

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210255091 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO CLAUDIO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/11/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
ALENCAR S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA COM EXTENSO FERIMENTO - DESENLUVAMENTO (PG 1).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO, FIXADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM PG 1
PG 2 - EVOLUÇÃO
PG 4/6 - CIRURGIA
PG 9/10 - IMAGEM

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALCANAN, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO;
Profissão: ESTUDANTE, portador (a) do RG 20079427043, órgão expedidor: SSP/CE
e do CPF: 075.007.693-05, residente no (a): Rua Joo GONCALVES FARIAS
nº 249, bairro: SEMINARIO, município: CRATO

OUTORGADO:

Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE, brasileiro, estado civil: Casado, Profissão: Autônomo, portador
do RG 1130536-86, órgão expedidor: SSP/CE e do CPF: 346.395.783-34, residente na Rua
Mauricio Almeida nº 26, bairro: Zacarias Goncalves, município: Crato/Ceara

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e
outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER
DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do
seguro DPVAT e ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e
poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer
o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito,
permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima
ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALCANAN

Declaro que todas as informações prestadas e atos do referente ao pleito são de total responsabilidade do Beneficiário ou
Representante Legal, ficando assim sujeito as penas da lei caso falte com a verdade.

Assinatura do outorgante

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
CRATO - CEARÁ

Local e data, CRATO 08 DE DEZEMBRO
Nome: DE 2021
CPF: _____

(*) ASSINATURA DE QUEM ASSINA A ROGO

TESTEMUNHAS
1ª Nome: RAVILLA DUARTE LEITE
CPF: 069.055.553-62
Ravilla Duarte Leite
Assinatura

2ª Nome: ANTONIA DUARTE R. AQUINO
CPF: 248.751.043-91
Antonia Duarte de Aquino
Assinatura



Assinheiro como verdadeiro(s)
firma(s) ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALCANAN
Dou fé. Em testº 08 DEZ 2021 da verdade.
Crato (CE).
Suzana Maria de Andrade
Notária - CPF 734.429.822-20

Antonio Hamilton de Souza
Escrivente Compromissado
do 1º Ofício de Crato - CE
CPF: 737.797.793-91

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

03/01/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

321025509101

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 000817734768

Número da Autenticação

E50ED9F818CE8971

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210255091

Vítima: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

Data do Acidente: 20/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Procurador: EVERARDO DE SOUSA LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000684

Conta: 000817734768-1

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 075.207.693-05 4 - Nome completo da vítima: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR 6 - CPF: 075.207.693-05
7 - Profissão: ESTUARTE 8 - Endereço: RUA NIOBEZ FRAZÃO 244 10 - Complemento:
11 - Bairro: SEMINARIO 12 - Cidade: CUAZ 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63105.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88996174242

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ 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: 0684 CONTA: 3177347681 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: RAQUELA DUARTE LEITE

CPF: 069.855.353-62

Raquel Duarte Leite

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: ANTONIA TUMA DE ALENCAR

CPF: 248.751.043-91

Antonia Tuma de Alencar

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CUAZ 07 de dezembro de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
Impresso nº 20211485448



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 6807 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/12/2021 15:24:44**
Data / Hora da Ocorrência: **20/11/2020 12:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R IRMÃ PAULITA COM RUA DIOGENES FRAZÃO, SEMINARIO - CRATO/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR**
Nascimento: **22/05/1997** CPF: **075.207.693-05**
RG: **20079427043** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Identidade de gênero e orientação sexual: **NÃO INFORMOU**
Filiação: **MARIA LUCIA DE SOUSA ALENCAR**
FRANCISCO CLAUDIO DE ALENCAR
Endereço: **RUA DIOGENES FRAZÃO, 249**
Bairro: **SEMINARIO** CEP:
Município: **CRATO/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98878-0531**
Email:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PN04460** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:
9C2KD0810GR411678 Renavam: **1072169697** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

trata-se de registro de acidente de trânsito quando era condutor do veículo acima citado; afirma que estava indo em direção a rua Diógenes Frazão quando no cruzamento com rua Irmã Paulita um caminhão (sem informação de placas) avançou a preferencial e colidiu com o noticiante; que da colisão sofreu lesão corporal fratura na perna esquerda sendo socorrido por populares para o Hospital Regional do Cariri na cidade de Juazeiro do Norte/Ce; que o motorista do caminhão permaneceu no local até seu pronto socorro.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAWLISON ALVES MOURA RODRIGUES - MAT.: 133923-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO(A) DELEGADO(A):



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Impresso nº 20211485448



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 6807 / 2021

DENIS LEONARDO FERRAZ DA SILVA - MAT.: 198757-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 075.207.693-05 4 - Nome completo da vítima: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR 6 - CPF: 075.207.693-05
7 - Profissão: ESTUARTE 8 - Endereço: RUA NIOBEZ FRAZÃO 244 10 - Complemento:
11 - Bairro: SEMINARIO 12 - Cidade: CUAZ 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63105.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88996174242

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ 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: 0684 CONTA: 3177347681 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: RAQUELA DUARTE LEITE

CPF: 069.855.353-62

Raquel Duarte Leite

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: ANTONIA TUMA DE ALENCAR

CPF: 248.751.043-91

Antonia Desarte de Alencar

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CUAZ 07 de dezembro de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Promotor (testemunha)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



Companhia Energética de Goiás
Rua Pedro Teixeira, 150
Fátima - GO - CEP: 74060-000
CNPJ: 07.047.354/0001-00 - ODP: 09.191.445-9

A Tarifa Social de Energia
Elétrica foi criada pela Lei
10.430 de 26 de abril de 2002

CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA	Tipo de Faturamento
B1 RESIDENCIAL - Resid. Baixa Renda - CR012U04 - 205000 - 326799-FAE-005	Monofásico

Nome do Cliente	Nº da Conta
MARIA LUCIA DE SOUSA ALENCAR RU DIOGENES FRAZAO, 00249, SEMINARIO, 63105-000, CRATO	7228832

Nº do Cliente
7228832

V:11.0.15.211 : 330-U0007101-0493 : -1.273620. -39.426600

Mês de Referência	Período	Valor a Pagar
11/2021	25/11/2021	R\$ 64,06

Informações Fiscais
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica-Modelo 6 HASHCODE: A3C1.6276.C851.8FF5.2527.9478.3646.7C59 NOTA FISCAL Nº 137544784 - SÉRIE: ÚNICA DATA DE EMISSÃO: 18/11/2021 DATA DE APRESENTAÇÃO: 18/11/2021 CFOP 5256: Venda de en. elétrica a não contribuinte CPF/CNPJ Cliente: 776.744.133-49 INSC. EST: ISENT0

Programa Bônus (Res.CREG nº 2/2021) - Meta de Redução Mensal
mínima de consumo (Set a Dez/20): 6,79 kWh. Aumento mensal
apurado até o momento: 17,46 kWh.
- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda,
faturada com desc. tarifário de R\$ 23,05.
Anel determina a partir de 01.11.2021 bandeira amarela no
valor de 0,01874 para consumidores tarifa social bx renda, e
permanece bandeira escassez hídrica no valor de 0,1420 aos
demais consumidores.

DATA DE LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE IMC	PRÓXIMA LEITURA
	19/10/2021	18/11/2021	30	20/12/2021

Descrição	Tarifa	Valor (R\$)
Adicional Band. Amarela	0,01633	0,49
Adicional Band. Vermelha	0,14433	4,33
Benefício Tarifário Bruto	-	23,05
Benefício Tarifário Líquido	-	23,05
CIP - ILUM PUB PREF MUNICIPAL	-	9,60
Juros Moratórios	-	1,77
Multa	-	1,08
Parcelamento Normal 1/6	-	20,66
Ener At Forn TE DE 001 KWH ATE 030 KWH	0,09367	2,81
Ener At Forn TE DE 031 KWH ATE 100 KWH	0,16018	8,97
Ener At Forn TUSD DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,10633	3,19
Ener At Forn TUSD DE 031 KWH ATE 100 KWH	0,18268	10,23
SUBTOTAL FATURAMENTO:		54,00
SUBTOTAL OUTROS:		10,06
TOTAL:		64,06

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO E CONSUMO NO PERÍODO							
Nº Medidor	F. Medidor	Ser	Data Leis.	Leitura	Data Leis.	Leitura	Fator
326799-FAE-005	FF		20 OUT	48.206	19 NOV	48.292	86

Consumo (kWh)	Preço	Valor (R\$)
0,00	0,00	0,00
0,01	0,01	0,01
0,02	0,02	0,02
0,03	0,03	0,03
0,04	0,04	0,04
0,05	0,05	0,05
0,06	0,06	0,06
0,07	0,07	0,07
0,08	0,08	0,08
0,09	0,09	0,09
0,10	0,10	0,10
0,11	0,11	0,11
0,12	0,12	0,12
0,13	0,13	0,13
0,14	0,14	0,14
0,15	0,15	0,15
0,16	0,16	0,16
0,17	0,17	0,17
0,18	0,18	0,18
0,19	0,19	0,19
0,20	0,20	0,20
0,21	0,21	0,21
0,22	0,22	0,22
0,23	0,23	0,23
0,24	0,24	0,24
0,25	0,25	0,25
0,26	0,26	0,26
0,27	0,27	0,27
0,28	0,28	0,28
0,29	0,29	0,29
0,30	0,30	0,30
0,31	0,31	0,31
0,32	0,32	0,32
0,33	0,33	0,33
0,34	0,34	0,34
0,35	0,35	0,35
0,36	0,36	0,36
0,37	0,37	0,37
0,38	0,38	0,38
0,39	0,39	0,39
0,40	0,40	0,40
0,41	0,41	0,41
0,42	0,42	0,42
0,43	0,43	0,43
0,44	0,44	0,44
0,45	0,45	0,45
0,46	0,46	0,46
0,47	0,47	0,47
0,48	0,48	0,48
0,49	0,49	0,49
0,50	0,50	0,50
0,51	0,51	0,51
0,52	0,52	0,52
0,53	0,53	0,53
0,54	0,54	0,54
0,55	0,55	0,55
0,56	0,56	0,56
0,57	0,57	0,57
0,58	0,58	0,58
0,59	0,59	0,59
0,60	0,60	0,60
0,61	0,61	0,61
0,62	0,62	0,62
0,63	0,63	0,63
0,64	0,64	0,64
0,65	0,65	0,65
0,66	0,66	0,66
0,67	0,67	0,67
0,68	0,68	0,68
0,69	0,69	0,69
0,70	0,70	0,70
0,71	0,71	0,71
0,72	0,72	0,72
0,73	0,73	0,73
0,74	0,74	0,74
0,75	0,75	0,75
0,76	0,76	0,76
0,77	0,77	0,77
0,78	0,78	0,78
0,79	0,79	0,79
0,80	0,80	0,80
0,81	0,81	0,81
0,82	0,82	0,82
0,83	0,83	0,83
0,84	0,84	0,84
0,85	0,85	0,85
0,86	0,86	0,86
0,87	0,87	0,87
0,88	0,88	0,88
0,89	0,89	0,89
0,90	0,90	0,90
0,91	0,91	0,91
0,92	0,92	0,92
0,93	0,93	0,93
0,94	0,94	0,94
0,95	0,95	0,95
0,96	0,96	0,96
0,97	0,97	0,97
0,98	0,98	0,98
0,99	0,99	0,99
1,00	1,00	1,00
1,01	1,01	1,01
1,02	1,02	1,02
1,03	1,03	1,03
1,04	1,04	1,04
1,05	1,05	1,05
1,06	1,06	1,06
1,07	1,07	1,07
1,08	1,08	1,08
1,09	1,09	1,09
1,10	1,10	1,10
1,11	1,11	1,11
1,12	1,12	1,12
1,13	1,13	1,13
1,14	1,14	1,14
1,15	1,15	1,15
1,16	1,16	1,16
1,17	1,17	1,17
1,18	1,18	1,18
1,19	1,19	1,19
1,20	1,20	1,20
1,21	1,21	1,21
1,22	1,22	1,22
1,23	1,23	1,23
1,24	1,24	1,24
1,25	1,25	1,25
1,26	1,26	1,26
1,27	1,27	1,27
1,28	1,28	1,28
1,29	1,29	1,29
1,30	1,30	1,30
1,31	1,31	1,31
1,32	1,32	1,32
1,33	1,33	1,33
1,34	1,34	1,34
1,35	1,35	1,35
1,36	1,36	1,36
1,37	1,37	1,37
1,38	1,38	1,38
1,39	1,39	1,39
1,40	1,40	1,40
1,41	1,41	1,41
1,42	1,42	1,42
1,43	1,43	1,43
1,44	1,44	1,44
1,45	1,45	1,45
1,46	1,46	1,46
1,47	1,47	1,47
1,48	1,48	1,48
1,49	1,49	1,49
1,50	1,50	1,50
1,51	1,51	1,51
1,52	1,52	1,52
1,53	1,53	1,53
1,54	1,54	1,54
1,55	1,55	1,55
1,56	1,56	1,56
1,57	1,57	1,57
1,58	1,58	1,58
1,59	1,59	1,59
1,60	1,60	1,60
1,61	1,61	1,61
1,62	1,62	1,62
1,63	1,63	1,63
1,64	1,64	1,64
1,65	1,65	1,65
1,66	1,66	1,66
1,67	1,67	1,67
1,68	1,68	1,68
1,69	1,69	1,69
1,70	1,70	1,70
1,71	1,71	1,71
1,72	1,72	1,72
1,73	1,73	1,73
1,74	1,74	1,74
1,75	1,75	1,75
1,76	1,76	1,76
1,77	1,77	1,77
1,78	1,78	1,78
1,79	1,79	1,79
1,80	1,80	1,80
1,81	1,81	1,81
1,82	1,82	1,82
1,83	1,83	1,83
1,84	1,84	1,84
1,85	1,85	1,85
1,86	1,86	1,86
1,87	1,87	1,87
1,88	1,88	1,88
1,89	1,89	1,89
1,90	1,90	1,90
1,91	1,91	1,91
1,92	1,92	1,92
1,93	1,93	1,93
1,94	1,94	1,94
1,95	1,95	1,95
1,96	1,96	1,96
1,97	1,97	1,97
1,98	1,98	1,98
1,99	1,99	1,99
2,00	2,00	2,00
2,01	2,01	2,01
2,02	2,02	2,02
2,03	2,03	2,03
2,04	2,04	2,04
2,05	2,05	2,05
2,06	2,06	2,06
2,07	2,07	2,07
2,08	2,08	2,08
2,09	2,09	2,09
2,10	2,10	2,10
2,11	2,11	2,11
2,12	2,12	2,12
2,13	2,13	2,13
2,14	2,14	2,14
2,15	2,15	2,15
2,16	2,16	2,16
2,17	2,17	2,17
2,18	2,18	2,18
2,19	2,19	2,19
2,20	2,20	2,20
2,21	2,21	2,21
2,22	2,22	2,22
2,23	2,23	2,23
2,24	2,24	2,24
2,25	2,25	2,25
2,26	2,26	2,26
2,27	2,27	2,27
2,28	2,28	2,28
2,29	2,29	2,29
2,30	2,30	2,30
2,31	2,31	2,31
2,32	2,32	2,32
2,33	2,33	2,33
2,34	2,34	2,34
2,35	2,35	2,35
2,36	2,36	2,36
2,37	2,37	2,37
2,38	2,38	2,38
2,39	2,39	2,39
2,40	2,40	2,40
2,41	2,41	2,41
2,42	2,42	2,42
2,43	2,43	2,43
2,44	2,44	2,44
2,45	2,45	2,45
2,46	2,46	2,46
2,47	2,47	2,47
2,48	2,48	2,48
2,49	2,49	2,49
2,50	2,50	2,50
2,51	2,51	2,51
2,52	2,52	2,52
2,53	2,53	2,53
2,54	2,54	2,54
2,55	2,55	2,55
2,56	2,56	2,56
2,57	2,57	2,57
2,58	2,58	2,58
2,59	2,59	2,59
2,60	2,60	2,60
2,61	2,61	2,61
2,62	2,62	2,62
2,63	2,63	2,63
2,64	2,64	2,64
2,65	2,65	2,65
2,66	2,66	2,66
2,67	2,67	2,67
2,68	2,68	2,68
2,69	2,69	2,69
2,70	2,70	2,70
2,71	2,71	2,71
2,72	2,72	2,72
2,73	2,73	2,73
2,74	2,74	2,74
2,75	2,75	2,75
2,76	2,76	2,76
2,77	2,77	2,77
2,78	2,78	2,78
2,79	2,79	2,79
2,80	2,80	2,80
2,81	2,81	2,81
2,82	2,82	2,82
2,83	2,83	2,83
2,84	2,84	2,84
2,85	2,85	2,85
2,86	2,86	2,86
2,87	2,87	2,87
2,88	2,88	2,88
2,89	2,89	2,89
2,90	2,90	2,90
2,91	2,91	2,91
2,92	2,92	2,92
2,93	2,93	2,93
2,94	2,94	2,94
2,95	2,95	2,95
2,96	2,96	2,96
2,97	2,97	2,97
2,98	2,98	2,98
2,99	2,99	2,99
3,00	3,00	3,00
3,01	3,01	3,01
3,02	3,02	3,02
3,03	3,03	3,03
3,04	3,04	3,04
3,05	3,05	3,05
3,06	3,06	3



Nº da Conta: 00001121714321
Mês de referência: 12/2021
Período: 02/11/2021 a 01/12/2021
Data de emissão: 02/12/2021

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Senador Virgílio Tavora, 1.001
CEP: 60170-250 - Fortaleza - CE
I.E.: 66688779
CNPJ Matríz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0011-34

EVERARDO DE SOUSA LEITE
RUA MAURICIO ALMEIDA 26
ZACARIAS GONCALVES
63110-130 CRATO - CE

Vencimento
17/12/2021

Total a Pagar
R\$ 50,99

Aguarde informações
referentes ao Vivo Valoriza

Seus Números Vivo
88-98148-1362

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Planos Anatel

128/POS/SMP - VIVO CONTROLE DIG_5GB_

O que está sendo cobrado
de 02/11/2021 a 01/12/2021

Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------------	--------------------

Serviços Contratados

Vivo Controle Dig_5GB_	1	1	50,99	-	-	50,99
Vivo Controle Serv Digital I	1	1	0,00	-	-	-
Bônus Conta Digital 3GB	1	1	0,00	3,00GB	-	0,00
Subtotal Serviços Contratados						50,99

TOTAL A PAGAR

50,99

MENSAGEM PARA VOCÊ

A conta detalhada está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitada impressa, de forma permanente ou não.

Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção ao crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.

ANATEL 1331 e 1332 para deficientes auditivos. Recurso de atendimento Vivo: ligue com o protocolo em mãos para 1056 e 142 para pessoas com deficiência de fala/audição.



Nome do Cliente

EVERARDO DE SOUSA LEITE

Vencimento

17/12/2021

Total a Pagar - R\$

50,99

Cód. Débito Automático **1121714321-6**

Nº da Conta **00001121714321**

Mês Referência **12/2021**

846700000009

509902931005

011217143210

921122693176

Autenticação Mecânica



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EUGENIO DE SOUSA LEITE inscrito (a) no CPF 346.375.783-34
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ITALO CLAYTON DE SOUSA ALMEIDA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 075.207.693 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura INURVIDE2 da Vítima
ITALO CLAYTON DE SOUSA ALMEIDA inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.207.693 / 05, 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 MAUNGO ALMEIDA</u>	Número <u>26</u>	Complemento
Bairro <u>22 de Abril</u>	Cidade <u>CRATO</u>	Estado <u>CE</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>88996174242</u>	Telefone celular (DDD) <u>88996174242</u>

CRATO de 09 de DEZEMBRO de 2021
Local e Data

Eugenio de Sousa Leite
Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 206957220980004 Admissão: 20/11/2020 14:12
Nome: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR
Pront.: 194335 Data Nasc.: 22/05/1997 Idade: 23 ano(s) 5 mes(es) e 29 dia(s) Tel.: 88 99661-3565
Mãe: MARIA LUCIA DE SOUSA ALENCAR
Sexo: Masculino RG: Município: CRATÓ
CEP 63113-000 Bairro: SEMINARIO
Endereço: TRAVESSA MAURITI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: CICERO LEANDRO LOPES RUFINO
Queixa: JOVEM VITIMA DE ACIDENTE COLISÃO MOTO COM VEICULO. COM Horário Classificação: 20/11/2020 14:20
FRATURA EXPOSTA EM MIE, REFERE QUE FAZIA USO DO
CAPACETE, NEGA DESMAIO
Programa: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR INTENSA

Risco de Queda: Não

Alergia a medicamento: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: 8 Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA CRM: 16743 Nº: 552134 Horário 20/11/2020 15:04
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Comorbidade:

Exame Físico:

PACIENTE MORADOR DO CRATO ENCAMINHADO AO HRC VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA - MOTO X
CAMINHÃO
SEM TCE, COL CERVICAL LIVRE, MOBILIZA ATIVAMENTE OS MMSS E MID, BACIA ESTAVEL
TRAUMA DIRETO NA PERNA ESQUERDA, FERIMENTO EXTENSO COM CREPITAÇÃO NA REGIAO DA TIBIA
PROXIMAL ESQUERDA
PULSOS DISTAIS PALPAVEIS, SEM DEMAIS QUEIXAS OU ALTS AO EX FISICO
CD - PRESCRIÇÃO - SOL RX

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
20/11/2020 14:20	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR INTENSA	LARANJA	CICERO LEANDRO LOPES RUFINO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

Idade: 23 ano(s) 6 mes(es) e 10 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 194335

Endereço: TRAVESSA MAURITI

Bairro: SEMINARIO

Num: 391

CEP: 63113-000

UF: CEARÁ

Cidade: CRATO

LOCALIZAÇÃO

Clinica: CLINICA CIRÚRGICA II Enfermaria: CLÍNICA CIRÚRGICA II Leito: 447

Internação: 20/11/2020 01:10

Alta: * Não Informado* Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE MORADOR DO CRATO ENCAMINHADO AO HRC VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA - MOTO X CAMINHÃO SEM TCE, COL CERVICAL LIVRE, MOBILIZA ATIVAMENTE OS MMSS E MID, BACIA ESTAVEL TRAUMA ETO NA PERNA ESQUERDA, FERIMENTO EXTENSO COM CREPITAÇÃO NA REGIAO DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA PULSOS DISTAIS PALPAVEIS, SEM DEMAIS QUEIXAS OU ALTS AO EX FISICO CD - PRESCRIÇÃO - SOL

Exames Realizados

OS NECESSARIOS

Terapêutica Utilizada

DEBRIDAMENTO+ TECNICA DE FIGUEIREDO+ FIXADOR EXTERNO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Não	T149	TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 01/12/2020

Observações Complementares

USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

RETORNAR SE MUDANCA DO QUADRO NA EMERGENCIA

PACIENTE COM NECESSIDADE DE COBERTURA CUTANEA PARA A LESAO EM QUESTAO. PROCEDIMENTO AGENDADO PARA TERÇA FEIRA DIA 08/12/2020.

Responsável

Médico: PAULO JOSE DE MACEDO FILHO

Data: 01/12/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050500	Urgência	20/11/2020 22:40	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0401010058	Urgência	20/11/2020 22:40	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

Idade: 23 ano(s) 6 mes(es) e 17 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 194335

Endereço: TRAVESSA MAURITI

Bairro: SEMINARIO

Num: 391

CEP: 63113-000

UF: CEARÁ

Cidade: CRATO

LOCALIZAÇÃO

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: SR Pós-Anestésico Leito: 01

Internação: 08/12/2020 09:15

Alta: * Não Informado * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE INTERNA PARA REALIZAR COBERTURA CUTANEA DE AREA CRUENTA EM FACE MEDIAL DE PERNA ESQUERDA.

PROCEDEIMTNO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS.

ORIENTADO A REALIZAR USO DE ANTIBIOTICO ORAL EM CASA, POR 7 DIAS.

RETORNO AMBULATORIAL QUINTA FEIRA DIA 17/12/2020 PARA RETIRADA DE CURATIVO.

MANTER O CURATIVO E NAO MEXER ATE RETORNO AMBULATORIAL

Exames Realizados

CLINICO

Terapêutica Utilizada

CIRURGICO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

T149 - TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	T149	TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 08/12/2020

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: BRUNO DAMASCENO SANTOS SENA

Data: 08/12/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0401020037	Procedimento Eletivo	08/12/2020 10:10	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	BRUNO DAMASCENO SANTOS SENA

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 20/11/20 22:29

Paciente: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

Prontuário: 194335

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

1º Auxiliar: ALDO LEITE MOREIRA NETO

Enfermeiro: OLIDIANNE MARIA BEZERRA FERREIRA

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 22/05/1997

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 01G

Anestesiologia: ** Não Informado **

2º Auxiliar:

Circulante:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S
0401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	N
0413040097	PREPARO DE RETALHO	N

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:

Contaminada

Tipo de Anestesia:

Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

1 PACIENTE EM DD SOB ANESTESIA

2 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3 CAMPOS ESTEREIS

4 OBSERVADO: EXTENSOR FERIMENTO ANTERIOR NA PERNA PADRÃO DESENLUVAMENTO COM EXPOSIÇÃO DO ASPECTO ANTERIOR DA TÍBIA E FRATURA

5 DEBRIDAMENTO E IRRIGAÇÃO COM SF0,9%

NOVO PREPARO E PARAMENTAÇÃO

6 REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO EXTERNA COM APARELHO 350MM

7 IMPLANTAÇÃO DE ALÍVIO MEDIAL

8 APROXIMAÇÃO DA PELE E TCSC COM NYLON 2-0

9 IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESE DE POLIPROPILENO (COLETOR ESTÉRIL DE SVD) NA INCISÃO MEDIAL COM NYLON 3-0

10 VISÃO DA HEMOSTASE E CUIRATIVO ESTÉRIL

OBSERVADA BOA PERFUSÃO E ALINHAMENTO APÓS O PROCEDIMENTO

CIRURGIA SEM RADIOSCOPIA

Aldo Leite Moreira Neto
Traumato Ortopedista
CRM-PE 21.073 / CRM-CE 13.645
TEOT 15.853



Data

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR			
Idade: 23 ano(s) 6 mes(es) e 17 dia(s)		Sexo: Masculino	Pront.: 194335
Endereço: TRAVESSA MAURITI		Bairro: SEMINARIO	
Num: 391	CEP: 63113-000	UF: CEARÁ	Cidade: CRATO

LOCALIZAÇÃO

Clinica: CENTRO CIRURGICO	Enfermaria: SR Pós-Anestesico	Leito: 01
Internação: 08/12/2020 09:15	Alta: * Não Informado * Não Informado	

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE INTERNA PARA REALZIAR COBERTURA CUTANEA DE AREA CRUENTA EM FACE MEDIAL DE PERNA ESQUERDA.

PROCEDEIMTNO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS.

ORIENTADO A REALIZAR USO DE ANTIBIOTICO ORAL EM CASA, POR 7 DIAS.

RETORNO AMBULATORIAL QUINTA FEIRA DIA 17/12/2020 PARA RETIRADA DE CURATIVO.

M/ER O CURATIVO E NAO MEXER ATE RETORNO AMBULATORIAL

Ex. nes Realizados

CLINICO

Terapêutica Utilizada

CIRURGICO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

T149 - TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	T149	TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

Condições de Alta

Me arado

Data Programada da Alta: 08/12/2020

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: BRUNO DAMASCENO SANTOS SENA

Data: 08/12/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0401020037	Procedimento Eletivo	08/12/2020 10:10	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	BRUNO DAMASCENO SANTOS SENA



Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 08/12/20 09:26

Paciente: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR
Prontuário: 194335
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: BRUNO DAMASCENO SANTOS SENA
1º Auxiliar:
Enfermeiro: JESSICA RODRIGUES PATRICIO
Instrumentador:

Dt. Nascimento: 22/05/1997
Enfermaria: Sala Cirurgica
Anestesiologia: HERMES MELO TEIXEIRA BATISTA
2º Auxiliar:
Circulante:

Leito: 01A

Procedimentos Propostos		
Código	Descrição	Principal
0401020037	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	S

Procedimentos Realizados		
Código	Descrição	Principal
0401020037	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Análise | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

- 1. ANTISSEPZIA E ASSEPZIA.
- 2. CAMPOS ESTEREIS.
- 3. IDENTIFICADO AREA CRUENTA EM FACE MEDIAL DE PÉRNA ESQUERDA COM TECIDO DE GRANULAÇÃO SATISFATORIA.
- 4. COLETA DE ENXERTO DE PELE PARCIALEM FACE LATERAL DE MESMA PERNA.
- 5. FIXADO ENXERTO EM AREA RECEPTORA COM NYLON 4.0
- 6. CRUATIVO DE BROWN EM AREA DOADORA

Dr. Bruno D.S. SENA
Cirurgião
R.C.E.: 11.561-1
16/06/2019



Data: | |
Assinatura Cirurgião | CREMEC

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR			
Idade: 23 ano(s) 6 mes(es) e 10 dia(s)		Sexo: Masculino	Pront.: 194335
Endereço: TRAVESSA MAURITI		Bairro: SEMINARIO	
Num: 391	CEP: 63113-000	UF: CEARÁ	Cidade: CRATO

LOCALIZAÇÃO

Clinica: CLINICA CIRÚRGICA II	Enfermaria: * CLÍNICA CIRÚRGICA II	Leito: 447
Internação: 20/11/2020 01:10	Alta: * Não Informado* Não Informado	

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE MORADOR DO CRATO ENCAMINHADO AO HRC VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA - MOTO X CAMMINHAO SEM TCE, COL CERVICAL LIVRE, MOBILIZA ATIVAMENTE OS MMSS E MID, BACIA ESTAVEL TRAUMA FETO NA PERNA ESQUERDA, FERIMENTO EXTENSO COM CREPITAÇÃO NA REGIAO DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA PULSOS DISTAIS PALPAVEIS, SEM DEMAIS QUEIXAS OU ALTS AO EX FISICO CD - PRESCRIÇÃO - SOL

Exames Realizados

OS NECESSARIOS

Terapêutica Utilizada

DEBRIDAMENTO+ TECNICA DE FIGUEIREDO+ FIXADOR EXTERNO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Não	T149	TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

Condições de Alta

elhorado

Data Programada da Alta: 01/12/2020

Observações Complementares

USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

RETORNAR SE MUDANCA DO QUADRO NA EMERGENCIA

PACIENTE COM NECESSIDADE DE COBERTURA CUTANEA PARA A LESAO EM QUESTAO. PROCEDIMENTO AGENDADO PARA TERÇA FEIRA DIA 08/12/2020.

Responsável

Médico: PAULO JOSE DE MACEDO FILHO

Data: 01/12/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050500	Urgência	20/11/2020 22:40	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0401010058	Urgência	20/11/2020 22:40	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR			
Idade: 23 ano(s) 6 mes(es) e 10 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 194335	
Endereço: TRAVESSA MAURITI		Bairro: SEMINARIO	
Num: 391	CEP: 63113-000	UF: CEARÁ	Cidade: CRATO

LOCALIZAÇÃO

Clinica: CLINICA CIRÚRGICA II	Enfermaria: * CLÍNICA CIRÚRGICA II	Leito: 447
Internação: 20/11/2020 01:10	Alta: * Não Informado* Não Informado	

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE MORADOR DO CRATO ENCAMINHADO AO HRC VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA - MOTO X CAMMINHAO SEM TCE, COL CERVICAL LIVRE, MOBILIZA ATIVAMENTE OS MMSS E MID, BACIA ESTAVEL TRAUMA FETO NA PERNA ESQUERDA, FERIMENTO EXTENSO COM CREPITAÇÃO NA REGIAO DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA PULSOS DISTAIS PALPAVEIS, SEM DEMAIS QUEIXAS OU ALTS AO EX FISICO CD - PRESCRIÇÃO - SOL

Exames Realizados

OS NECESSARIOS

Terapêutica Utilizada

DEBRIDAMENTO+ TECNICA DE FIGUEIREDO+ FIXADOR EXTERNO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S822	FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Não	T149	TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

Condições de Alta

elhorado

Data Programada da Alta: 01/12/2020

Observações Complementares

USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

RETORNAR SE MUDANCA DO QUADRO NA EMERGENCIA

PACIENTE COM NECESSIDADE DE COBERTURA CUTANEA PARA A LESAO EM QUESTAO. PROCEDIMENTO AGENDADO PARA TERÇA FEIRA DIA 08/12/2020.

Responsável

Médico: PAULO JOSE DE MACEDO FILHO

Data: 01/12/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050500	Urgência	20/11/2020 22:40	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0401010058	Urgência	20/11/2020 22:40	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS

CRELITE
EX:
AP
Se: 1/3
Im: 1/1
JOELHO

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:4096 L:2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ITALO CLAUDIO DE SOUSA
1997 MAY 22 M 194335
Acq: EMG
2020 Nov 20
Acq Time: 15:33:26.171

CRELITE
EX:
AP
Se: 1/3
Im: 1/1
JOELHO

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:4096 L:2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ITALO CLAUDIO DE SOUSA
1997 MAY 22 M 194335
Acq: EMG
2020 Nov 20
Acq Time: 15:33:26.171

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1130536-85 DATA DE EMISSÃO 26.11.86

NOME EVERARDO DE SOUSA LEITE
Francisco Nunes de Sousa

FILIAÇÃO Antonia Leoni Leite Sousa
Crato-CE 13.12.1967

NACIONALIDADE Cert. Nasc. nº 19.179.Lv. 20. Fls 147 DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGINÁRIO Crato-CE

LEI Nº 7.116 DE 1966

EVERARDO DE SOUSA LEITE




SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

10-1

ESTADO DO CEARÁ

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
C/C

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 346395783 34

NOME DO CONTRIBUÍVEL
EVERARDO DE SOUSA LEITE

DATA DE NASCIMENTO 13/12/67

SIGNATURA
Everardo de Sousa Leite

ESTE VALOR DEVE SER APRESENTADO EM COMPROVANTE DE PAGAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FEDERAL DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INTELIGÊNCIA E PERÍCIAS FOMÉTICAS



Polegar Direito



Italo Claudio de Sousa Alencar

CAATIA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
2007942784-3

DATA DE
EXPEDIÇÃO
02/08/2011

DATA DE NASCIMENTO
22/05/1997

ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR
FRANCISCO CLAUDIO DE ALENCAR
MARIA LUCIA DE SOUSA ALENCAR

NATURALIDADE
CEATO - CE

SOC. CIVIL

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 4 OFÍCIO TENHO: 49930 FOLHA: 120V
LIVRO: 443 CEATO - CE

ASSINATURA DO DIRETOR

1 - VIA

P.: 56

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
075.207.693-05

Nome
ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

Nascimento
22/05/1997

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189803/21

Vítima: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

CPF: 075.207.693-05

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/11/2020

Titular do CPF: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EVERARDO DE SOUSA LEITE : 346.395.783-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR : 075.207.693-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2021
Nome: EVERARDO DE SOUSA LEITE
CPF: 346.395.783-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EVERARDO DE SOUSA LEITE

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210255091 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO CLAUDIO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/11/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
ALENCAR S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA COM EXTENSO FERIMENTO - DESENLUVAMENTO (PG 1).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO, FIXADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM PG 1
PG 2 - EVOLUÇÃO
PG 4/6 - CIRURGIA
PG 9/10 - IMAGEM

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50