

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO**

Nº Sinistro: **3180001428**

Vitima: **VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO**

Data do Acidente: **25/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180001428**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12164244



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO

Nº Sinistro 3180001428

Vitima: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO

Data do Acidente: 25/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180001428**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **25/05/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e estar em nome de pessoa física, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

ASL - 0489772/17

CPF da Vítima

917.158.223-15

Nome completo da vítima

Vera Lucia Dias de Carvalho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Vera Lucia Dias de Carvalho		CPF titular da conta 917.158.223-15	Profissão Comerciante
Endereço R. do Corrente		Número 96	Complemento
Bairro Corrente	Cidade São Benedito	Estado Leão	CEP (88)94626-2211
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)AGÊNCIA
NRQ.

3845

D/V

CONTA
NRQ.

18825

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRQ.

AGÊNCIA

NRQ.

D/V

CONTA

NRQ.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Benedito, 01 de Novembro de 2017

Local e Data

Vera Lucia Dias de Carvalho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 547 - 1682 / 2017

Dados da Ocorrência

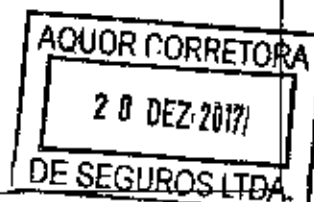
Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/08/2017 15:36:58**
Data / Hora da Ocorrência: **25/05/2017 16:20:00**
Endereço da Ocorrência: **TRAVESSA FRANCISCO CAVANCANTE**
Complemento: **DEPOIS DA PADARIA**
Bairro: **CORRENTE** Município: **SAO BENEDITO/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO**
Nascimento: **30/07/1978** CPF: **917.158.223-15**
RG: **98098082026** Órgão Emissor:
Filiação: **IDELZUITE DIAS DE CARVALHO**

UF:

Endereço: **AVENIDA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA**
Bairro: **CORRENTE** CEP:
Município: **SAO BENEDITO/CE**
País: **BRASIL** Telefone:



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYQ9709** Uf: **CE** Município: **SAO BENEDITO** Chassi:
9C2HA07103R077253 Renavam: **894576402** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/C100 BIZ ES** Ano Fabricação:
2003 Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A declarante vem relatar que fora vítima de acidente de trânsito no dia e local supracitado. Que estava pilotando sua motoneta Biz ES cor vermelha, SEM HABILITAÇÃO, quando um bêbado atravessou a pista repentinamente, tendo a mesma perdido o equilíbrio e caído. Que teve fratura no tornozelo direito, sendo socorrida à UPA e encaminhada o hospital de Tianguá. Nada mais disse.///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO BENEDITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


NINIVE XIMENES ARAUJO - MAT.: 300675-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO, portador da carteira de identidade nº 98098082028 e inscrito no CPF/MF sob o nº 917.158.223-15, residente e domiciliado na BC DO CORRENTÊ, - 00096 - CORRENTÊ, Cidade SÃO BENEDITO, Estado CEARÁ, 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:

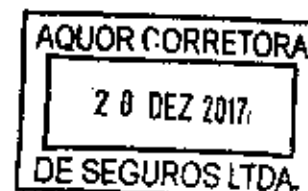
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Vera Lucia Dias de Carvalho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

São Benedito - Ceará, 20-08-2017

Local e data

Comprovação de ato declaratório



AQUOR CORRETORA
28 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

GOVERNO MUNICIPAL DE
SÃO BENEDITO

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO

Sexo: M () F (x) DN: 30/03/78 Idade: 38 Raza/Cor: _____

Município de Origem: () São Benedito () Outro Município: _____

Endereço: RUA SALMIR PENEIRA DE ALMEIDA

Telefone: () _____ CELULAR

SUS: _____ RG: 93098082028

Data do Atendimento: 25/05/12 Hora: 16:43 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: _____ x _____ mmHg

FR: _____ lpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL

Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

Medicações e tempo de uso: _____

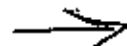
Anamnese e Exames Físicos Iniciais:

Cliente vítima de acidente de moto
apresentando edema e referindo dor
em MMII (D).

Classificação de Risco:

- ☐ 0 MIN. - EMERGÊNCIA (VERMELHO) -Necessita de atendimento imediato
- ☐ 10 MIN. - MUITO URGENTE (LARANJA) -Necessita de atendimento praticamente imediato
- ☒ 50 MIN. - URGENTE (AMARELO) -Necessita de atendimento rápido, mas poderá aguardar
- ☐ 120 MIN. - POUCO URGENTE (VERDE) -Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.
- ☐ 240 MIN. - NÃO URGENTE (AZUL) -Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.

Assinatura do Profissional: _____



ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação CLÍNICA/ EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Doença do trato

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

1. *Viclorone 15 mg*
2. *Ureaplasma 100 mg*

Adelto Borges M. Farias
MÉDICO
CRM 17.188

MÉDICO
Assinatura e Carimbo

OPTEI POR NÃO REALIZAR PROCEDIMENTO/ MEDICAÇÃO PRESCRITO PELO MÉDICO PLANTONISTA

Assinatura do Usuário Responsável

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA: () Hospital de Origem () Outro

Reginaldo Alves Ferreira
Assinatura do Usuário ou Responsável

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

A Tâlna Social de Energie Elctric
tel. 0264 210 438
de 26 de april de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60.35-040 | Fortaleza CE
047251/0001-70 | CCF 06.105.808.9

ene

Comprovante de residencia



CEP 801-3
CNPJ 07.047.751/0001-70

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Nota 08 31000 13 00350

Nota 08 31000 13 002500 - 1

Nome VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO
End. Postal BC DO CARVALHO

End. Postal BC DO CORRENTE 00096
CORRENTE

Medidor 2110242

Classe 01-RESIDENCIAL MOND
RG / CPF / CNPJ 917158223-15

Nome do Responsável _____

Page 0000 0000

Motor de Potência 0,00

CGE

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Realização Entrega
Jul/2017	13/07/2017	14/08/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legendagem desta

Vozu a ingandahuru detsa comu.
Consigna. 11100

Completed: 11/06/2017
 Date: 11/20/2017

END 15.21

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor da Imposta
ISEMTO		

Padrão Individual	Apuração Individual
-------------------	---------------------

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
7295. 8678. 7114. 6020. 5067. 4105. 3243. 5117

	Public	Trn.	Amort	Adm	Trn.	Amort
DIC	5.91	10.52	21.25	0.67	0.88	0.6
ATC	3.26	6.72	13.45	0.88	0.60	0.6
DMIC	3.03			0.50		0.4

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

DESCRICAÇÃO									
ALIC. CONSUMO DO MES									
MONTA MENSAL									
13/07/17	12/06/17	31 5196	78	8.00	50	40	78	19.35	19.35

12/06/17 31 dias
VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 06/2017
JUROS DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA
ADICIONAL.BANDEIRA AMARELA MES
BAIXA RENDA
(R\$ 0,34)

VENCIMENTO 20/07/2017

TOTAL A PAGAR (RS)	28,50
-----------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Energia	0,5
Transmissão	0,5
Distribuição	0,5
Encargos Setoriais	2,6
Tributos (ICMS, COFINS)	2,16
TOTAL	28,18

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
81	78	82	81	78	78	79	83	84	80	94	66
May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compares suas emissões para consumo de energia elétrica
 Emissão: 39,74
 Compensação: 0,00
 Compensação Equilibrada (PNC)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
CONTAS EM ATRASO

CONTAS EM ATRASO

PREVIO AVISO

NOTIFICACAO DE SUSPENSA DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA

Prezado Cliente, constam em nossos controles contas em atraso, desde o detalhamento do Dabitro, o não pagamento da divida implica na possibilidade de suspencao do fornecimento de energia em 15 dias apos a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEL 414/10, Art. 5º, 12 e 13. Bem como o envio das informacoes aos ORGaos de PROTECAO ao CREDITO E CARTORIO DE PROTESTO. Caso ja tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

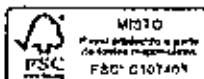
DEBITO ANTICIPADO	
Mes: Ano	Valor R\$
06/2017	51,38
Total	51,38

Consta desde fatura R\$ 1,67 referente a PIS e COFINS. Atualizados: PIS: 8.70% e COFINS: 3,51%

Nº do Cliente: 3152882-1
Data de Emissão: 13/07/2017 Referência: Jul/2017
Nº da Nota Fiscal: 484952179 Total a Pagar (R\$): 28,56
Nº de Controle: 0003152882 00133 39472 22

00031528820-5 01333947241-5

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.



Este símbolo indica que o papel utilizado neste impresso foi produzido com madeira de florestas certificadas e outras fontes controladas.

Prontos para atender você!

Central de Atendimento
Presencial: 8h às 18h.
Por telefone: 7h às 19h
(85) 3453-7706 / 7707 / 7708

SAC 24 HORAS
Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 280 5358

Rua Pe. Luis Figueira, 52 - Aldeota
Fortaleza-CE
PABX: (85) 3453-7777

www.unimedceara.com.br



CUIDAR DE VOCÊ, ESSE É O PLANO.

1.453



PLANOS UNIMED



|||||
CTCE FORTALEZA CE CID / CDD PAPICU CE
FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO
R. PROFESSOR SILA RIBEIRO 420
AP 1002 PAPICU
60175-135 FORTALEZA CE

Comprovante de residência



4402541520950030000000700000180717
Data de Validade: 1 x 05/04/2017 / Data de Postagem: 13/03/2017

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.



Aldeota - Fortaleza/CE - CEP: 60150-015


LÍDER
 Atividade de Seguro DPVAT

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

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/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.013.703 / 45 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vera Loucia dias de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.158.223 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Vera Loucia dias de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.158.223 / 15 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

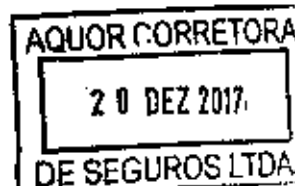
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA PROFESSOR SILVA RIBEIRO		Número 420	Complemento AP 1002
Bairro PAPICU	Cidade FORTALEZA	Estado CE	CEP 60.175-135
Email RECUSO		Telefone comercial(DDD) RECUSO	Telefone celular (DDD) RECUSO

Fortaleza, 01 de Novembro de 2017
Local e Data

Fabiana Negreiros de Azevedo
Assinatura do Declarante





20 DEZ 2017

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTOMINISTÉRIO DA
SAÚDEGOVERNO
FEDERALGOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁGOVERNO MUNICIPAL DO
SÃO BENEDITO

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: VEDA LUCIA DIAS DE CARVALHO
 Sexo: M () F (X) DN: 30/07/78 Idade: 38 Raça/Cor: _____
 Município de Origem: () São Benedito () Outro Município: _____
 Endereço: RUA SALMIR PEREIRA DE ALMEIDA
 Telefone: () _____ COARATIÁ
 BUS: _____ RG: 98098082028
 Data do Atendimento: 25/05/17 Hora: 16:42 Rutificação: _____
SINAIS VITAIS
 Peso: _____ kg Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: _____ x _____ mmHg
 FR: _____ lpm FC: _____ bpm DC: _____ mg/dL
 Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável
 Medicamentos e tempo de uso: _____

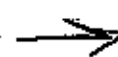
Anamnese e Exames Físicos Iniciais:

Cliente vítima de acidente de moto
apresentando trauma e suprimido de
um MMII (D).

Classificação de Risco:

- ☐ 0 MIN. - EMERGÊNCIA (VERMELHO) - Necessita de atendimento imediato
☐ 10 MIN. - MUITO URGENTE (LARANJA) - Necessita de atendimento praticamente imediato
☒ 50 MIN. - URGENTE (AMARELO) - Necessita de atendimento rápido, mas poderá aguardar
☐ 120 MIN. - POUCO URGENTE (VERDE) - Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.
☐ 240 MIN. - NÃO URGENTE (AZUL) - Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde.

Assinatura do Profissional:



ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação CLÍNICA/EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) Wunde 20x10 cm

PROCEDIMENTO E CONDUZA:

1. Wundabehandlung + 3 mg I

2. Wundabehandlung + 3 mg I

3.

4.

5.

6.

Aberto Borges M. Farias

MÉDICO

CRM: 17.108

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OPTEI POR NÃO REALIZAR PROCEDIMENTO/ MEDICAÇÃO PRESCRITO PELO MÉDICO PLANTONISTA

Assinatura do Usuário/ Responsável

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA: () Hospital de Origem () Outro

Responsável sobre Ferreira

Assinatura do Usuário ou Responsável

AQUOR CORRETORA
12 0 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.



Estado do Ceará
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO
Secretaria de Saúde do Município

FICHA DE REFERÊNCIA

Preencha essa ficha em 3 vias ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário o orientando-a para retornar com a 1ª via a unidade de origem.

Unidade de Origem: UPA São Benedito

Distrito Sanitário:

Município: São Benedito

Nome: Vera Lúcia Dias Loureiro

Prontuário:

Sexo: () M (X) F

Data Nascimento 30/07/78

Ocupação:

Endereço: Corrente

Bairro:

Tel:

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 38 anos, vítima de acidente de trânsito (queda de moto) há ± 15 dias evoluindo com dor e deformidade em tornozelo

Resultado do Exame: lineto

Rx de tornozelo (D) (AP): Fx do tibia (D)

Conduta já Realizada: Analgesia + Imobilização

Impressão Diagnóstica: Fx de tornozelo (D) (Fx do tibia (D))

Assinatura do Encaminhamento N° Registro

Função

Data: 07/06/17

Hora: 19:00h

AGENDAMENTO

Encaminhamento para o atendimento: ☒ Ambulatorial

☐ Hospital ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Avaliação ortopédica

Profissional: Ortopedista

Data: / / Hora:

Unidade de Referência:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N°:

Alta:

Resumo Clínico/ Cirúrgico:

Resumo de Exames:

Diagnóstico Principal:

Secundário 1:

Secundário 2:

CID:

CID:

CID:

Proposta da Conduta para Segmento:

O Problema justificou a referência? () Sim () Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? () Sim () Não

Assinatura de Encaminhamento N° Registro

Função

Data: / /

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA

CAVALHO CAMILO HOSPITAL
Contato com Original
16/12/17
Assinatura

Guia de atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 113024	Atendimento 0003	Nome do Paciente VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO	CNS 160778876920005	Gênero de Autorização
Documento(s) Identidade: 98098082028	Estado Civil Casado(a)	Sexo Feminino		
Data de Nascimento 30/07/1978	Local SAO BENEDITO/CE	Idade 38 Ano(s)		
Pai FRANCISCO JOSE SILVA CARVALHO	Mãe IDELZUITE DIAS DE CARVALHO			
Endereço RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN	Bairro CORRENTE	CEP 62370-000	Município SAO BENEDITO	UF CE
Profissão OPERADORA DE CAIXA	Empresa	Cônjuge		
Responsável CELINA DE CARVALHO	CPF do Responsável	Endereço RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN	Município SAO BENEDITO	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

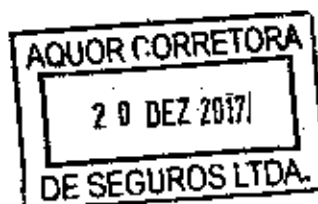
Data Atendimento 08/06/2017	Hora 09:01	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento ENCAMINHADO P/CONSULTA		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário RENARA AGUIAR FONTENELE			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

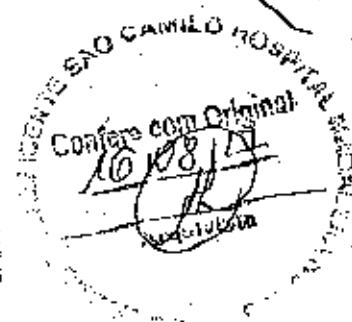
fx. MZ (D)
M.L., 4/ de mto
cl. h.k. b.k.



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 16409

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

gessada 20 - 02
cepou 20 - 03
cepou 40 - 01



Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CELINA DE CARVALHO

Guia de atendimento - AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 113024	Atendimento 0004	Nome do Paciente VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO	CNS 160778676920005	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 98098082028	Estado Civil Casado(a)	Sexo Feminino		
Data de Nascimento 30/07/1978	Local SAO BENEDITO/CE	Idade 38 Ano(s)		
Pai FRANCISCO JOSE SILVA CARVALHO	Mãe IDELZUTE DIAS DE CARVALHO			
Endereço RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN	Bairro CORRENTE	CEP 62370-000	Município SAO BENEDITO	UF CE
Profissão OPERADORA DE CAIXA	Empresa	Cônjuge		
Responsável CELINA DE CARVALHO	CPF do Responsável	Endereço RUA SALMITO FERREIRA DE ALMEIDA, SN	Município SAO BENEDITO	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/06/2017	Hora 07:59	Convênio SUS	Metrcula	CD
Profissional de Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA	CRM/UF 18408/SP	Tipo Atendimento RETORNO		
Indicador de Acidente	Funcionário ARIANE CARLA DE SOUSA			

Observação				
Seis	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Tamozelo

Vibração Alves Salvador
Técnico em Radiologia
CRTR - 01594T

Ex m @, m

consolidado

cl. h h batz

AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA.

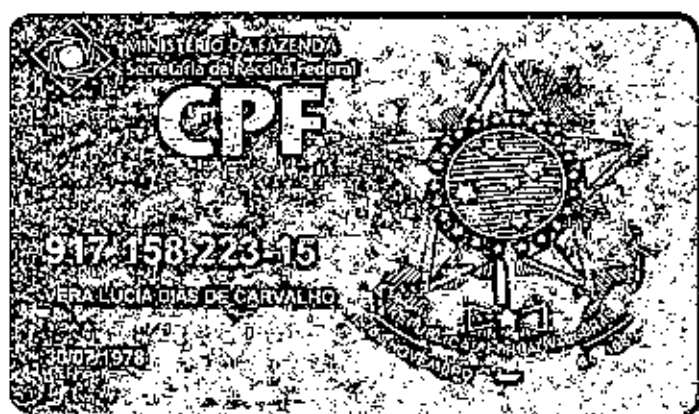
Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 18408

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO HOSPITAL MADALENA NUNES
Confere com Original
16/08/2017
Assinatura

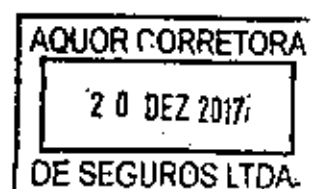
DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 18408

casado 15-04
Sociedade 15-04

200813 VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: CELINA DE CARVALHO



Documentos de Identificação





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DA JUSTICA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO CAIXA DE IDENTIFICACAO DE PORTALAZA	
VALIDA EM TODAS AS IDENTIFICACOES NACIONAIS 1004128007	MARIANA MARQUES DE ARAUJO
	CPF: 000308667226-63
	RG: 046.017.703-45
	DATA DE NASCIMENTO: 09/01/1982
1004128007	ASSISTENTE SOCIAL DE APOIO SECRETARIA DE SEGURANCA MARQUES DE ARAUJO
	NUMERO: 04873395844
	VALIDADE: 04/09/2015
	EXPIRACAO: 01/02/2010
1004128007	<i>Assinatura do titular da identidade</i>
	LOCAL: PORTALAZA, CE
	DATA DE EMISSAO: 09/09/2014
	NUMERO DE IDENTIFICACAO: 83264549155 CPF: 000308667226-63

AQUOR CORRETORA

20 DEZ 2017

DE SEGUROS LTDA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - CE Nº 012635873293
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CRDD 1018945764023 000000000000 2015

VERA LUCIA DIAS SDR CARVALHO
SAC BENEDITO/CE

901582-315 H09709
902HA00103R072153

PAS MOTONETA NAO APIC COMBUSTIVEL
GASOLINA

HONDA C100B12-ES 2003
22B 00V797CC PARTIC VERMELHA

286-75 SECUR 012626010128 01/2015

SAC BENEDITO

27/07/2015

CE Nº 012635873293 BIHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SUBBIHETE DO SEGURO DPVAT
B17-ES 8273 MAIS INFORMAÇÕES LEIA N 8750909
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvalsegurodostransito.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

901582-315 H09709
902HA00103R072153

HONDA C100 B12-ES
902HA00103R072153

PREMIO TARIFARIO

129,04 14,34 143,38

25/01/2016

DPVAT

DUT



AQUOR CORRETORA
20 DEZ 2017
DE SEGUROS LTDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001428 **Cidade:** São Benedito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO **Data do acidente:** 25/05/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBROS INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO INDENIZADO

Sequelas permanentes: EDEMA E DOR

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: VERA LÚCIA DIAS DE CARVALHO.		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: COMERCÍARIA	RG de nº: 98098082028/SSPDC/CE	
CPF nº: 917.158.223-15	Endereço: BC DO CORRENTE - 00096		
Bairro: CORRENTE	Cidade: SÃO BENEDITO	Estado: CEARÁ	CEP: 62.370-000

OUTORGADO:

Nome: FÁBIANA NEGREIROS DE AZEVEDO		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: ADVOGADA	Carteira de Identidade: 2005028073284	
CPF nº: 046.013.703-45	Endereço: RUA PROFESSOR SILA RIBEIRO, 420, AP 1002		
Bairro: PAPICU	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARÁ	CEP: 60.175-135

Por este instrumento particular de procuração, **O OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, bem como, apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e/ou qualquer outra Seguradora do Convênio DPVAT e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade **DO OUTORGANTE** a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados **AO OUTORGADO**.

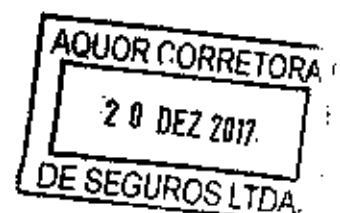
São Benedito, 27 de JULHO de 2017.

Vera Lucia Dias de Carvalho
OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



PARA SOCORRO A AMABA Substituta Carolina Amaral	Reconheço a(s) firma(s) de <u>Vera Lucia Dias de Carvalho</u>
	Por (x) autenticidade:
	Em test. <u>Francisco Wagner de Almeida Amaral</u> de verdade
	Dou fé
	São Benedito-CE, 27 de JUL de 2017
	Francisco Wagner de Almeida Amaral
	TABEILÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001428 **Cidade:** São Benedito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERA LUCIA DIAS DE CARVALHO **Data do acidente:** 25/05/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBROS INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO INDENIZADO

Sequelas permanentes: EDEMA E DOR

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: