

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00789-7

CONTA: 00001003836-7

Nr. Autenticação

BRADESCO19102018050000000002370078900001003836253125 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180454047 **Cidade:** Tauá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA COM HEMATOMA SUBGALEAL DENSO PARIETAL POSTERIOR ESQUERDO
FRATURA NO PÚBIS E ÍSQUIO À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: MARCHA ENCURTADA E CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 40°, EXTENSÃO A 5°, ADUÇÃO A 5°, ABDUÇÃO A 12°, ROTAÇÃO MEDIAL A 22° E LATERAL A 17°

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/10/2018

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.
APRESENTA EXAME DE AUDIOMETRIA DE 15/09/18 QUE REFERE PERDA AUDITIVA. NÃO APRESENTA AUDIOMETRIA ANTERIOR AO ACIDENTE; NÃO FOI SUBMETIDO A TC DE MASTOIDE; NÃO FOI SUBMETIDO A EXAME DE BERA; NÃO FOI SUBMETIDO A RNM DE CRÂNIO, OU SEJA, NÃO TEVE EXAME QUE AVALIOU CÓCLEA, MEATO ACÚSTICO INTERNO E/O NERVO ACÚSTICO.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180454047 **Cidade:** Tauá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA COM HEMATOMA SUBGALEAL DENSO PARIETAL POSTERIOR ESQUERDO
FRATURA NO PÚBIS E ÍSQUIO À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: MARCHA ENCURTADA E CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 40°, EXTENSÃO A 5°, ADUÇÃO A 5°, ABDUÇÃO A 12°, ROTAÇÃO MEDIAL A 22° E LATERAL A 17°

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/10/2018

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.
APRESENTA EXAME DE AUDIOMETRIA DE 15/09/18 QUE REFERE PERDA AUDITIVA. NÃO APRESENTA AUDIOMETRIA ANTERIOR AO ACIDENTE; NÃO FOI SUBMETIDO A TC DE MASTOIDE; NÃO FOI SUBMETIDO A EXAME DE BERA; NÃO FOI SUBMETIDO A RNM DE CRÂNIO, OU SEJA, NÃO TEVE EXAME QUE AVALIOU CÓCLEA, MEATO ACÚSTICO INTERNO E/O NERVO ACÚSTICO.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180454047 **Cidade:** Tauá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBGALEAL DENSO PARIETAL POSTERIOR ESQUERDO). PERDA AUDITIVA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.
(@ PÁGINA 04).

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180454047
Nome do(a) Examinado(a): Maria Deuselina Vital de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sebastiao Leitao, 320
Cidade Nova Taua CE CEP: 63660-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20161436336
Data local do acidente: [02/07/2018]
Data local do exame: [17/10/2018] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TCE COM HEMATOMA COM HEMATOMA SUBGALEAL DENSO PARIETAL POSTERIOR ESQUERDO
FRATURA NO PÚBIS E ISQUIO À DIREITA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA
Complicações: SEM**

Data da Alta: 17/09/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**MARCA ENCURTADA E CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 40°, EXTENSÃO A 5°, ADUÇÃO A 5°, ABDUÇÃO A 12°,
ROTAÇÃO MEDIAL A 22° E LATERAL A 17°**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**PERDA DE REPERCUSSÃO INTENSA NA REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO NORMAL DA ARTICULAÇÃO DO
QUADRIL E ALTERAÇÃO DA MARCA**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.
APRESENTA EXAME DE AUDIOMETRIA DE 15/09/18 QUE REFERE PERDA AUDITIVA. NÃO APRESENTA AUDIOMETRIA ANTERIOR AO ACIDENTE; NÃO FOI SUBMETIDO A TC DE MASTOIDE; NÃO FOI SUBMETIDO A EXAME DE BERA; NÃO FOI SUBMETIDO A RNM DE CRÂNIO, OU SEJA, NÃO TEVE EXAME QUE AVALIOU CÓCLEA, MEATO ACÚSTICO INTERNO E/OU NERVO ACÚSTICO.**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357111/18

Vítima: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA

CPF: 812.766.053-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/07/2018

Titular do CPF: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO : 456.941.763-91

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

MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA : 812.766.053-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2018
Nome: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO
CPF: 456.941.763-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

28 SET. 2018

SIA CORRETORA DE SEGUROS, LTDA.

Ways of Learning

Assinatura do responsável

५८८

三

utorizo a intemagão do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e anestésicos que se fizer necessária. Outrossim, tomo clínica e submeto-me à alízaga de necropsia, que se fizer necessária. O uterino é de responsabilidade do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por possíveis gastos contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por os gastos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento do Saúde

1 - NOME QO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

2 - CNES

2328046

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

4 - CNES

2328046

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mário Durvalo Vito de Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc

1

Fem

3

10 RAÇA/COR

1

2

3

10 1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

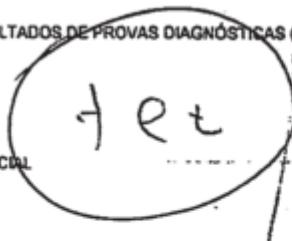
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

AL 6-741027 2-2012 6-0-
 Tumor c. tnm c. Tumor +
 Enq. T2-6-h-6.1c16

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

→



24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

de causa
81/000

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO NO CONSELHO)

Escrever em caso de causas externas
Dr. Antônio Hilton Peixoto

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

- EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISOR

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

LIBIA CORRETO

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

28 SET. 2012

Assinatura

DADOS DO PACIENTE

CPF	Atendimento	Nome do Paciente		CNS	Guia de Autorização			
933	0006	MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA		898002778442911				
mento(s)	idade:	286203994		Estado Civil	Sexo			
de Nascimento				Solteiro(a)	Masculino			
17/1943		Local	TAUÁ/CE		Idade	74 Ano(s)		
TONIO JOSE VITAL			Mãe MARIA AVELINA MOTA					
Endereço		Bairro	JOSÉ ÓSIMO	CEP	63660-000	Município	TAUÁ	UF
RUA ANTONIO VIEIRA GOMES, 319						CE	88 99227245	
Local		Empresa	Cônjugue					
RICULTORA								
Responsável		CPF do Responsável	Endereço		Município		UF	
MARIA LUCIAMAR VITAL			RUA ANTONIO VIEIRA GOMES, 319		TAUÁ		CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

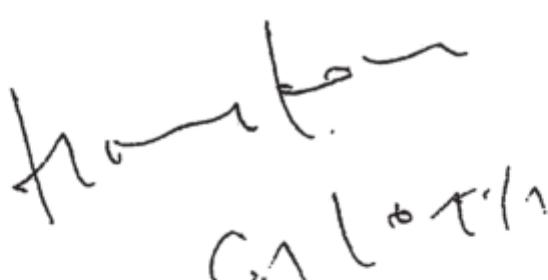
Atendimento	Horas	Convenio	Matrícula	CID	
17/2018	16:37	SUS			
Local do Atendimento			Nº Conselho	Tipo Atendimento	
Identificação de Acidente			Funcionário		
			MAURICIO RODRIGUES GONÇALVES		
Descrição do Acidente					

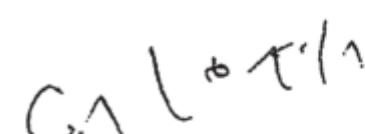
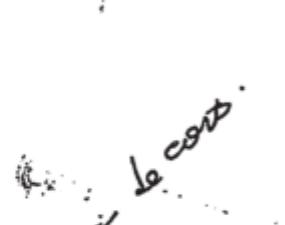
		Data/Hora Liberação						
		/	/	às	hs.	() Alta	() Internação	() Óbito

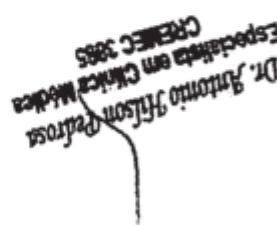
dados Vitais

Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (ppm)	PA (mmHg)	Oximetria (%):	Glicemia (mg/dL)
kg)						

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



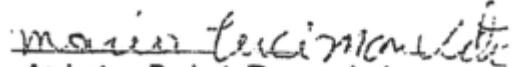





LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

28 SET. 2018

Carimbo e Assinatura do Médico


 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: MARIA LUCIAMAR VITAL

Receituário

Mario Deszelina

Nome: Mario Deszelina Vital & Sane

Lendo Médico

Pt vítima de Atropelamento no
dia 02/09/18. TCE Moderno com
Hematoma subgástrico denso por todo posterior
Esquerdão, Medindo 63 x 7 mm. +
fraturnos previos em Pólois e isquio
à direita. Realizado Tratamento conservador.
Pt não dor + dificuldade de
deambular. com Mochila claudicante. +
diminuição de forças em MMT com
limpocor Fisiológico + grau intenso.
Fundo oftálmico comedido de grau leve no.
Moderno no olho (D) + Pingo Misto no
grau Moderno o rebote no olho (E) + Ofalmo
intenso + tontura. Arros tiveram.
Atto Médico 17/09/18

Data: 17/09/18

Médico CRM

Sua saúde em primeiro lugar.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

28 SET. 2018

TERRADIC

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO
NOME: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA
DATA DO LAUDO: 02-07-2018
MÉDICO SOLICITANTE: DR GUSTAVO

LAUDO

Realizados cortes volumétricos em tomógrafo multislice de 4 canais, sem a administração endovenosa do produto de contraste iodado.

Parênquima cerebral homogêneo com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substância branca e cinzenta.

Dilatação não hipertensiva dos ventrículos laterais e terceiro.

Acentuação dos sulcos corticais, fissuras silvianas e cisternas basais.

Elementos da fossa posterior sem alterações.

CONCLUSÃO:

Redução volumétrica cortical cerebral própria da idade.

OBS.: Hematoma subgaleal denso parietal posterior esquerdo, medindo 63 x 7 mm.

ED. MELISSA COSTA DE FRANCISCO ELINO
RADIÓLOGA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 19325

DIÁ CORRETORA DE SEG. LTD.
28 SET. 2018

Assinatura

EXAME: RAIO X

NOME: MARIA DEUZELINA VITAL DE SOUSA

DATA DO LAUDO: 12-09-2018

MÉDICO SOLICITANTE: SOL.PROPRIA

LAUDO

BACIA

Fraturas prévias em consolidações no púbis e ísquo à direita

Demais estruturas ósseas íntegras

Textura óssea normal

Espaços articulares preservados

Partes moles peri-articulares sem alteração

ED WILSON CUSTODIO FRANCELINO
RADILOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM
CRM 09325

SIA CORRETORA DE SEG. LTD.

28 SET. 2018



SERVIÇO DE AUDIOLOGIA

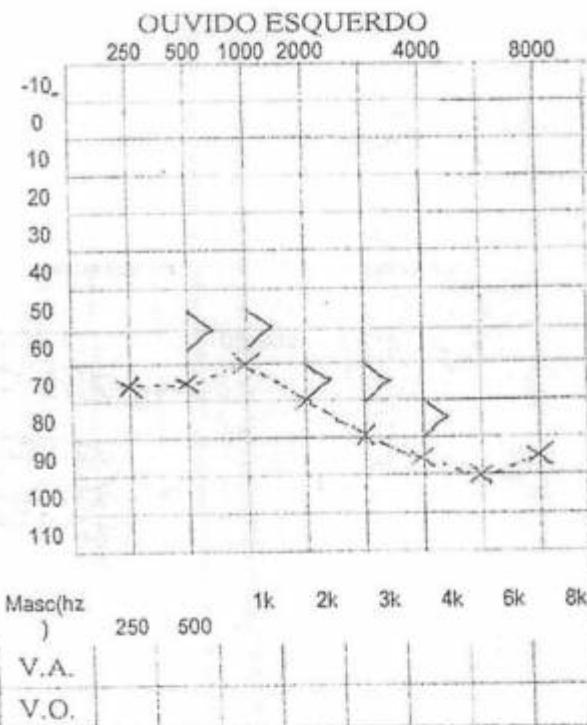
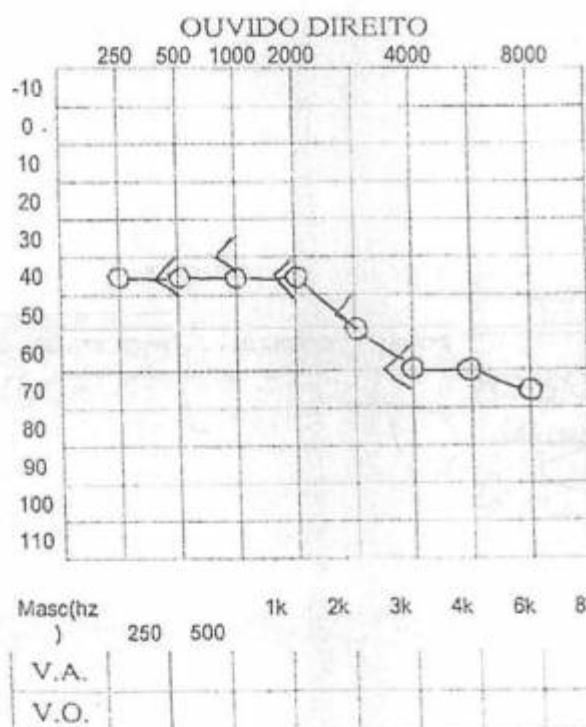
Nome: Maria. Deuselino. Vital. de Souza

Idade: 65

Ocupação: Cupomata

Data: 15/09/18

AUDIOGRAMA



IPRF
O.D. 75 dB Mono: —
Diss: 92%
Masc —

IPRF
O.E. 500 dB Mono: —
Diss: 83%
Masc —

LRF 45 dB
Masc —

LRF 75 dB
Masc —

CONCLUSÃO: Ponto auditivo sensorineural de grau leve a moderado no ouvido direito e ponto moderado de grau moderado a severo no ouvido esquerdo.

28 SET. 2018

M. Fabiola Batálha
Fonoaudióloga
CRF-6259-CE

M. Batálha
Fonoaudióloga



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUBATÉ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 2280 / 2018
Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **04/09/2018 14:26:01**
Data / Hora da Ocorrência: **02/07/2018 09:16:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JUVINIANO BARRETO**
Complemento: **ZONA URBANA**
Bairro: **CENTRO** Município: **TAUBATÉ/CE**
Ponto de Referência: **DR. CORDEIRO**

Dados da(s) Vítima(s)
Nome: **MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA**
Nascimento: **20/07/1943** CPF: **812.766.053-15**
RG: **20161436336** Orgão Emissor: **SSPD** UF:
Filiação: **MARIA AVELINA MOTA**
ANTONIO JOSE VITAL
Endereço: **SITIO SEBASTIÃO LEWITÃO**
Bairro: **CIDADE NOVA**
Município: **TAUBATÉ/CE**
País: **BRASIL** CEP:
Telefone:

Noticiante(s)
Nome: **MARIA LUCIMAR VITAL**
Nascimento: **07/08/1970** CPF: **004.318.893-17**
RG: **95014004263** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DEUSELINA VITAL**
NC
Endereço: **RUA FRANCISCO PEREIRA FILHO, 68**
Bairro: **CIDADE NOVA**
Município: **TAUBATÉ/CE**
País: **BRASIL** CEP:
Telefone: **(88) 9763-9852**

Dados do(s) Veículo(s)
1) Placa: **HWF5498** UF: **CE** Município: **TAUBATÉ** Chassi: **98W222377WP588881** Renavam: **706460413** Tipo do Veículo: **AUTOMÓVEL** Marca / Modelo: **VW/GOL SPECIAL** Ano Fabricação: **1998**
Ano Modelo: **1999** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **EMERSON MARCOS PEDROZA BENEVIDES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que no dia, hora e local acima citados, quando sua genitora MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA, foi vítima de atropelamento por um veículo acima caracterizada, tendo o condutor Marcos Antonio Pedrosa Benevides, sofrendo a vítima TC de crânio + trauma em quadris. Acrescenta que a mesma foi socorrida por uma equipe do Pro-Cidadania para o Hospital desta cidade e tendo como testemunha o condutor do veículo acima descrito, não teve ajuda do SAMU, CORPO DE BOMBEIROS .E nada mais disse. As informações ora prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante Obs.: o(a) noticiante ficou ciente das penalidades do artigo 299, do C.P.B.

DELEGACIA REGIONAL DE TAUBATÉ

X maria lucimar vital

Pág. 1 de 2

Impresso em: 04/09/2018 10:28:01



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 2280 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ MONTEIRO ARRAIS JUNIOR - MAT.: 198230-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X maria acimar vital

VISTO DO DELEGADO(A) :

ADRIANO DE QUEIROZ ANDRADE - MAT.: 30116011

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

28 SET. 2018

ASS. LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Prenúncio Atendimento Nome do Paciente
054933 0004 MARIA DEUSELINA VITAL

Documento(s) Identidade 286203994

Data de Nascimento 20/07/1943 Local TAUÁ/CE

Pai ANTONIO JOSE VITAL

Endereço RUA ANTONIO VIEIRA GOMES, 319

Profissão AGRICULTORA

Responsável LUIZ CORREIA DE OLIVEIRA

CPF do Responsável

Empresa

DADOS DO PACIENTE

CNS
898002778442911

Guia de Autorização

Estado Civil
Solteiro(a)

Sexo
Masculino
Idade
74 Ano(s)

UF CE Telefone
CE 88 99227245

Município
TAUÁ

UF
CE

Data Atendimento 02/07/2018 Hora 09 16 Convênio SUS

Profissional do Atendimento GUSTAVO AUGUSTO LIMA TRINETO

Indicador de Acidente

Observação

Sala

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

Data/Hora Liberação

_____ / _____ / _____ às 14:20 hs

Matrícula

CID

CRM/UF
8306/CE

tipo Atendimento

Funcionário
RAFAEL SILVA VALE

Alta
() Internação
() Óbito

() Internação () Óbito

Oximetria (%):

Glicemia (mg/dL):

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

—> Anorexia
of humor aqüido
é humor oceano/umor

Prn 1140x80 mmHg
DX = 102 mg/dL
Sat 96% Sem O₂
72 bpm

① n.º de refeições trituras 09/50
② n.º de refeições aqüido 10/10
③ refeições por dia
Dose de refeição 200g dia (10/50)
④ obs
⑤ TC anexo

02.07.2018 10:11:04
Guia de atendimento
Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
Nome: GUSTAVO AUGUSTO LIMA TRINETO
Sigla: GAST

HORA DE SEG. 1

28 SET. 2018

GUSTAVO AUGUSTO LIMA TRINETO - CRM 8306

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LUIZ CORREIA DE OLIVEIRA

**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 deve estar regularizada, 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 Sínistro ou ASL

CPF da Vítima

812766053-15

Nome completo da vítima

Maria Deuseliana Vital de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria Deuseliana Vital de Souza	812766053-15	APESANTADA.
Endereço	Número	Complemento
Rua SEBASTIÃO LEITAO	320	CASA.
Bairro	Estado	CEP
LIBAO NOVA	EE	63660-000
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

- | | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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 NRO. 0789 D/V CONTA NRO. 1003836 D/V
(Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AGÊNCIA	D/V	CONTA	
NRO.	<input type="checkbox"/>	NRO.	
(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.

DATA CORRETORA DE SEL

28 SET. 2018
Local e Data

Maria Deuseliana Vital de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTORADA DE SEG. LTDA.

28 SET. 2018

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA

Sinistro: 3180454047

Vítima: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA

Data do Acidente: 02/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180454047** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

