINDO COM SEQUELA E DANO IRREVERSÍVEL DE 70 %, MESMO APÓS O TRATAMENTO, APRESENTANDO DON RESIDUAL, DEFÍCIT DE FORÇA, LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO E INCAPACIDADE PARA USO PLENO DO OMBRO ESQUERDO.

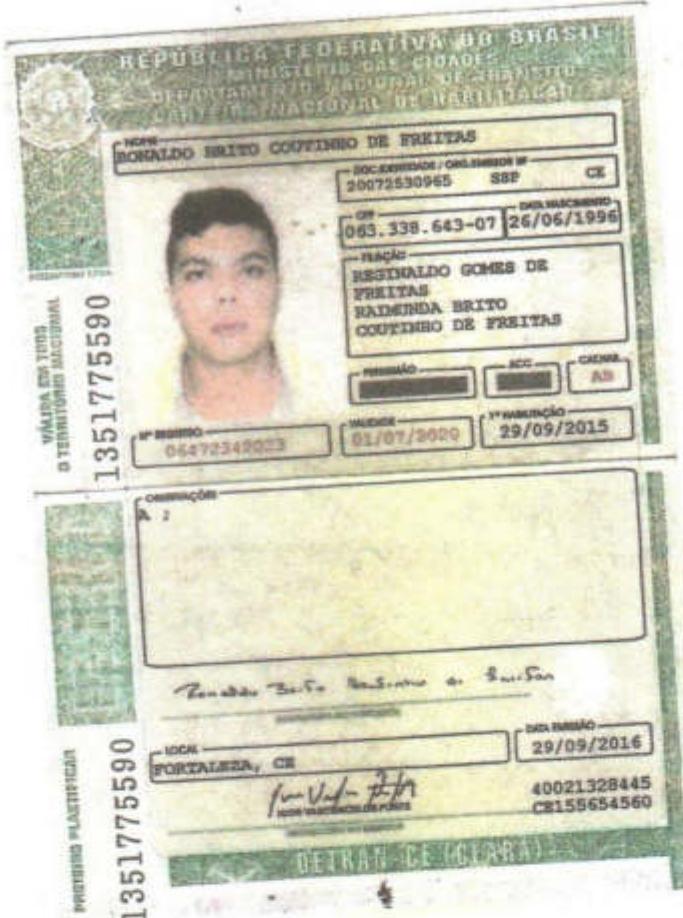
CAUCAIA 04/09/19

RECEBEMOS

10 SET 2019

Dr. Marcus Gadelha CRM 10184
TEOT 12042
Gabinete

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com



RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gacimonde F. Nobre
Comunica de Sargento Elias
CNPJ:21.497.700.0001-18



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **063.338.643-07**

Nome: **RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS**

Data de Nascimento: **26/06/1996**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/06/2011**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:20:59** do dia **04/06/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **09B4.B11C.2CF3.7C2E**



RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Glaciene F. Nobre
Coronel de Sargento Eirek
CRMJ21.487.714/2011-06

Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gacimonde F. Nobre
Comissária de Sua Majestade
CNPJ: 21.487.730/0001-18

Proprietária da moto



RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gacimunda F. Nobre
Corretora de Seguros EIRELI
CNPJ 21.487.736/0001-57

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190471948 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS **Data do acidente:** 09/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.3)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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 dos ombros	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: 3190471948 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS **Data do acidente:** 09/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da clavícula esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 30°, abdução aos 50°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura diafisária da clavícula esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 09/05/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura com placa e parafusos, tratamento medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou alteração do mecanismo acromioclavicular com redução da força e mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no ombro esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em ombro esquerdo, em grau intenso, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Trata-se de caso de reanálise com pagamento anterior de indenização por análise médica documental. Na primeira análise foi apurada sequela permanente no ombro esquerdo, em grau médio. Agora, após nova avaliação documental e exame físico a graduação demonstra-se inadequada, pois conforme verificado no exame resta como apropriada a nova adequação com pagamento de mais 25% do ombro esquerdo, totalizando 75% do segmento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75