
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

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

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, 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, 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% x 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, 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



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 ASL: 3 - CPF da vítima: 063.338.643.07 4 - Nome completo da vítima: Ronaldo Brito Coutinho de Freitas

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 Coutinho Freitas 6 - CPF: 063.338.643-07
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Dona Eliza 9 - Número: 1964 10 - Complemento:
11 - Bairro: Guarfuru 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) Maria Garcia de F. Nobre

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3284 CONTA: 24137 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caucaia 13-06-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 5482 / 2019

RECEBEMOS

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO 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	09 AGO 2019 Márcia Gacimede F. Nobre Corregedora de Segurança Especial CPF: 21.497.739-0001-06
--	---

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS ✓ 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 País: BRASIL	UF: CE CEP: 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
Exerício de Policia
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: [Assinatura]

VISTO DO DELEGADO(A) : [Assinatura]
CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
 UNIAO NACIONAL DE HABITACAO

NOME
 RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

DOC. IDENTIFICAD. / OUT. IDENTIFICAD.
 20072530965 SSP CE

CPF
 063.338.643-07

DATA NASCIMENTO
 26/06/1996

END. COM.
 RESIDUALDO GOMES DE
 FREITAS
 RAIMUNDA BRITO
 COUTINHO DE FREITAS

PROFISSAO
 []

ICC
 []

CATEG.
 AD

UF RESID.
 06472349023

DATA DE
 01/07/2009

1ª HABITACAO
 29/09/2015

Observação
 []

Ronaldo Brito Coutinho de Freitas

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA DE
 29/09/2016

[Assinatura]

40021328445
CE155654560

DETANH-CE (CLARA)

VALIDA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL
1351775590

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
1351775590

utiliza

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gorete de F. Nobre
 Coordenadora de Segurança Física
 CEP: 21.257-700 RJ



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**

Digito 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

04 AGO 2019

Maria Gorete F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CPF: 21.457.734/0001-05

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



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 569265146

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de
ABR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
1728905 DV **0**

VENCIMENTO
05/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
134,53

Rota 05 022005 16 019000

Medidor

Poste

Nome RAIMUNDA BRITO COUTINHO

8994787

0000 0000

Endereço Postal

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

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

Prev. Próxima
Leitura

08/04/2019

09/05/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

ICMS

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

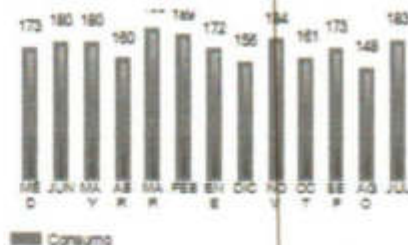
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 45,24

Conjunto JUREMA

Mês FEV/ 2019

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

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: 1728905-0 N° da Nota Fiscal: 569265146 Total a Pagar (R\$): 134,53
Data de Emissão: 13/06/2019 Referência: ABR/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Garcia F. Nobre
Coordenadora de Serviços
CNPJ: 21.897.724/0001-16



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 572214256
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 00135 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

Esta é a segunda via de
ABR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
9681143 DV **9**

VENCIMENTO
07/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
64,04

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

Rota 20 022000 08 044200 Medidor 2577879 Poste 0000 0
Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU PAULO GOMES DA SILVA 00226 PQ. SOLEDADE CAUCAIA
61603070

RG / CPF / CNPJ 420.119.223-72 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
3138	3069	1	69	0	69

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
69	0,73803	50,92

DATAS DE LEITURA

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0182.FA77.1C35.5974.03EC.55F5.CA73.396A

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

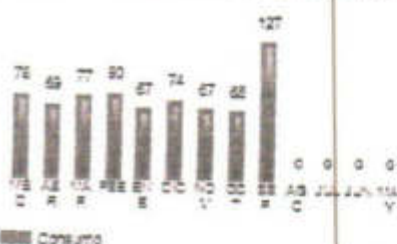
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,15

Conjunto CAUCAIA

Mês FEV/ 2019

	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)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica diante

N° do Cliente: 9681143-9 N° da Nota Fiscal: 572214256 Total a Pagar (R\$): 64,04
Data de Emissão: 23/05/2019 Referência: ABR/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

RECEBEMOS

07 AGO 2019

Maria Guimaraes F. Nobre
Companhia de Serviços Elétricos
CNPJ: 21.487.711/0001-08

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 Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu

Jose Ademilson Luz de Azevedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 420.119.223 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ronaldo Brito Coutinho de Freitas

inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.338.643 / 07

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ronaldo Brito 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 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>Rua Paulo Gomes da Silva</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>PQ Soledade</u>	Cidade: <u>Caucaia</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>61603070</u>	Tel. (DDD): <u>8724.1586</u>

Local e Data:

Caucaia 13.06.2019

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

09 JUN 2019

Maria Gaciminda F. Nobre
Coordenadora de Serviços Especializados
CNPJ: 21.487.734/0001-06

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 93082864304, data de expedição 26/04/16

Órgão Detran - CE, portador do CPF nº 704.828.61304

com domicílio na cidade de Caucaia, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Joana Bezerra, 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 Freitas, cujo o condutor era

Ronaldo Brito Coutinho de Freitas

Veículo: MOTO Modelo: Honda NXR160 Ano: 2016

Placa: PNH Chassi: 9C2KD0810GR469763

Data do Acidente: 09/05/2019

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Local e Data: Caucaia 13/06/2019

Maria Garcia de F. Nobre
Chefe de Serviço Externo
1121.987.73.0001-14

x 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 - 3ª TABELIONATO
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES UDIOLA - CNPJ: 01.730.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia/CE
Tel: (085) 3521.7301 • E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

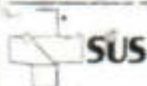
Válido somente com o selo de autenticidade

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

Lucas Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado

Confira os dados do seu em:
selodigital.tyc.jus.br/portal





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

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARELARO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paula Brito Coutinho de Freitas

Nº DO PRONTUÁRIO

34123

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710871011319256999

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/06/96

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda Brito Coutinho de Freitas

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 19 885912455

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua D. Elisa 1964 - Pg Albano

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camocim

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

23-03-70

15 - UF

CE 61601000

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura de osso do membro superior, com entorpecimento

RECEBEMOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Requer de acompanhamento

09 AGO 2019

Maria Gacimede F. Nobre
Gerente de Serviços Externos
CNPJ: 21.487.739/0001-01

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

Rampos + a fim + R

fratura do osso do membro superior

Tratamento cirúrgico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Cyndei Santos Freitas
Traumatologista - Ortopedista
CRM 101.101.101

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
09/08/19

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Cyndei Santos Freitas
Traumatologista - Ortopedista
CRM 101.101.101

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

03/05/19



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

Nº 34123

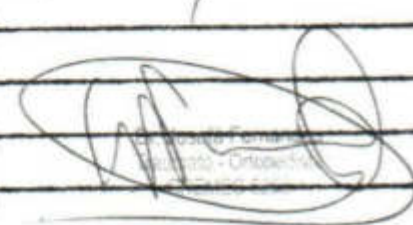
NOME: Ronaldo Brito Coutinho de Freitas					
DATA DE NASCIMENTO: 26.06.1976	IDADE: 22a	COR:	SEXO: M	ESTAD. CIVIL: solteiro	NATURALIDADE: Fortaleza-CE
Nº IDENTIDADE: 20042530963		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: Roginaldo Gomes de Freitas - Raimunda Brito Coutinho de Freitas					
ENDEREÇO DO PACIENTE: Rua J. Elise					Nº 1964
BAIRRO: Pg. Albano	MUNICÍPIO: Caucaia			FONE:	
NOME DO RESPONSÁVEL: Roginaldo Dias Sávio				FONE: 9.8565-2499	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: O mesmo					
DATA DE ADMISSÃO: 9.5.19		HORA DE EMISSÃO: 14:27		b) FUNCIONÁRIO: Helena	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO:					
EXAME FÍSICO: Presença de Dor no F.					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
ASSINATURA					

RECEBEMOS
09 AGO 2019
Mário Galdino F. Alves
Coordenador de Saúde Bucal
CRM RJ 21.451.726-0/1-01

Cydney Santos Freitas
Traumatologista - Ortopedista
CRM RJ 7481.808-25/94-5807-0061



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

Nome: <u>RONALDO BRITO</u>			Nº Reg.
Data da Cirurgia <u>14/05/19</u>	Ent.	Leito	
Cirurgião <u>JOSEBA</u>	1º Auxiliar <u>MARCOS AUGUSTO</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista <u>ANEXADUE</u>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>FRATURA DA CLAVÍCULA (E)</u>			
Tipo de Operação			
<u>OSTEOSTIOTOMIA DA CLAVÍCULA (E)</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
<u>O mesmo</u>			
Relatório Imediato do Patologista		RECEBEMOS	
Exame Radiológico no Ato		09 AGO 2019	
Acidentes durante a Operação		Márcia Carmelinda F. Nobre Coordenadora de Serviços Externos CRM 321.457-7/CE	
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura Material Empregado - Aspecto - Visceras			
1. Realizada em DOP sob anestesia			
2. Anestesia + antiespasmódico			
3. Acesso direto à lesão (E)			
4. Amecção por placas			
5. Aplicação de placa + parafusos			
6. Drenagem de hematoma			
7. Sutura + curativo			
8. Imobilização com tala			
			
Dr. Marcos Augusto S. Nobre Ortopedia e Traumatologia CRM 321.457-7/CE			

ENTIDADE		ENFERMEIRO		LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA	NOME <u>Ronaldo Brito Coutinho</u>			IDADE	SEXO	COR	
DATA <u>14/05/19</u>	PRES. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁTIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			ESTADO FÍSICO			RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADAS ÀS		EFEITO	
Agentes Anestésicos	02					INDUÇÃO	
						Satisf. _____ Exot. _____ Tosse _____ Laringe _____ Espasmo _____ Lente _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____	
Líquidos		<u>150</u> ~					
CÓDIGO VP Arterial o Plus: O - Respiração A x Anestesia: O Operação	260	<u>97% 97% 96%</u> 				MANUTENÇÃO	
	240					1) midazolam iv 3mg 2) fentanyl iv 100 ug 3) ceftazolin iv 2g 4) 1) ipirina iv 2g 5) Bromoprida iv 10mg Anestesia Satisf: S _____ N _____ 6) Lidocaina 4,5% 40ml - Não por que? <u>bloq. pleco laríngeo</u>	
	220					DESPETAR	
	200					Reflexos na S O	
	180					Obstr. CO2 Exotol	
	160					Náuseas Vômitos	
	140					Outras	
	120					CONDIÇÕES	
	100						
	80						
	60						
	40						
	20						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO	<u>DDH</u>						
AGENTES	<u>vide manutencoes</u>						
TÉCNICA	<u>bloq. pleco laríngeo + Sedsept</u>						
OPERAÇÃO	<u>Fratura clavícula</u>						
CIRURGIÕES	<u>José / Marcos Amato</u>						
ANESTESISTAS	<u>Alexandre</u>						
OBSERVAÇÕES							
Complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias						PERDA SANGÜÍNEA	
Alexandre Belarmino Anestesiista CREMEC 11.442.496/7001						RECEBEMOS	
						09 AGO 2019 Maria Guacimilda F. Nobre Coordenadora de Serviços Físicos CNPJ: 21.881.734/0001-02	

DATA

ANOTAÇÕES

ASSIN. TUB:
CARIMBO19/
05/
16LEITURAS Procedimentos Cirurgias
sem IPERIGUASDr. Marcos Aurélio S. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12001

15/05

ANOTACIÃO;

- SEMEU, DEXTRAS;

- ROLAMENTO;

- ROLAMENTO OK.

1) 1) PROCE E CULADO;

2) ALTO HOSPITALAR.

Dr. Osvaldo Bitu

Ortopedia e Traumatologia

CREMEC 15.108

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Márcia Guacimara F. Nobre
Coordenadora de Serviços Físicos
CRM 121.207 7/20001-16



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

NOME:

Paulo Roberto Costa Neto

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA

412

SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	MEDICAÇÕES	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
14/05/2019	1) DIETA GERAL 2) DIPIRONA 2:18 ML AD EV 8/6H S/N 3) CETOPROFENO 100MG + 100ML SF0,9% EV DE 12/12HS S/N 4) BROMOPRIDA 2:18 ML AD EV 8/8H S/N 5) OMEPRAZOL 20MG 1CP JEJUM 6) OLEO MINERAL 10ML VO 12/12H SE CONSTIPAÇÃO 7) TRAMMAL 100MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8H S/N 8) SSVV + CCGG	Até SN SN SN SN SN SN SN	41105119 MT-AS 08:30 VPA=100x60mmHg P= 312ppm T= 36,1° AUP (12105) um MSD - As 13:30h. part eneg minhaço de enfe euuagico. Evânia Andrade AS 15:00h 320mmHg CE:178,790 Admitido na SRA SROAS FCH - AS: 16:36 PA: 120x90 mmHg AS: 17:04 Ret yltan do ao leito ali Origem SN os 04:00h faciente enunciado tubuliza Acidente no de operada e segue sob cuidados
	9) DIETA GERAL Após recuperação 10) Curativo 11) Febretil Ag. IV, 8/8h	Até SN SN SN SN SN SN SN	41105119 MT-AS 08:30 VPA=100x60mmHg P= 312ppm T= 36,1° AUP (12105) um MSD - As 13:30h. part eneg minhaço de enfe euuagico. Evânia Andrade AS 15:00h 320mmHg CE:178,790 Admitido na SRA SROAS FCH - AS: 16:36 PA: 120x90 mmHg AS: 17:04 Ret yltan do ao leito ali Origem SN os 04:00h faciente enunciado tubuliza Acidente no de operada e segue sob cuidados

Dr. Roberto Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11067 1907 1519

RECEBEMOS
08 AGO 2019

Marcelo Gomes R. Neto
Coordenador de Serviços de
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 21.487.748-1

Dr. Roberto Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11067 1907 1519

AS 105 - Alta nos ferimentos.

Dr. Osvaldo Bitu
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15.108
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12081

AS 14:30h paciente
sem de alta hospitalar



Prefeitura Municipal de Caucaia
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 09/05/19 HORA: 15:37 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS AMBULÂNCIA: **USF 109**
PACIENTE: **Ronaldinho Brito Coutinho de Freitas**
NOME DA MÃE: **Raimunda Brito**
DATA DE NASCIMENTO: 26/06/96 CARTÃO DO SUS: RG 20072530963 INDIC: SIM NÃO
IDADE: 22 SEXO: M F TELEFONE: 816524094
ENDEREÇO: **Rua Dona Eliza Nogueira** FUNCIONÁRIO: **RECEBEMOS**
BAIRRO: **Pq. Albas** CIDADE: **caucaia** ESTADO: **CE** 09 AGO 2019

QUEIXA PRINCIPAL: **QVEDA MOTOCICLETA**
CLÍNICO: ☐ CIRURGIÃO: ☐ TRAUMATOLOGISTA: ☒ PEDIATRIA: ☐

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: DA: TEMP: SpO2: FC: GLICEMIA:
130x80mmHg FR: 18 PP: 1 GLIC: 82mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERMELHO: LARANJA: AMARELO: VERDE: (X) AZUL:

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:

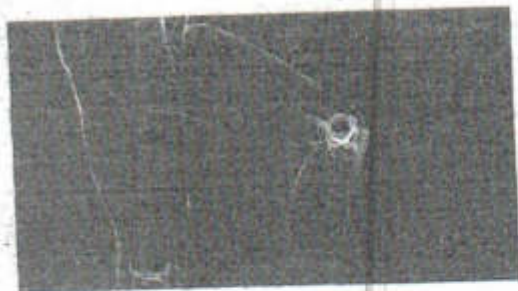
CONDUTA:

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS: RAIO-X: ULTRASSOM: ENDOSCOPIA: ECG: OUTROS:

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL:

Cydnei Santos Freitas
Traumatologista - Ortopedista
CREMEC 1481 RQE 2594 SBIT 1961



Dr. Marcus Gadelha

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

LAUDO MÉDICO

NOME: RONALDO BRITO COSTINHO 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 FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO () CLÍNICO (X) CIRÚRGICO (X) FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM MEDIÇÃO SINTOMÁTICA RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM SETEMBRO DE 2019, EVOLUINDO COM SEQUELA E DANO IRREVERSÍVEL DE 70 %, MESMO APÓS O TRATAMENTO, APRESENTANDO DOR RESIDUAL, DEFICIT DE FORÇA, LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO E INCAPACIDADE PARA USO PURO DO OMBRO ESQUERDO.

CAUCAIA 09/09/19

RECEBEMOS

10 SET 2019

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclínica - 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CENTRO NACIONAL DE HABITACAO

NOME
RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

DOC. IDENTIFICAD. / OUT. IDENTIFICAD.
20072530965 SSP CE

CPF
063.338.643-07

DATA NASCIMENTO
26/06/1996

END. COMPLETO
RESIDUALDO GOMES DE
FREITAS
RADMUNDA BRITO
COUTINHO DE FREITAS

PROFISSAO
[]

ICC
[]

CATEG.
AD

UF RESID.
06472349023

DATA DE ENTRADA
01/07/2009

1ª HABITACAO
29/09/2015

Observação
A. 2

Ronaldo Brito Coutinho de Freitas

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA DE SAÍDA
29/09/2016

Im. Val. 2/11
40021328445
CE155654560

DETANH. CE (CLARA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1351775590

PROTEÇÃO PLASTIFICADA

1351775590

utiliza

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gaciminda F. Nobre
Coordenadora de Segurança Física
CPF: 21.897.700-00



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**

Digito 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

04 AGO 2019

Maria Gabriela F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CPF: 21.457.734/0001-06

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194886

ISSO QUANTO AO
HABILITACAO COM A TITULO DE NHA LEI
Art. 13 da Lei nº 8.969/94



AB

SIGNATURA DO TITULAR

RESERVAÇÃO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

34130

NOME
JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

FILIAÇÃO
FRANCISCO OTAVIANO DE AZEVEDO
MARIA LUZANIRA LUZ DE AZEVEDO

NACIONALIDADE
PENTECOSTE-CE

DATA DE NASCIMENTO
23/12/1975

CPF
420.110.223-72

RG
00002287181 - SSP

EXERCICIO DE ATIVIDADE
NÃO

DATA DE EXERCÍCIO
02/07/2016

ASSINATURA DO TITULAR

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gláucia F. Nobre
Corradora de Serviços Etno
CNPJ: 21.487.724/0001-02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014139977783
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 1094223112 0000000000 2018

RAIMUNDA BRITO COUTINHO
CAUCAIA

70482861304

9C2KD0810GR469753

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2P/OCV/162CC

180.65

0.70

185.50

31/01/2018

CAUCAIA

03/07/2018

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 014139977783 BILHETE DE SEGURO DPVAT

70482861304

PNM9536/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

014139977783

69170141248

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 03/07/2018

01 70482861304

PNM9536

1094223112

HONDA/NXR160 BROS ES

2016

9C2KD0810GR469753

PRÊMIO TARIFÁRIO

81.29

9.03

90.33

4.15

0.70

185.50

31/01/2018

CAUCAIA

03/07/2018

Igor Pontes

Superintendente

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gabriela F. Nobre
Coordenadora de Serviços Especializados

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

MOTOR: K080E1G469772

04880

Proprietária da moto

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

NOME
RAIMUNDA BRITO COUTINHO

DOC. EMITIDOR / ORG. EMISOR
93012012823 SSPDS CE

CPF
704.828.613-04

DATA NASCIMENTO
27/09/1976

PRACÇÃO
ANASTACIO RAFAEL
COUTINHO
FRANCISCA FLORINDA DE
BRITO

PRACÇÃO
ACC
CAEIRA

Nº IDENTIFICADORA
05310371030

VALIDADE
22/04/2021

1ª VALIDAÇÃO
24/09/2011

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Raimunda Brito Coutinho

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
26/04/2016

51781246785
CE153080027

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1277407240

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1277407240

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Germaine F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.497.799/0001-14

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

Valoração 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 atrofia 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