
Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276623

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: REGIANE MARIA MENDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276623

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: REGIANE MARIA MENDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276623 **Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE**

Data do Acidente: 24/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: REGIANE MARIA MENDES

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00091/00092 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14256169

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276623

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: REGIANE MARIA MENDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001957

Conta: 0000011532-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 040715243-16 Nome completo da vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE CPF: 040715243-16

Profissão: RECUSO Endereço: SÍTIO BARRO VERMELHO Número: SN Complemento: URROND

Bairro: BARRO VERMELHO Cidade: BARBALHA Estado: CE CEP: 63180000

E-mail: DESEGURODPVAT@GMAIL.COM Tel.(DDD): 8989777-75

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1957 CONTA: 11532 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: BARBALHA - CE 27-03-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Liziane de Oliveira Leite

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Regiane Maria Almeida Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura Maria Geacineide F. Nobre

Corretora de Seguros Eireli

CNPJ: 21.487.735/0001-06

RECEBEMOS

15 ABR 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **319027 6623** CPF da vítima: **040715243-16** Nome completo da vítima: **LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE**
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE** CPF: **040715243 16**
 Profissão: **RECUSO** Endereço: **SITIO BARRO VERMELHO** Estado: **CE** Complemento: **RUA 06**
 Bairro: **BARRO VERMELHO** Cidade: **BARRO LINDO** CEP: **63180000**
 E-mail: **DESEGURODPVAT@GMAIL.COM** Tel (DDD): **88987773 75**

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: **1957** CONTA: **11532** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada de minha titularidade, o valor da indenização/responsabilidade 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.

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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: **Barro Lindo - CE 22 04 2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: **23 ABR 2019**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Liziane de Oliveira Leite
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Regiane Maria de Sousa Santos
 Assinatura do Produtor (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: **Maria Gorete F. Nobre**
Coordenadora do Seguro Elétrico
CNPJ: 24.087.738/0001-08

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do mesmo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIFICAÇÃO, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

**Impresso nº 2019200848****BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 805 / 2019****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **27/03/2019 11:50:28**Data / Hora da Ocorrência: **24/09/2017 19:20:00** ✓Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LEÃO SAMPAIO**

Complemento:

Bairro:

Município: **BARBALHA/CE**Ponto de Referência: **BARRO VERMELHO****RECEBEMOS****15 ABR 2019**

Maria Geineide F. Nobre
Correlora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

Noticiante(s)Nome: **LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE** ✓Nascimento: **28/07/1989** CPF: **040.715.243-16**RG: **2005029116521**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE****ANTONIO JOSÉ LEITE**Endereço: **SITIO BARRO VERMELHO**Bairro: **ZONA RURAL-BARRO VERMELHO**CEP: **63.180-000**Município: **BARBALHA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98150-3297****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: HXZ4104** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:**9C2JA04208R095056** Renavam: **968764452** Tipo do Veículo:**MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2008**Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**Proprietário: **MARIA THAIS SILVA DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

AFIRMA A NOTICIANTE ADVERTIDA NAS PENALIDADES DOS ARTS 340 E 342 DO CP QUE SOFREU ACIDENTE NO DIA E HORÁRIO MENCIONADOS; QUE NO DIA DO FATO ESTAVA RETORNANDO DE JUAZEIRO DO NORTE-CE PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE HAVIA AREIA NO LOCAL E POR ISSO AO FAZER A PASSAGEM COM O VEÍCULO ACABOU DERRAPANDO; QUE NESSE MOMENTO EM CONTRAMÃO VINHA UM VEÍCULO QUE ASCENDEU LUZ ALTA E POR ISSO A NOTICIANTE VEIO A CAIR NO CHÃO; QUE O VEÍCULO MENCIONADO CHEGOU A TOCAR NO VEÍCULO QUE A NOTICIANTE ESTAVA; QUE PELO IMPACTO ACABOU DESMAIANDO E SÓ SE RECORDA DO MOMENTO EM QUE CHEGOU AO HOSPITAL; QUE A NOTICIANTE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL SÃO VICENTE EM BARBALHA-CE; QUE POSSUI CNH, QUE NÃO ESTAVA ALCOOLIZADA; QUE O VEÍCULO QUE SOFREU O ACIDENTE PLACA HXZ 4104 ENCONTRA-SE EM NOME DE SUA PRIMA MARIA THAIS SILVA DE OLIVEIRA, residente NA RUA LEONARDO DA SILVA FONTES, Nº688, FREI DAMIÃO JUAZEIRO DO NORTE-CE; QUE NESSE DIA ESTAVA NA CASA DE SUA PRIMA DONA DO VEÍCULO; QUE SUA PRIMA EMPRESTOU O VEÍCULO PARA QUE A NOTICIANTE RETORNASSE PARA SUA RESIDÊNCIA EM BARBALHA-CE; QUE EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE A NOTICIANTE SOFREU FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES E

X Liziane de Oliveira Leite



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



Impresso nº 2019200848

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 805 / 2019

CORTE DO PÉ ESQUERDO QUE LEVOU 10 PONTOS; QUE APRESENTA OS DOCUMENTOS CABÍVEIS NESTA DELEGACIA; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE SEGURO DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

AP
ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Liziane de Oliveira Leite

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.467.733/0001-06

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 040715243-16 Nome completo da vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE CPF: 040715243-16

Profissão: RECUSO Endereço: SÍTIO BARRO VERMELHO Número: SN Complemento: URROND

Bairro: BARRO VERMELHO Cidade: BARBALHA Estado: CE CEP: 63180000

E-mail: DESEGURO@GMAIL.COM Tel.(DDD): 8989777-75

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1957 CONTA: 11532 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: BARBALHA - CE 27-03-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Liziane de Oliveira Leite

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Regiane Maria Almeida Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: Maria Cecineide F. Nobre

Corretora de Seguros Eireli

CNPJ: 21.487.735/0001-06

RECEBEMOS

15 ABR 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.


NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar a Sra. **LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE**, portadora do RG n.º 2005029116521, SSP-CE inscrita no CPF n.º 040.715.243-16, no dia 24/09/2017, às 19h51, no Município de Juazeiro do Norte/CE, na Avenida Leão Sampaio, Bairro Barro Vermelho, próximo a IBK, vítima de acidente de trânsito com motocicleta, sendo removida para o HSVP – Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo em Barbalha-CE. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 11 de fevereiro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Marco Antônio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm.
192 Base Juazeiro do Norte

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.735/0001-06

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01957

CONTA: 000000011532-9

Nr. da Autenticação D9090C2EDB288708



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 565204629

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.436 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5406001 DIV **0**

VENCIMENTO
09/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
312,63

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 27 013013 01 0234000

Nome LAUZIDETE DE OLIVEIRA LEITE

Endereço Postal

Medidor

12574728

Poste

0000 0

End. da Unidade Consumidora ST BARRO VERMELHO 00000 BARRO VERMELHO BARBALHA
63180000

RG / CPF / CNPJ 896.449.993-04 CGF

Classe B2 - 04-RURAL, TRIFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
706	0	1	706	0	706

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
12/03/2019	09/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5150.79AE.B682.A800.976B.A103.D858.1C21

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

DOACAO FUNDACAO TERRA (85) 3295 - 3600	5,00
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301	10,00
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	45,58

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

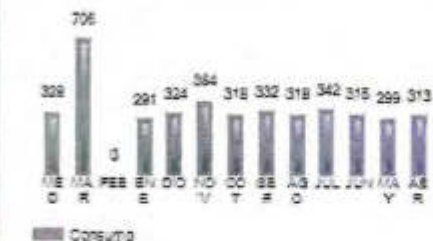
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 48,76

Conjunto CRATO

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5406001-0 N° da Nota Fiscal: 565204629 Total a Pagar (R\$): 312,63
Data de Emissão: 30/03/2019 Referência: MAR/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eire
CNPJ:21.487.736/0001-0

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, REGIANE MARIA MENDES DOS SANTOS,

RG nº 2000034048740, data de expedição 18/09/2014

Órgão SSP - CEARÁ, CPF nº 94459312357,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço

em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito

seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA BERTA MOCINHO</u>
Número	<u>12</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>LIPOGIRO</u>
Cidade	<u>JUAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>63100-00</u>
Tel. de contato	<u>88 996484208 - 88 988787375</u>
E-mail	<u>066SEGURADOR@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

JUAZEIRO DO NORTE 04 04 2019

Regiane Maria Mendes dos Santos

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Geacineida F. Nobre
Corretora de Seguros Eir
CNPJ: 21.447.735/0001-

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 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 nº 7.613/98.

Pelo exposto, eu REGIANE MARIA MONTEIRO DOS SANTOS, inscrita (a) no CPF sob o Nº 944593123 / 87,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LIZIANG DE OLIVEIRA LEITE, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 040715243 / 16, do sinistro de DPVAT cobertura MALÍCIA da Vítima
LIZIANG DE OLIVEIRA LEITE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040715243 / 16, 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 BEN MACINHA</u>		Número <u>12</u>	Complemento
Bairro <u>AMOREIRO</u>	Cidade <u>JUAZEIRO DO NORTE</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63200-00</u>
Email <u>CESSIGRODANT@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>88 988781375</u>	Telefone celular (DDD) <u>88 996454208</u>

JUAZEIRO DO NORTE de 04 de 04 de 2019
Local e Data

Regiane Maria Monteiro dos Santos
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Thais Silva de Oliveira,
RG nº 20050446439, data de expedição 23/11/2016,
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 06558183323,
com domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Leonardo da Silva Fontes, nº 688,
complemento Frei Domício, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Liziane de Oliveira Leite, cujo o condutor era
Liziane de Oliveira Leite.
Veículo: Moto Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2008
Placa: HXZ 4104 Chassi: 9C2JA04205R095056
Data do Acidente: 24/09/2017

Local e Data: Juazeiro do Norte, 27/03/2019

RECEBEMOS

15 ABR 2019

1º OFÍCIO

Maria Thais Silva de Oliveira

Assinatura do Declarante

Liziane de Oliveira Leite

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.735/0001-06





Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

24/09/2017
Data de Emissão

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Dados do Paciente

Nome : **LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE**

Nome da Mãe : TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Sexo : FEMININO

Data Nascimento : 23/07/1989

Idade : 28 Anos / 1 Mês / 27 Dias

Endereço : SÍTIO BARRO VERMELHO

Bairro : AREA RURAL

CEP : 63180000

Cidade : BARBALHA

Telefone : 889601 3421

Profissão Declarada : ESTUDANTE

SENHA :

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :

DBAMV
ISILVA

Atendimento



3101370

Número : 0

Dados do Atendimento

Data : 24/09/2017

Hora : 20:24:50

Especialidade : CIRURGIA GERAL

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Serviço

CIRURGIA GERAL

Queixas :

T :

PA :

P :

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que?

Hora médica : _____

Doença de mão

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

Hipótese Diagnóstica :

*Lesão de mão + fratura do
metacarpo 5 + fratura do
osso da mão + fratura do
osso da mão*

Cód. COD 10 : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ Imagem :

☐ Laboratório :

☐ Outros :

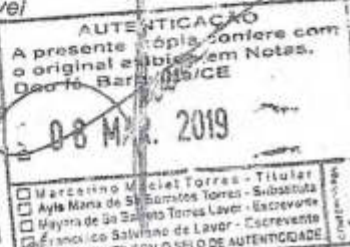
Procedimento

Rx Bwop E (Ap físico)

Conduta

*Exame do Traumatológico
limpidez + dor + inchaço
limpidez + dor + inchaço*

Assinatura do Paciente ou Responsável



CARLOS PEDRO G DE ALENCAR (HMSVP)
CRM C3773



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

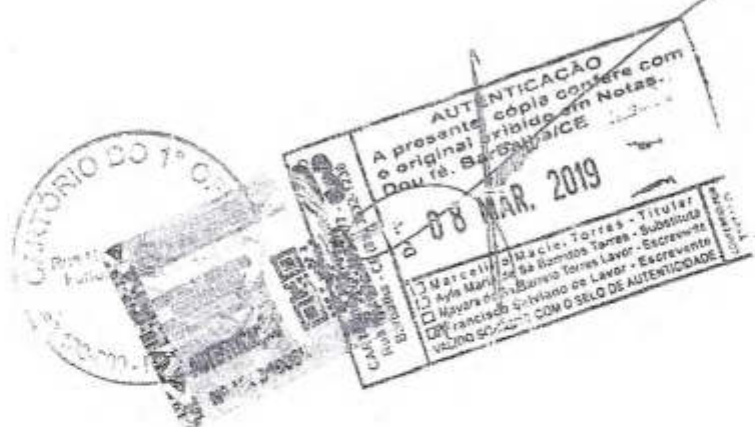
Atendimento: 3101370
Paciente.....: 220965 - LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Solicitante.....: CARLOS PEDRO G DE ALENCAR (HMSVP)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 783091
Idade.....: 28a 3m 0d
Atendido.....: 24/09/2017
Laudo.....: 24/09/2017

BRAÇO EM AP E PERFIL

- Fratura completa desalinhada no terço distal do úmero.

Dra. Eveline Santana
CRM-CE 100000



RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Geineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06



24/09/2017
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :

DBAMV
ISILVA

Nome : **LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE**

Paciente : 220965

Atendimento

Nome da Mãe : TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Sexo : FEMININO

Data Nascimento: 28/07/1989

Idade: 28 Anos / 1 Mês / 27 Dias

Endereço : SÍTIO BARRO VERMELHO

Bairro : AREA RURAL

CEP : 63180000

Cidade : BARBALHA

Telefone : 889601 3421

Profissão Declarada : ESTUDANTE

Número : 0

Dados do Atendimento

Data : 24/09/2017

Hora : 20:24:50

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço

CIRURGIA GERAL

Queixas :

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que? _____

Hora médica : _____

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.733/0001-06

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10 :

□ □ □ □ □ □

Procedimento

☐ Imagem :

☐ Laboratório :

☐ Outros :

Conduta

Assinatura do Paciente ou Responsável

CARLOS PEDRO G DE ALENCAR (HMSVP)
CRM C3773



Ficha de Anamnese de Internação

17/10/2017
Data de Emissão

6-4

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: DBAMV
Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Paciente: 220965

Atendimento

Sexo: FEMININO

Data Nascimento: 28/07/1989

Idade: 28 Anos / 2 Meses / 19 Dias



3121397

Nome da Mãe: TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Nome do Pai: ANTONIO JOSE LEITE

Endereço: SÍTIO BARRO VERMELHO

Número: 0

Bairro: AREA RURAL

Cidade: BARBALHA

CEP: 63180000

Telefone: 996013421

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Dados do Atendimento

Data: 17/10/2017

Hora: 09:44:45

Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME: 3116763

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade: BLOCO I

Leito: APTO 6-4

Uma Luzia Ricardo
Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

Historia da doença atual:

torção do útero (E)

Antecedentes:

I.S.:

Exame Físico:

Dr

Hipótese Diagnóstica:

torção do útero (E)

Diagnóstico Definitivo:

D. melmo

Alta em: 17/10/17

Condições de Alta:

Dr. Cassio Muriilo da Silva
Especialista em Traumatologia

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacinda F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão 17/10/2017

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Usuário do Cadastro :

DBAMV

Nome : LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Unidade : BLOCO I

Identidade : 2005029116521

Leito : APTO 6-4

Paciente : 220965

CPF : 04071524316

Atendimento



312139

Nome da Mãe : TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Dados do Responsável

Nome : VERA LUCIA DUARTE

Parentesco : PRIMO (A)

Fone : 996013421

Endereço : SITIO BARRO VERMELHO

Número : 0

TERMO DE RESPONSABILIDADE - MAIOR E CAPAZ

1- Disposições gerais:

a) O presente termo dispõe sobre direitos e deveres recíprocos entre o paciente, o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, tendo como base o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.

b) O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo é uma instituição filantrópica de assistência social que mantém convênio com a Universidade Federal do Ceará e com a Universidade Regional do Cariri - URCA para dar apoio às suas atividades de ensino. O seu Corpo Clínico é composto por Médicos, Professores de Medicina e seus aprimorandos.

2- Dos deveres e salvaguarda de direitos:

a) O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais de saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

b) O profissional de saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

c) O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável de sua doença.

d) Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios.

e) Quando houver discordância quanto à aplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

f) O paciente tem o direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

g) No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito ou na presença de duas testemunhas, devendo este termo ser arquivado junto ao seu respectivo prontuário.

h) Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital cessarão para o médico e para a instituição quanto às consequências que este fato trouxer.

3- Da incapacidade:

a) No caso do paciente, durante o tratamento, tornar-se incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, desde já ficará responsável como seu REPRESENTANTE INDICADO para representá-lo junto à Instituição e Corpo Clínico:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

b) O Representante Indicado será a pessoa de confiança do paciente, podendo ser seu parente ou não, cabendo ao paciente a sua notificação sobre esta indicação.

c) Em caso de iminente risco de vida ou de perda da qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões (e na ausência do seu Representante Indicado) o médico estará autorizado a adotar as condutas que achar necessárias para resguardar a sua saúde.

d) Estando ausente o médico assistente do paciente e ocorrendo eventos que coloquem em risco a sua saúde a Instituição lhe garantirá a assistência emergencial necessária através dos seus médicos plantonistas.

4- Do Prontuário:

a) Conforme preceituam as normas em vigor o Prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada. O seu manuseio será permitido apenas pelos profissionais envolvidos no seu atendimento, ressaltando-se o sigilo ético sobre as informações ali contidas.

b) Cabe à Instituição a guarda do prontuário pelo tempo previsto em lei.

c) O paciente tem o direito de obter relatório contendo informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação prévia e por escrito ao Setor de Arquivo Médico e Estatística;

d) O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo serem revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

5- Disposições Finais.

a) Após a alta médica o paciente deverá deixar as dependências do Hospital no prazo de até 24 (vinte e quatro horas), após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

b) O atendimento eletivo será prestado nos limites e dentro das regras do convênio a que pertença o paciente, fora dos quais o paciente e seus familiares ficarão responsáveis pelo ressarcimento ao Hospital.

O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME.

Barbilha-CE, ____/____/____

PAC. OU RESP.:

Data da Alta: ____/____/____

Assinatura

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Correlora de Seguros Elreli
CNPJ: 21.487.735/0001-06

Ficha de Cirurgia Descritiva

Arco de Cirurgia: 88859	Sala: 0004	SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)
Paciente: 220965	LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE	Atendimento: 3121397
Convênio: Atend. 1	SUS - INTERNACAO	Carteira:
Leito: 102	APTO B-4	Idade: 28 Anos 25 Dias 7 Horas
Dt. início: 17/10/2017 13:35	Dt. Fim: 17/10/2017 15:40	
Nota de Cirurgia: 1942	FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	
At. Pós-Operatório:		

Procedimentos

At. Exatidão: 0405020703
Tratamento: 001
Anestesia: 23
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNAÇÃO
BLOQUEIO DO PLEXO BRACHIAL

Equipe Médica

GRUPO: C6002 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
AUXILIAR: C9238 FRANCISCO DAS CHAGAS LUNA D'ANTAS (HMSVP)

Descrição

Descrição Cirúrgica

PREPARAÇÃO DO DORSAL
PREPARAÇÃO E ANTISÉPTICA
POSICIONAMENTO DE CAMPOS
ABORDAGEM LATERAL DO BRAÇO ESQUERDO
DISSECAÇÃO POR PLANOS COM ISOLAMENTO CUIDADOSO DO NERVO RADIAL EVITANDO TRAÇÃO
HEMOSTASIA RIGOROSA
ABORDAGEM DA FRATURA
REMOÇÃO DO FOCO COM RETIRADA DE FIBROSE
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA DOF ESTREITA DE 67 Furos
CURATIVO
CURATIVO POR PLANOS
CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Cassio Muriilo da Silva
Cirurgião Traumatólogo
CRM - 15702
Rég. 1451345592

DR(A): CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM: C6002

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AV. CEL. JOÃO COELHO, 299 - FONE: (0XX)(88) 3632-7100
C.N.P.J.: 03.284.503/0001-13



cuidado
humanizado



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE		ATENDIMENTO: 3121397	
Admissão no centro cirúrgico			
DATA: 17/04/17	HORÁRIO:	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria () Externo () UTI () Apto. () outro	
Prótese dentária: () não () sim:		Adornos: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim:	
Jejum: () não () sim: desde as h		Roupa íntima: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim:	
Procedimento Realizado: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQ.			
Evolução na Sala Operatória			
Punção venosa: <input checked="" type="checkbox"/> veia periférica JELCO Nº: 18 () A.V.C () dissecação venosa LOCAL: M.S.D			
Posição para cirurgia: () Ginecológica () Litotômica <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal () D.Ventral () D.Lateral D/E			
Sonda Vesical: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim Tipo: () demora () alívio Número: Presença diurese: () não () sim			
Placa Bisturi: () não () sim Local: <input checked="" type="checkbox"/> panturrilha D/E () dorso ombro D/E () coxa D/E			
Anestesia: <input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio Qual: PH EXO () Geral () Sedação () Local			
HEMOTRANSFUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> não () sim C.H () PLASMA FRESCO () PLAQUETAS ()			
Tubo: () não () sim Tipo: () Tórax D/E () tubular/laminar () penrouse () Kher () sucção () outros			
COMPRESSAS OFERECIDAS: () não () sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: () não () sim:	
GRANDES:	PEQUENAS:	GRANDES:	PEQUENAS:
CIRURGIA: INÍCIO: h		TÉRMINO: h	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS		VIA	DOSE
1- CEFAZOLINA		IV	2G
2- ONDANSETRONA		IV	4mg
3- DE XAPIETASONA		IV	10mg
4- HYDROCOR T 120mg		IV	10mg
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			
HGT			
Encaminhado peça para exame: <input checked="" type="checkbox"/> não () sim: qual:			
INTERCORRÊNCIAS:			
Alta da sala operatória as: h Destino: () RPA () UTI AD. () UTINEO () UTIPED () Enfermaria () Apto. () Necrotério			
ALENI		EDNA	
CIRCULANTE DA SALA - ASSJCOREN		INSTRUMENTADOR - ASSJCOREN	
Recuperação Pós - Anestésico - RPA			
Admissão: nível consciência: () acordado () sonolento () acorda quando chama () dormindo () TOT			
Queixas: () sem queixas			
Respiração: () ndn () com necessidade de suplementação O ₂			
Local cirúrgico: () ndn () alterado			
SNG: () não () sim SNE: () não () sim Sonda Vesical Demora: () não () sim			
Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: () não () sim Qual: () uso O ₂ l/min			
ESTOMA: () não () sim: ASPECTO:			

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gorete F. I.
Coordenadora de Seguro
CNPJ: 21.437.735/0

58.284



BOLETIM ANESTÉSICO

REGISTRO

(SUS)

ATENDIMENTO

3121397

Paciente **LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE**

Idade **28** Sexo ☐ Masc. ☒ Fem. Peso (kg) **54** Altura (cm) **170** Data **17.10.17**

Diagnóstico Pré-Operatório **FRATURA EM UMEROS (E)**

Medicamentos em Uso

ECTOSCOPIA E INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO

Temperatura (°C) **36.5** PA (mmHg) **113x80** FC (bpm) **90** FR (lpm) **18** SpO₂ (amb, %) **98**

Alergias **Uso de**

Complicações em Anestésias Anteriores

Jejum **sim** ASA **I** Mallampatti **I** Estomacal ☐ > 10cm ☐ < 10cm ☐ > 5cm ☐ < 5cm

Extensão Atlantooccipital ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ > 3cm ☐ < 3cm ☐ Bom estado ☐ Prótese

ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SNC	ENDÓCRINO / MET / RENAL
<input type="checkbox"/> Estado Geral Ruim	<input type="checkbox"/> Hemodinâmica instável	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado e orientado	<input type="checkbox"/> Diabético
<input type="checkbox"/> Estado Geral Precário	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Tabagista	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Hipertireóideo
<input type="checkbox"/> Cianótico	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	<input type="checkbox"/> Hipotireóideo
<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> IAM prévio	<input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar	<input type="checkbox"/> Trauma Cranioencefálico	<input type="checkbox"/> Gestação
<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Uso de antiagregantes pqt	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Liquorréia	<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Descolorado	<input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Roncos e estertores	<input type="checkbox"/> Otorragia	<input type="checkbox"/> Atraso menstrual
<input type="checkbox"/> Sudoreico	<input type="checkbox"/> Revascularização prévia	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Lesão medular	<input type="checkbox"/> IRA
	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Tosse produtiva	<input type="checkbox"/> Hipertensão intracraniana	<input type="checkbox"/> IRC
	<input type="checkbox"/> Insuficiência coronariana	<input type="checkbox"/> Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Déficit motor localizado	<input type="checkbox"/> Hematúria
	<input type="checkbox"/> Valvopatia	<input type="checkbox"/> Pneumotórax / Hemotórax	<input type="checkbox"/> AVE prévio	<input type="checkbox"/> ITU
	<input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Convulsão / epilepsia	

EXAMES COMPLEMENTARES

Hb **12.5** Ht **38** Pgt **200** Glicemia **100** Creatinina **0.8** Ureia **20**

Na **135** K **4.0** Cl **105** Mg **0.8** Ca **1.0** TP **15** Atv **1.2** INR **1.1** TTPA **18** Alb. **4.0**

RX Tórax **vide prontuário**

ECG **vide prontuário**

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 299 Fone: (88) 3532 - 7100

CNPJ:03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: 3121397 Cliente: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Idade: 22 ASA: I Data: 17-10-17

Clínica: Bloco I Quarto: 6-4 Categoria: SUS

Cirurgião: DR. CASSIO MURILLO

Diagnóstico: _____

Procedimento realizado: SINTESE DE UTERO

15 ABR 2019
Maria Geineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

RESP. PREPARO:

DATA ESTERILIZAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE: _____

DATA DO USO:

HORA:

S.O.

CIRURGIÃO:

OBS:

INTEGRADOR

55.937

6X - 415 mm TRAUMABONE - CC
LOTE = C0410101623 LUCIANO



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AV. CEL. JOÃO CORREIA, 299 - FONE: (011) 3532 7100
CNPJ: 03.284.505/0001-13

Entrada: 13:20

Saída: 15:55

caixa: 100 - CIEUR 614

CUSTO DE SALA

Atend.: 3121337

Pac.: 220965

NOME DO PACIENTE: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

CONVENIO: SUS

DATA: 17/10/17

INICIO: 13:30

TÉRMINO: 15:45

DURAÇÃO:

CIRURGIA: SINCISE DE UTERO (E)

CÓDIGO CIRURGIA PRINCIPAL:

SALA: 1º

MATERIAIS	UNID	QUANT.	MATERIAIS	UNID	QUANT	SOLUÇÕES	UNID	QUANT
Água Oxigenada	ML		Gorro Descartável	UNID	06	Água Destilada	tubo	
Agulha Descartável 25x3	UNID	03	Intracath	UNID	(No.)	Água Destilada	tubo	
Agulha Descartável 40x12	UNID	02	Injeto (Equip 4 vias)	UNID		Soro Fisiológico	tubo	
Agulha Peridural (Paral.)	UNID	(No.)	Lâmina p/ Exterio	UNID		Soro Fisiológico	tubo	
Agulha p/ Raqui	UNID	(No.)	Lâmina bisturi	UNID	01	Clorexidina Alcoólica	ml	20
Agulha Stimuloplex	UNID	01	Ligacilp (Clip de Vídeo)	UNID		Clorexidina Degermanle	ml	
Alcool Etilico	ML	30	Luvas Descartáveis 7-0	PAR	01/2 5 = 01/2 5 = 03	Eter	ml	
Algodão Hidrófilo	Gr/Bola	02	Luvas Procedimentos	UNID	10	Formol 10%	ml	
Algodão Ortopédico	UNID		Máscara Descartável	UNID	05	Powdine TINTURA	ml	20
Arruela de Moni/Eletrodo	UNID	06	Perfusor Set	UNID		Vaselina Líquida/Pomada	ml/grama	
Atadura de Crepon	UNID	03 (10cm)	Plester	UNID		Xylocaina Spray	Gramma	
Atadura Cessada	UNID		Placa de Bisturi Descartável	UNID	01	Xylocaina Geléia	Gramma	
Bolsa de Colostomia	UNID		Propôs/Botas Descartáveis	UNID	06	FIOS CIRURGICOS	UNID	QUANT
Cânula Endotraqueal	UNID	(Aramada)	Scalp	UNID		Calgut (Simple/Cromado)	UNID	
Cânula Endotraqueal	UNID	(No.)	Seringa Perifix	PAR		Etalon (Nylon Duplo)	UNID	
Cateter Duplo J	UNID	(No.)	Seringa Descartável 1ml	UNID		Policot	UNID	
Cateter p/ Oxigênio	UNID	01	Seringa Descartável 3ml	UNID		Policot	UNID	
Cateter Jélico	UNID	01 (No. 3)	Seringa Descartável 5ml	UNID		Prolene	UNID	
Cateter Peridural	UNID	(No.)	Seringa Descartável 10ml	UNID	02	Prolene	UNID	
Cateter Duplo/Mono Lúmen	UNID		Seringa Descartável 20ml	UNID	02 + 01	PDS II	UNID	
Copa de Vídeo	UNID		Seringa Descartável 60ml	UNID		Mononylon 3-0	UNID	01 + 01 1.2ml
Coneia de Bisturi Descartável	UNID		Sonda Gásica	UNID	(No.)	Monocul	UNID	
Compressa Cirúrg. Pequena	UNID		Sonda p/ Gastrostomia	UNID	(No.)	Vicryl 3	UNID	01
Compressa Cirúrg. Grande	UNID	10	Sonda Uretral	UNID	(No.)		UNID	
Coloneta / Colonoide	UNID		Sonda Naso-enteral	UNID	(No.)	APARELHOS/G. MEDICINA	UNID	QUANT
Cord-Clamp	UNID		Sonda Foley 2 vias	UNID	(No.)	Aparelho p/ Stimuloplex	uso	06
Coletor de Urina Simples	UNID		Sonda Foley 3 vias	UNID	(No.)	Ap. Videolaparoscópico	uso	
Coletor Urina S. Fechado	UNID		Surgicel	UNID		Aspirador Cirurgico	uso	
Curativo IV-FIX	UNID	01	Transfuso bomba de infusao	UNID		Bomba Infusão/Seringa	uso	
Extensor Fix (60/120 cm)	UNID	(No.)	Transofix	UNID		Berço Aquercido	uso	
Dreno de Tórax	UNID	(No.)	Traqueostomo	UNID	(No.)	Bisturi elétrico	uso	01
Dreno Sução / Penrose	UNID	01 / 01 (3-2)	Tree-way / Dupla via	UNID		Capnógrafo	uso	
Equipo Simples/Inj. lateral	UNID	01	PLACA C.I.D. - 4,5 mm EST = 07			Int. de Imagem/ Arco Cirurg.	uso	
Equipo p/ Sangue	UNID		PARAF. CORR. 4,5 mm = 06			Monitor Multiparamétrico	min	04
Esparrapado	CM		(TRAUMA BONE)			Gas Carbonico	min	
Esparrapado Micropore	CM	30				Ar Comprimido - Umin	min	
Escova Descartável	UNID	08				Oxigênio - Umin		04
Gazes 7,5x7,5	UNID	60				Oxido Nitroso - Umin		
Geoflam	UNID							

EQUIPE CIRURGICA

CIRURGIÃO (A): DR. MURILLO

ANESTESISTA: DR. CHAGAS

CIRCULANTE: DR. MURILLO

1º AUXILIAR: DR. BERNARDO (INT)

PEDIATRA:

BERÇARISTA:

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A): DR. MURILLO

TEC RADIOLOGIA:

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Cecileide F. Nobre
Carteira de Seguros Eireli
CNPJ: 21.467.735/0001-06



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3121397
220965 - LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Paciente.....:
Solicitante.....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO I - CLIN CIRURGICA

Pedido...: 787555
Idade.....: 28a 3m 1d

Atendido.: 17/10/2017
Laudado..: 17/10/2017

BRAÇO ESQUERDO

- Exame para controle de tratamento cirúrgico.

Dra. Eveline Santana
CRM-CE 47228

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Coordenadora de Seguros Eireli
CHPJ: 21.487.738/0001-08



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médicos

17/10/2017

13:40:37
CMURILO

Paciente: 00220965LIZIANE DE OLIVEIRA
LEITE

Atendimento: 03121397

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Leito: , BLOCO I, APTO
6-4

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

paciente no po imediato de osteossintese em úmero

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Correlora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 031349612

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM - 6002



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

17/10/2017
17:30:02
JLIMA

Paciente: 00220965LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEdia E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

17/10/2017

13:40h-Encaminhada á S.O em maca para intervenção cirurgica,segue prontuário completo.

Cicera Gerhild Farias de Sousa-COREN-05369789

Cicera Gerhild Farias de Sousa

16:10h,cliente retorna da So em p.o.i,de correção de fratura de úmero E ,mantém o mesmo enfaixado e com uso de dreno suctor,em uso de AVP e,em venoclise segue os cuidados,aguarda Rx de controle com PA =110x70mmhg, t = 35.7°C.

José Orlando
745.577 COREN.

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

18/10/2017
05:37:21
JSSANTOS

Paciente: 00220965LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

17/10/2017

20:00 evolui bem ,em repouso no leito segue sob cuidados,matem curativo e DH .
PA110/70MMHG T36.5°C.

Josicleide Silva-----Josicleide silva COREN 852465

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.467.738/0001-06



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Paciente _____ Bloco _____

Leito _____ Atendimento _____

Pelo presente termo, Eu, _____

() Paciente () Responsável pelo paciente

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Para as cirurgias **NEUROLÓGICAS** os possíveis riscos são: cegueira, surdez, perda da fala (afasia), paralisias de uma parte ou do corpo todo (paraplegia, hemiplegia, quadriplegia), perda de sensibilidade, alterações da consciência, coma e até o risco de morte.

5. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível: _____

Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

Barbalha, ____/____/____ Hora: ____:____

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Marta Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.457.738/0001-06

Deve ser Preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade Nº _____

responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, até sua residência.

Barbalha, ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura: _____



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



PACIENTE: Leiziane de Oliveira Leite

LEITO: 6-4 ATENDIMENTO: 324397 IDADE: 28 CONVÊNIO: SUS

PROCEDIMENTO PROGRAMADO: grav. vterio

DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: _____ HORA DO ENCAMINHAMENTO: _____

() ALERGIAS: Nega

HÁ RISCO DE GRANDES PERDAS SANGUÍNAS? (Superior a 500 ml)

() SIM () NÃO

() RESERVA DE SANGUE DISPONÍVEL - C H Quantos? _____ () PLASMA - Quantos? _____

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO Nega

JEJUM A PARTIR DAS 06.00 HS do DIA 17/10/17

RESERVA DE VAGA EM UTI () DATA: ____/____/____ VAGA EM SETOR () DATA: ____/____/____

COMORBIDADES: () HIPERTENSO () DIABÉTICO () TOSSE () FEBRE () NEOPLASIAS

OUTRAS _____

() TABAGISTA () FERIDAS/ INFECÇÕES DE PELE - Local _____

() CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO () BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA

() RETIRADA DE ÓRSES, PRÓTESES E ADORNOS () TRICOTOMIA

() SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO () AVALIAÇÃO PRÉ - ANESTÉSICA

() CIRURGIA PRÉVIA, QUAL? Nega

EXAMES COMPLEMENTARES E IMAGENS: (x) ECG () RX DE TORAX () USG () ECO

(x) PARECER CARDIOLOGISTA (RISCO CIRÚRGICO) Baixo Risco () USG DOPPLER

OUTROS Kr

HEMOGRAMA: HB: 11,70 HT: 34,50 LEUCÓCITOS: 9.700 PLAQUETAS: 246

TAP: TEMPO: _____ ATIVIDADE: _____ INR: _____

Na: _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glicemia: _____

GRUPO SANGÜÍNEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

ACESSO VENOSO: () AVP () AVC JELCO Nº: _____ MEMBRO: _____ () NÃO POSSUI AV

SINAIS VITAIS: PA: 110x80 PULSO: _____ TEMP: 36°C FR: _____

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS: () INTERNAMENTO + AIH () EXAMES PRÉ-OPERATÓRIO

() SAME Nº _____ OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: [Assinatura]

COREN _____ () ENFERMEIRO () TEC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: [Assinatura]

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radioiologia - HMSVP

Atendimento: 3101370
Paciente.....: 220965 - LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Solicitante.....: CARLOS PEDRO G DE ALENCAR (HMSVP)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 783091
Idade.....: 28a 3m 0d
Atendido.....: 24/09/2017
Laudo.....: 24/09/2017

BRAÇO EM AP E PERFIL

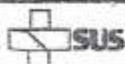
- Fratura completa desalinhada no terço distal do úmero.

Dra. Eveline Santana
CRM-OR 000000000

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.735/0001-06



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

2 - CNES

2564211

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

4 - CNES

2564211

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Wiziane de Oliveira Leite

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Terezinha de Oliveira Leite

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Vera Lucia Duarte

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Barro Vermelho - Rural

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barbalha

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

Maria Gorete F. Nobre
Coordenadora de Seguros Eirel
CNPJ 20.457.738/0001-06

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

x Paciente submetido a cirurgia, necessita de acompanhante
x Fratura necessita de material, placa e parafusos.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão 17/10/2017

Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: DBAMV

Paciente: 220965

Idade: 28 Anos / 2 Meses / 19 Dias

Nome do Paciente: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Data Nascimento: 28/07/1989

Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

Religião:

Profissão: ESTUDANTE

Naturalidade: BARBALHA

Endereço: SÍTIO BARRO VERMELHO

Número: 0

Bairro: AREA RURAL

Cidade: BARBALHA

CEP: 63180000

Telefone: 996013421

Identidade: 2005029116521

CPF: 04071524316

CNS: 705405447589292

Nome da Mãe: TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Nome do Pai: ANTONIO JOSE LEITE

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Dados do Responsável

Nome: VERA LUCIA DUARTE

Parentesco: PRIMO (A)

Fone: 996013421

Endereço: SÍTIO BARRO VERMELHO

Número: 0

Complemento:

CEP: 63180000

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Número: 3121397

Data: 17/10/2017 Hora: 09:44:45

Origem: INTERNACAO

3121397

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA ELET

Unidade de Internação: BLOCO I

Leito: APTO 6-4

Médico do Atendimento: 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM -C6002

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF: 34631348372

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Cadeira:

Guia:

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Acomodação: APARTAMENTO SIMPLES

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID: S423 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

Procedimento principal: 0408020393

TRATAMENTO CIRÚGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

Local de Procedência:

Motivos

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002

Paciente/Responsável

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0001-06



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

16-03-2009
23:51:59
JSSIIA A

Paciente: 00220965/LIZIANE DE OLIVEIRA LÊITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILLO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

19/10/17

08H, CLIENTE MANTÉM MSE ENFAIXADO ELEVADO EM TIPÓIA, D.II, AVP, SEGUE SOB CUIDADOS.

PA=110X70MMHg

T=36.4°C

14H, RETIRADO AVP, DRENO SUÇÃO DEIXADO COBERTURA SECA NO LOCAL, LIBERADO CLIENTE PARA ALTA HOSPITALAR INDO PARA CASA APOS CHEGADA DE TRANSPORTE.

JACQUELINE SANTOS 558190

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Getineide F. Nobre
Corretora da Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

PRESCRIÇÃO: 1083127 DATA: 19/10/2017 12:00
USUARIO: JVLUNA
IDENTIFICADOR: 2101297 DT NASC: 22/07/1999 (38A 3M 32D)
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
PACIENTE: 220965 - LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 17/10/2017 09:44 2 DIAS(9) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
APARTAMENTO: APARTAMENTO SIMPLES
CICLO: 1

3121307

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

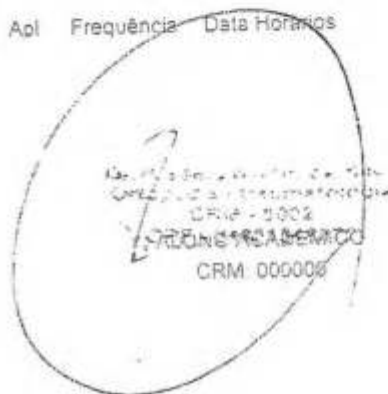
1 RETIRAR DRENO SUCTOR

PROCEDIMENTO DE ALTA

2 ALTA MEDICA

Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data Horários
				Agora	[19/10] - 13

Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	----	------------	---------------





Paciente: 002209651/IZIANE DE OLIVEIRA

LEITE

Atendimento: 03121397

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Leito: , BLOCO I, APTO
6-4

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

2ª DPO de osteossíntese em úmero esquerdo com placa e parafusos

Paciente evolui estável no pós-operatório, consciente e orientada, sem queixas de dor e exame físico neurológico do membro operado preservado.

CT:

1. Retirar dreno suetor

2. Alta médica


ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



Hospital Maternidade São Vicente de
Paulo

Evolução do Enfermeiro

18/10/2017
17:10:27
CMMACEDO

Paciente: 00220965LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Atendimento: 03121397

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO

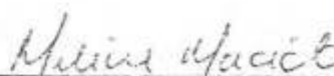
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução do Enfermeiro

Evolução Diurna 18/10/2017

Cliente em 1º DPO de correção de fratura de úmero esquerdo. Evolui consciente, orientada, eupnéica, afebril e normotensa. Possui AVP em MSD. Segue com enfaixamento em MSE e dreno hemovac sob tipóia. Dieta via oral com boa aceitação. Diurese espontânea. Deambula com ajuda. Pele livre de LP. Sono vigília preservados. Realizou RX de controle.


CLARA MELINE DE SA BARRETO G MACEDO
COREN - 257963



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

19/10/2017
05:31:44
MVIANA

Paciente: 00220965LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

18/10/17

#22h,cliente, sem queixas no momento,mantém M.S.E enfaixado elevado em tipóia com dreno incisional,sob cuidados da Enfermagem,medicada conforme prescrição medica, PA=100/60mmHg T=37.3°C

19/10/17

#05h,dormiu bem sem queixas no momento.

Maria Iolanda Viana

Maria Iolanda Viana COREN 940918



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

18/10/2017
11:44:09
GPEIXOTO

Paciente: 00220965LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

18/10/17

08H, CLIENTE EM 1º DPO, MANTÉM MSE ENFAIXADO ELEVADO EM
TIPÓIA, DH, AVP PARA MEDICAÇÕES PRESCRITAS, AFERIDO SSVV, SEGUE SOB
CUIDADOS. PA=100/70MMHG
T=35.0°C

Getuliana Peixoto GETULIANA PEIXOTO COREN 852419

	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo	18/10/2017
	Evolução Médica	08:15:20
		JVLUNA

Paciente: 00220965 LIZIANE DE OLIVEIRA
LEITE

Atendimento: 03121397

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Medico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -
INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO
6-4

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica
1º DPO de osteossíntese em úmero esquerdo com placa e parafusos
Paciente evolui estável no pós-operatório, consciente e orientada, sem queixas de dor e exame físico neurológico do membro operado preservado.
1 - Mantendo suporte clínico
2 - Alta ambulatória

Dr. Raimundo José Lima
Cirurgião - ORTOPEDIA
CRM 000000

ALUNO ACADEMICO
CRM 000000



Hospital Maternidade São Vicente de
Paulo

Evolução do Enfermeiro

17/10/2017
17:46:11
CMMACEDO

Paciente: 00220965LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

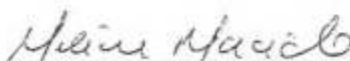
Evolução do Enfermeiro

Evolução Diurna 17/10/2017

Cliente admitida neste setor para tratamento cirurgico de fratura de úmero esquerdo. Chega consciente, orientada, eupnéica, afebril e normotensa. Realizado chek-list pré-operatório, exames anexados ao prontuário. Cliente veio com tala gessada em MSE. Dieta zero para cirurgia. Aguarda chamado do CC.

13:40h - Cliente encaminhada a SO

16:10h - Retorna da SO com AVP em MSD, FO em MSE com enfaixamento e dreno hemovac. Pele livre de LP. Aguarda RX de controle. Sem queixas no momento.


CLARA MELVINE DE SA BARRETO G MACEDO
COREN - 257963

Atendimento: 3121397
Dt Atendimento: 17/10/2017 - 09:44
Paciente: 220965 LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Dt Alta: 19/10/2017 - 08:50

Serviço: 15 ORTOPEdia E TRAUMAT CIRURGICA
Leito: 102 APTO 6-4
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 PLANO UNICO
Usuário: JVLUNA
CID: S423 FRATURA DA DIÁFISE DO UMER0

Procedimento de Alta: J400C20393 - TRATAMENTO CIRÚGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMER0

Descrição de Alta

2º DPO DE OSTEOSSINTESE EM UMER0 ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS

PACIENTE

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE E ORIENTADA, SEM QUEIXAS DE DOR E EXAME FÍSICO NEUROLÓGICO DO MEMBRO OPERADO PRESERVADO

PACIENTE RECEBE ALTA COM REMÉDIOS DE USO DOMICILIAR, ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADO COM MEMBRO OPERADO E ORIENTAÇÕES SOBRE RETORNO

Dr. Cassio Muriilo da Silva
Ortopedia / traumatologia
CRM - 6002
CPF - 94831348372
Dr. (a) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM: C6002

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Liziane de Oliveira Leite

Nº doc. _____

LAUDO

Incidente vítima de acidente
de motocicleta (sic). Sofreu
fratura ms (E) (úmero). Foi
tratado c/ placa e parafusos.
Realizou sessão de reabilitação
motora e está hoje definitiva-
mente de alta do tratamento

Dr. Cassio Marinho da Silva
Ortopedia e Traumatologia
Rég. 12.702

Dr. (a)

Voltando à consulta traga esta receita

310119

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

DOC IDENTIDADE / CEG EMISSOR UF
2005029116521 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
040.715.243-16 28/07/1989

FILIAÇÃO
ANTONIO JOSE LEITE
TERESINHA DE OLIVEIRA
LEITE

PERMISSÃO ACC CATARINENSE

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª EMISSÃO
06616079668 29/09/2020 09/05/2016

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
20/06/2017

09582601170
CE159870836

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1488450206

PROIBIDO PLASTIFICAR
1488450206

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora da Seguros Eireli
CNPJ.21.487.735/0001-08

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COSEMI/COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Regiane Maria Mendes dos Santos

Polegar Direito

GARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000034048740 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/09/2014

NOME REGIANE MARIA MENDES DOS SANTOS

FILIAÇÃO LUIS PEDRO MENDES

MARIA PERCILIANA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE MOREILÂNDIA - PE DATA DE NASCIMENTO 01/07/1976

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: PONTA DA SERRA TERMO: 2414 FOLHA: 236

LIVRO: B 07 CRATO - CE

CPF 944.593.123-87

2 VTA

Assinatura do Diretor

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

P.: 98

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Geacineide F. Nobre
Correlora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.467.735/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014140408843
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT VIA Cód. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 968764452 0000000000 2018

NOME
MARIA THAIS SILVA DE OLIVEIRA

JUAZEIRO DO NORTE /CE

CPF / CNPJ PLACA
06558183323 HXZ4104/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9C2JA04208R095056

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/NAO APLIC. * GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 ES 2008 2008

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/124CC PARTIC VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	*****	**/**/**	1*
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*
	*****	*****	3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 11/06/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
JUAZEIRO DO NORTE 04/07/2018

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014140408843 BILHETE DE SEGURO DPVAT

06558183323 HXZ4104/CE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014140408843 19171835648

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 04/07/2018

VIA Cód. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 968764452 0000000000 2018

CPF / CNPJ PLACA
06558183323 HXZ4104

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 ES 2008 2008

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/124CC PARTIC VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	*****	**/**/**	1*
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*
	*****	*****	3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 11/06/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
JUAZEIRO DO NORTE 04/07/2018

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

MOTOR: JAO4E28095056 07711

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.457.735/0001-06

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276623 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM COTOVELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190276623

Nome do(a) Examinado(a): LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO BARRO VERMELHO , SN -
BARBALHA/CE - CEP 63180-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2005029116521 - SSPCE -
20/06/2018

Data e Local do Acidente : 24/09/2017 - BARBALHA - CE

Data e Local do Exame : 10/05/2019 RUA MANOEL CASSIMIRO, 34b -
JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP 63024-550

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO

RELATA DOR EM COTOVELO ESQUERDO AO MOBILIZA-LO E AO
SEGURAR OBJETOS PESADOS

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE E FISIOTERAPIA.
ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2019.

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

APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-
EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO
DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

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

COTOVELO ESQUERDO

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

COTOVELO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.



RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM : 12076 / UF :CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276623

Cidade: Barbalha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Data do acidente: 24/09/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM COTOVELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276623 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1,6 @29 SINISTRO OCORRIDO EM 24/09/2017. 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276623 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Liziane de Oliveira Leite, brasileiro(a), estado civil: Solteira
 Profissão: Autônoma, portador(a) do RG 200502933621, órgão expedidor SSP
 e do CPF: 040 715 243-16, residente no(a) Sítio Barro Vermelho
 nº 510, bairro: Zona Rural, município: Barbalha 1. CE

OUTORGADO:

Nome: Regiane Maria Mendes dos Santos, brasileiro(a), estado civil: Casada
 Profissão: Recusado, portador(a) do RG 2000034048740, órgão expedidor SSP
 e do CPF: 944.943.123-87, residente no(a) Rua Antonio Soares da Ladeira
 nº 364, bairro: Faz. da União, município: Juazeiro do Norte 1. CE

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 LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Liziane de Oliveira Leite
 CPF 040 715 243-16 data do acidente: 24/09/17 Cobertura: _____

Local e data: Barbalha-CE, 27 Março 2019.

Liziane de O. Leite
 Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____

RECEBEMOS

Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ 15 ABR 2019
 CPF: _____

Assinatura Maria Gacineide F. N
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.487.735/0001

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127943/19

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

CPF: 040.715.243-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/09/2017

Titular do CPF: LIZIANE DE OLIVEIRA
LEITE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

REGIANE MARIA MENDES : 944.593.123-87

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

LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE : 040.715.243-16

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: 15/04/2019
Nome: REGIANE MARIA MENDES
CPF: 944.593.123-87

REGIANE MARIA MENDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127943/19

Número do Sinistro: 3190276623

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

CPF: 040.715.243-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/09/2017

Titular do CPF: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE : 040.715.243-16

Autorização de pagamento

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: 23/04/2019
Nome: REGIANE MARIA MENDES
CPF: 944.593.123-87

REGIANE MARIA MENDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE