



Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01538360-1** em **04/11/2020 14:56:15**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0256833-14.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01538360-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 04/11/2020 14:56:15

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2763043_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2763043_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-15.pdf

Downloads

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

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: Ronaldinho 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: Ronaldinho Brito Coutinho Freitas 6 - CPF: 063.338.643-07
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Dona Eliza 9 - Número: 1964 10 - Complemento:
11 - Bairro: Guararu 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60000000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 85-8724.1986

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 Gorete 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)

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

AGÊNCIA: 3284 CONTA: 24137 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: CLADISTON SOUSA BRAGA

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

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. COM.
RESIDUALDO GOMES DE
FREITAS
RADMUNDA BRITO
COUTINHO DE FREITAS

PROFISSAO
[]

ICC
[]

CATEG.
AD

UF RESID.
06472349023

DATA DE
01/07/2009

1ª HABITACAO
29/09/2015

Observação
A.2

Ronaldo Brito Coutinho de Freitas

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA DE
29/09/2016

Im. Val. 2/11

40021328445
CE155654560

DETANH. CE (CLARA)

VÁLIDA EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1351775590

PRETENSÃO PLACATIZADA

1351775590

utiliza

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gaciminda F. Nobre
Coordenadora de Segurança Etnica
CNPJ: 21.897.700/0001-06



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**



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

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

RECEBEMOS

04 AGO 2019

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

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

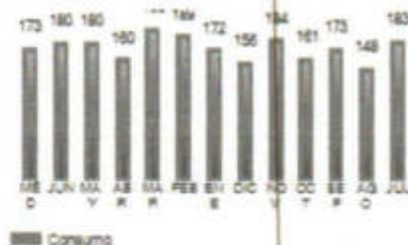
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 45,24

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: 21.897.734/0001-16



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

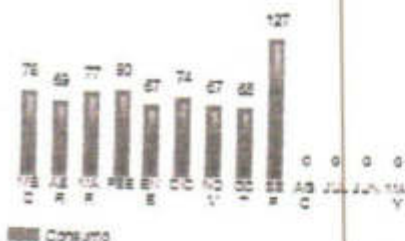
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,15

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
1121.187.73.0001-14

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

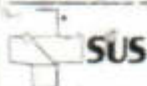
Válido somente com o selo de autenticidade

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

Camacim

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

23-03-70

15 - UF

CE 61601-000

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)

Ramificação da fratura

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
Cyndee Santos Freitas
Traumatologista - Ortopedista
CRM 100.000.000

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
09/08/19

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Cyndee Santos Freitas
Traumatologista - Ortopedista
CRM 100.000.000

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	ESTADO 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:					
Cydney Santos Freitas Traumatologista - Ortopedista CREMEL 7481 ROR 2594 SINT 0061					
ASSINATURA					

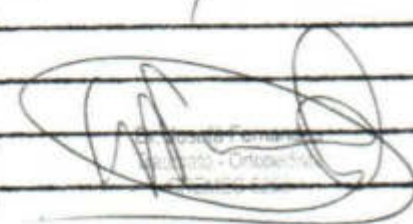
RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Goretho F. Nogueira
Coordenadora de Serviços Especiais
CRM RJ 21.451-7/2019-10



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>ALVARO DUE</u>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>FRATURA DA CLAVÍCULA (E)</u>			
Tipo de Operação			
<u>OSTEOSTOMIA 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 321.457-7/20001-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 321.457-7/20001-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. _____	
Líquidos		<u>150</u> ~				Tosse _____ Laringe _____	
						Espasmo _____ Lente _____	
Sede 2		<u>97% 97% 96%</u>				Náuseas _____ Vômitos _____	
						Outros _____	
CÓDIGO VP Arterial o Plus: O - Respiração A x Anestesia: O Operação	260					MANUTENÇÃO	
	240					1) midazolam iv 3mg	
	220					2) fentanyl iv 100 ug	
	200					3) cefazolin iv 2g	
	180					4) 1) ipirina iv 2g	
	160					5) Bromoprida iv 10mg	
	140					Anestesia Satisf: S _____ N _____	
	120					6) Lidocaina 4,5% 40ml -	
	100					Não por que?	
	80					Blas. pleno laringeal	
	60					DESPETAR	
	40					Reflexos na S O	
	20					Obstr. CO2 _____ Exotol _____	
						Náuseas _____ Vômitos _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						Outra _____	
POSICÃO		D.D.H				CONDIÇÕES	
AGENTES		Vide manutencoes					
TÉCNICA		blas. pleno laringeal + Sedsept					
OPERAÇÃO		Fratura clavícula					
CIRURGIÕES		Jorge / Marcos Amato				CÔNULAS	
ANESTESISTAS		Alexandre					
OBSERVAÇÕES		Complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				PERDA SANGÜÍNEA	
						RECEBEMOS	
						09 AGO 2019	
						Mário Gualberto F. Nobre	
						Coordenador de Serviços Especializados	
						CRM 121.481/7 - RJ	

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.

01. 1) ROLAMENTO;

2) ROLAMENTO.

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



COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA – RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: Roberto Roberto

CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA

612

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 SF 0,9% EV DE 12/12HS S/N 4) BROMOPRIDA 2:18 ML AD EV 8/8H S/N 5) OMEPRAZOL 20MG ICP JEJUM 6) OLEO MINERAL 10ML VO 12/12H SE CONSTIPAÇÃO 7) TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8H S/N 8) SSVV + CCGG	Planús S/N S/N S/N S/N S/N S/N S/N	U41105119 MT-AS OS: 30 WPA=40x60x60 P = 310ppm T = 36,1° MAP (12.105) em MSD - As 13:30h. part eneg minhaço ao enfer Eurgico. As 15:00 h Exatidão na SREA SROARS FC 14. as 16:36 PA: 120x80 de 120 AS: 17:04 Ret yltan. do ao lado do Origem S/N os 24:00h faciente enunciado ruboriza Queda no lado esquerda Orelhas sob o cap.

MS/05. ALMA MONTANA.

Ortopedia e Traumatologia
C.R.E.M.E.C. 15.108

Dr. Marcos Augusto S. Medeiros
Ortodontia e Traumatologia

CHEMEC 12061

05 14:20 h. point

CS 14:20 h patient
bain 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 HORÁRIO: 15:37 PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS AMBULÂNCIA: **USF 109**
PACIENTE: **Ronaldo Brito Coutinho de Farias**
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: 816524099
ENDEREÇO: **Rua Dona Eliza Nogueira** FUNCIONÁRIO: **RECEBEMOS**
BAIRRO: **99 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: ☒ AZUL:

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:

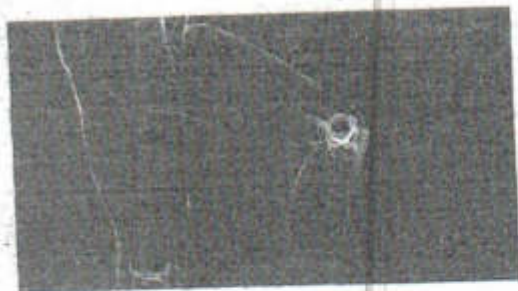
CONDUTA:

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 MEDIACÃO 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
 UNIAO NACIONAL DE HABITACAO

NOME
 RONALDO BRITO COUTINHO DE FREITAS

DOC. IDENTIFIC. / OUT. IDENTIFIC. Nº
 20072530965 **SSP** **CE**

CPF
 063.338.643-07 **DATA NASCIMENTO**
 26/06/1996

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

PROFISSÃO **ICC** **CATEG.**
AD

UF RESID. **DATA DE ENTRADA** **1ª HABITACAO**
 06472349023 01/07/2009 29/09/2015

Observação
 A 2

Ronaldo Brito Coutinho de Freitas

LOCAL **DATA DE SAÍDA**
 FORTALEZA, CE 29/09/2016

Im. Val. 2/11
 40021328445
 CE155654560

DET. NAT. DE (CLARA)

VALIDA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL
1351775590

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
1351775590

utiliza

RECEBEMOS

09 AGO 2019

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



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: 21.457.734/0001-05

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 À
HABILIDADE COMO TÍTULO DE HÍJOS LEGÍTIMOS
(art. 15 da Lei nº 8.162/91)



AB

SIGNATURA DO TITULADO

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

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE
NÃO

DATA DE EXERCÍCIO
02/07/2016

ASSINATURA DO ADVOGADO

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
R.N.T.R.C. EXERCÍCIO

RAIMUNDA BRITO COUTINHO
CAUCAIA
/CE

70482861304
PLACA ANT / UF

9C2KD0810GR469753
CLASSE

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO
COMBUSTÍVEL

HONDA/NXR160 BROS ESDD 2016 2016
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

2P/OCV/162CC PARTIC BRANCA
COR PREDOMINANTE

180-65 0-70 185-50 31/01/2018
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICDF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

CAUCAIA
LOCAL

03/07/2018
DATA

CAUCAIA
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 PNN9536/CE

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

014139977783 SAC DPVAT 0800 022 1204 69170141248

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 03/07/2018

01 70482861304 PNN9536
RENAVAM PLACA

1094223112 HONDA/NXR160 BROS ES
MARCA / MODELO

2016 9C2KD0810GR469753
ANO FAB. Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$ 81.29
DEBITAR (R\$) 9.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

4.15 0.70 185.50
CUSTO DO BILHETE (R\$) ICDF (R\$) TABELA SEGURO/VED. REDUZO (R\$)

31/01/2018
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

MOTOR: K080E1G469772 04880

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gabriela F. Nobre
Coordenadora de Serviços Especializados

0177380001-06

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** **CEIMA**
A A A

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

1- V- 2- M

51781246785
CE153080027

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1277407240

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1277407240

RECEBEMOS

09 AGO 2019

Maria Gertrudes 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