
Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718604

Vítima: DARIO RIBEIRO MAIA

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DARIO RIBEIRO MAIA

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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718604

Vítima: DARIO RIBEIRO MAIA

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DARIO RIBEIRO MAIA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: **DARIO RIBEIRO MAIA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000750**

Conta: **00000045573-3**

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019929796



BOLETIM DE Ocorrência Nº 491 - 3339 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/12/2019 08:13:36**
Data / Hora da Ocorrência: **01/10/2019 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DOM AURELIANO MATOS CEP: 62.930-000, CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **COLUNA DA HORA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DARIO RIBEIRO MAIA**
Nascimento: **25/10/1956** CPF: **550.785.917-53**
RG: **0567336582** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA RIBEIRO MAIA**
AMBROSIO RIBEIRO MAIA
Endereço: **AVENIDA DOM AURELIANO MATOS**, 2969
Bairro: **CENTRO**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP: **62.930-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORT0871** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD0540DR117933** Renavam: **509602045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERDE** Proprietário: **DARIO RIBEIRO MAIA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O NOTICIANTE INFORMOU QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS, PILOTAVA A MOTO HONDA/NXR150 BROS ESD DE PLACA ORT 0871/CE NA AV. DOM AURELIANO MATOS, EM DIREÇÃO AO COLÉGIO PATRONATO, QUANDO UM AUTOMÓVEL COLIDIU NO PNEU TRASEIRO DE SUA MOTO, LHE DERRUBANDO NO SOLO; QUE O MOTORISTA DAQUELE AUTOMÓVEL FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, POR ISSO NÃO SABE INFORMAR A IDENTIFICAÇÃO DO MESMO E NEM DO VEICULO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL SÃO RAIMUNDO (ANTIGO HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE); QUE FOI LIBERADO NO MESMO NO MESMO DIA, MAS FICOU AGUARDANDO UMA VAGA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL, POIS DEVIDO AO ACIDENTE SOFREU FRATURA NO TORNOZELO DIREITO; QUE DEPOIS DE ALGUNS DIAS, DEU ENTRADA NO CITADO HOSPITAL, ONDE SE SUBMETEU A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

VALERIA MAIA DE CASTRO - MAT.: 133928-1-1

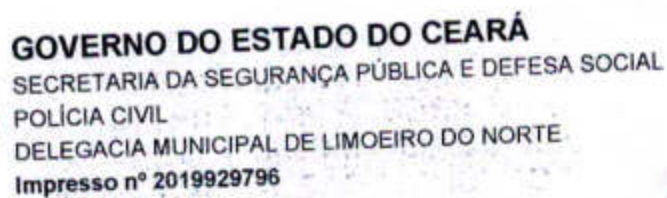
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Consolidado em: 19/12/2019 08:25:38

Impresso em: 19/12/2019 08:25:38

AUTENTICAÇÃO
AUTENTICO e presente cópia reprográfica
a qual corresponde com o original. Dou fé.
Limoeiro do Norte (CE), 19 DEZ 2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3339 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DARIO RIBEIRO MAIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00750

CONTA: 000000045573-3

Nr. da Autenticação 85AA6D2A7DF5F8BE

6849492

A Fatura Mensal de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enel

Companhia Energética da Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60735-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0007-10 | CDP 28.108.848-3Para seguir seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 004020704

Rota LINDOIA01

Referência 07/2019

Nome DARIO RIBETRO MATA

Endereço AV DOM AURELIANO MATOS, 02969, CENTRO, 62938-000,

LIN. DO NORTE

Classificação Residencial Pleno

Emissão 16/07/2019

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL

Medidor 2187110-NAN-270

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

5398015275406760378261602210445

DATAS DE LECTURA P.F.: 30 dias

Anterior 13/06/2019

Atual 15/07/2019

Próxima prevista 14/08/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor	
			Mês (KWh)	Mês (KWh)	Mês (KWh)	(R\$/KWh)	(R\$)	
FEF	12,286	12,232	1,00	54	00	54	8,76019	41,05

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

ADICIONAL BAND. AMARELA

0,00981

0,53

CONSUMO

0,76019

41,05

BONUS ITAIPU

-0,50

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	41,58	27,00	11,22
PIS	41,58	0,62	0,25
COFINS	41,58	2,86	1,17

23/07/2019

41,08

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

550.785.917-53

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh): Compare suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emissão kg (CO₂)

21,08

0,00

Consciência Ecológica (NCO₂)

Nº UNP:

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 14/06 - 30/06 Amarela :
01/07 - 16/07

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO RENATO RANZHO DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.714.183-73 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DARSO RIBEIRO MADA inscrito (a) no CPF sob o Nº 550.785.917 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima DARSO RIBEIRO MADA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 550.785.917-53 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSOU Renda: RECUSOU 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 JULIO ALVES DA SILVA</u>	Número:	<u>153</u>	Complemento:	<u>AP 03</u>
Bairro:	<u>LIMOEIRO</u>	Cidade:	<u>LIMOEIRO DO NORTE</u>	Estado:	<u>CEARA</u>
E-mail:				CEP:	<u>62930000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(88) 9-9990-0500</u>

Local e Data: LIMOEIRO DO NORTE-CE, 14 DEZEMBRO, 2019

FRANCISCO RENATO RANZHO DE OLIVEIRA

Assinatura do Declarante

Ata de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Portuário 059301	Atendimento 0004	Nome do Paciente DARIO RIBEIRO MAIA	CNS 700509304031753	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 058733652 CPF: 550.785.917-53	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 25/10/1956	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE	Idade 62 Ano(s)		
Mãe RAIMUNDA RIBEIRO MAIA				
Endereço AVENIDA DOM AURELIANO MATOS, 2969	Bairro ZONA RURAL	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável MARIA JAKELINE PINHEIRO	CPF do Responsável	Endereço AVENIDA DOM AURELIANO MATOS, 2969	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/10/2019	Hora 09:32	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO BATISTA AQUINO	CRM/UF 19707/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA		
Indicador de Acidente	Funcionário NAGILA KELLY DE FREITAS SILVA			
Observação				
Ata	Detalhada Liberação CURP 05 09:32 hs.	Tipo de Alta () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
			75	16
			PA (mmHg)	Oximetria (%)
			120 x 100	99%
				Glicemia (mg/dL)
				143

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

Colisão torácica carro - moto.
Tratado pelo SAMU sem protocolo

A - Pivete, Semi letar
Nega cervicalgia.

B. MUR em ATT.
Sem reações

C. pulso cheio, abdome indolente.

D - Gargem 18

e - imobilização em Re @

+ encorizações

H= first TVZ?

André Augusto da Rocha
Coord. de Atendimento
CNP 14.640.341-10

JOAO BATISTA AQUINO
MEDICO
CREMEC 19707
AQUINO - CRM: 19707

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JAKELINE PINHEIRO

① Rx TNZ Repalme

② letoprofeno 500 + 500 ml St

③ ^{Ev.} Limpeza de escoriação

Dr. João Batista Aquino
MEDICO
CREMEC 19.707

④ fazer Rx com
imobilização

⑤ IMOBILIZAÇÃO

⑥ CRL ELETIVO

Dr. João Batista Aquino
MEDICO
CREMEC 19.707

Dr. João Batista Aquino
MEDICO
CREMEC 19.707

paciente levou a RX

ao Hospital Pombal

Dr. Felipe Pombal

Paciente insere de ambulatório
para CRL para avaliação com
traumatologista conforme
Protocolo do HSB.

Dr. Felipe Pombal
ENTENDADO
COREN 41120



FOLHA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento MARIA JAKELINE PINHEIRO, declaro para os devidos fins, ficar responsável pelo paciente DARIO RIBEIRO MAIA, enquanto este estiver internado, dando plena autorização aos médicos do LogoHRSC.gif que o assistirem para fazer investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução do tratamento, incluindo exames com utilização de contrastes iodados como tomografias, urografias e arteriografias, e caso necessário acessos venosos centrais e/ou de longa permanência.

23/10/2019 2.40 PM

Assinatura do Responsável



FOLHA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 18283

Data da

23/10/2019

Paciente: DARIO RIBEIRO MAIA

Data: 25/10/1958

Naturalidade: LIMOEIRO DO NORTE

Código Internação: 52968

Idade: 62 a

Sexo: Masculino

Cor: Branca

Identidade: 056733652

CPF: 550.785.917-53

Nacionalidade: Brasileira

Fone 01: (85) 99627-7954

Fone 02: (88) 99797-6536

Ocupação: AGRICULTOR(A)

Endereço: AVENIDA DOM AURELIANO MATOS

Num: 2969

Comp

Bairro: CENTRO

Cidade: LIMOEIRO DO NORTE

Estado: CEARÁ

CEP: 59790-000

Situação Familiar: Convive com companheiro(a), com laços conjugais

Religião: CATOLICO

Pai: AMBROSIO RIBEIRO MAIA

Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO MAIA

Diagnóstico Inicial

CID10 Principal

CID10 Secundário

CID10 Causas Associadas

* Não Informado *

* Não Informado *

* Não Informado *

* Não Informado *

Admitido por: LUIZ VALDO PINHEIRO

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

Nome: MARIA JAKELINE PINHEIRO

Parentesco: Esposo(a)

Endereço: AVENIDA DOM AURELIANO MATOS

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: LIMOEIRO DO NORTE

CEP: 59790-000

Estado: CEARÁ

Telefone 1: (85) 99627-7954

Telefone 2: (88) 99797-6536

Município:

LIMOEIRO DO NORTE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento MARIA JAKELINE PINHEIRO, declaro para os devidos fins, ficar responsável pelo paciente DARIO RIBEIRO MAIA, enquanto este estiver internado, dando plena autorização aos médicos do HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC que o assistirem para fazer investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução do tratamento, incluindo exames com utilização de contrastes iodados como tomografias, urografias e arteriografias, e caso necessário acessos venosos centrais e/ou de longa permanência.

* M^{te} Jakeline Pinheiro.

Assinatura do Responsável

23/10/2019 2.40 PM

Paciente DARIO RIBEIRO MAIA
Idade 63 ano(s) 0 mes(es) e 2 dia(s) **Sexo** Masculino **Pront.** 18283
Endereço AVENIDA DOM AURELIANO MATOS **CENTRO**
Num: 2969 **CEP:** 59790-000 **UF:** CEARÁ **Cidad** LIMOEIRO DO NORTE

Localizaça
Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 08 **Leito** 421
Internaça 23/10/2019 14:40 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Agendament		
Em 07/11/2019		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig



Dr. Raimundo Oliveira
 Traumatologia e Ortopedia
 CREMEC 13.128 / TEO 15.882

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 26/10/19 13:02

Paciente: DARIO RIBEIRO MAIA
Prontuário: 18283
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL
Cirurgião: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA
1º Auxiliar: RAIMUNDO NOGUEIRA OLIVEIRA NETO
Enfermeiro: ZALYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS
Instrumentador: DANIELE DE SOUZA GOMES
Dt. Nascimento: 25/10/1958
Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01
Anestesiologia: MELISSA ALMEIDA ANDRADE
2º Auxiliar:
Circulante: KAYRON VINÍCIOS CANDIDO PRINCIPE

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Limpa	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	-------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA E BLOQUEIO
ANTISEPSIA + ASSEPSIA + CAMPOS
EXSANGUINAÇÃO DO MEMBRO + APOSIÇÃO DE FAIXA DE SMARCH
ACESSO LATERAL AO MALEOLO
IDENTIFICAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + CRUENTIZAÇÃO
REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA
FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO E PARAFUSOS + PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO E TRANSINGESMAL
CONTROLE RADIOSCÓPICO
IDENTIFICADA REDUÇÃO ACEITÁVEL DO MALÉOLO MEDIAL
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO E TALA
A SR EM BOM ESTADO GERAL

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:

Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Limpa	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	-------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA E BLOQUEIO
ANTISEPSIA + ASSEPSIA + CAMPOS
EXSANGUINAÇÃO DO MEMBRO + APOSIÇÃO DE FAIXA DE SMARCH
ACESSO LATERAL AO MALEOLO
IDENTIFICAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + CRUENTIZAÇÃO
REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA

Dr. Robson S. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15369 CREMER: 7436
RQE 3247

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 26/10/19 13:02

Paciente: DARIO RIBEIRO MAIA

Prontuário: 18283

Clínica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL

Cirurgião: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA

1º Auxiliar: RAIMUNDO NOGUEIRA OLIVEIRA NETO

Enfermeiro: ZALYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS

Instrumentador: DANIELE DE SOUZA GOMES

Dt. Nascimento: 25/10/1956

Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01

Anestesiologia: MELISSA ALMEIDA ANDRADE

2º Auxiliar:

Circulante: KAYRON VINÍCIOS CANDIDO PRINCEPE

FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO E PARAFUSOS + PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO E TRANSINDESMAL

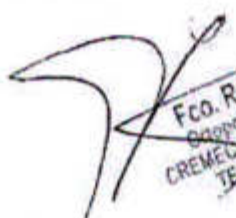
CONTROLE RADIOSCÓPICO

IDENTIFICADA REDUÇÃO ACEITÁVEL DO MALÉOLO MEDIAL

SUTURA POR PLANOS

CURATIVO E TALA

À SR EM BOM ESTADO GERAL


Fco. Robson S. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 16559 / CREMER 743E
TEP 16217 / RGE 3247

Data

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

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

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente DARIO RIBEIRO MAIA
Idade 63 ano(s) 0 mes(es) e 2 dia(s) Sexo Masculino Pront. 18283
Endereço AVENIDA DOM AURELIANO MATOS CENTRO
Num: 2969 CEP: 59790-000 UF: CEARÁ Cidade LIMOEIRO DO NORTE

Localização
Clínica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 06 Leito 421
Internação 23/10/2019 14:40 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório
Tipo de Saída: Alta Cancelada
Não

Resumo

acidente moto-carro com trauma de tornozelo direito
Diagnosticado com fratura fechada de tornozelo direito

Exames

radiografia evidencia fratura de tornozelo trimalleolar

Terapêutica

ossíntese de tornozelo direito

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE

DIAGNÓSTICOS

Princp	Código	Descrição
Sim	S932	RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
Não	S82	FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

Condições de
Melhorado

Data Programada da 27/10/2019

Observações Complementares

Seguir prescrição de:

orientações comportamentais pós-operatórias;

medicação;

Atentar para a data de retorno.

Responsável

Médico RAIMUNDO NOGUEIRA OLIVEIRA NETO

Data 27/10/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050497	Procedimento Eleivo	26/10/2019 13:35	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA- LUXACAO DO TORNOZELO	FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HRDASLV 15420031206

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: DARIO PIREIRO MAIA Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 62a Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de colisão
torção - carro - moto.

Resultado de Exames: R - frt. m. leucito lateral (A)

Conduta já Realizada: IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA

Impressão Clínica: frt. Tornozelo (D) CID: Medico 0150,19
Medico 0150,19

Dr. João Batista Aquino
MEDICO
CRM 19.19

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: TRAUMATOLOGIA Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames: Andréa G. da Rocha
Coordenadora
de Referência

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? ☐ SIM ☐ NÃO
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ SIM ☐ NÃO



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

2 - CNES:

7061021

3 - Nome do Estabelecimento
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

4 - CNES:

7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente
DARIO RIBEIRO MAIA

6 - Nº do Prontuário
18283

7 - Cartão Nacional de Saúde
700509304031753

8 - Data do Nascimento
25/10/1956

9 - Sexo
Masculino

10 - Nome da Mãe
RAIMUNDA RIBEIRO MAIA

11 - Telefone de Contato
(85) 99827-7954

12 - Endereço (Rua, Bairro)
AVENIDA DOM AURELIANO MATOS

Número
2969

13 - Município de Residência
LIMOEIRO DO NORTE

14 - Cód. IBGE

15 - UF
CEARÁ

16 - CEP
59790-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos

IENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO COM FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO

18 - Condições que justificam a internação

Risco de complicação.

19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

Anamnese e exame físico.

20 - Diagnóstico inicial

S932

21 - CID10 Principal

S932

22 - CID10 Secundário

23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do

25 - Código do procedimento

26 - Clínica
CLÍNICA

27 - Caráter da Internação

28 - Documento
CPF

29 - Nº do documento do profissional solicitante

30 - Nome do profissional solicitante / assistente

PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO

31 - Data da Solicitação
23/10/2019 14:40:00

32 - Assinaturas

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente de trabalho típico

35 - () Acidente de trabalho trajeto

36 - CNPJ da seguradora

37 - Nº do Danete

38 - Série

39 - CNPJ da empresa

40 - CNAE

41 - CSOR

42 - Vínculo com a

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Não segurado

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador
CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

44 - Cód. órgão
7061021

45 - Nº da autorização de internação hospitalar

46 - Documento
CPF

47 - Nº do documento do profissional assistente

48 - Data da
23/10/2019 14:

49 - Assinatura do profissional assistente

FOLHA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento MARIA JAKELINE PINHEIRO, declaro para os devidos fins, ficar responsável pelo paciente DARIO RIBEIRO MAIA, enquanto este estiver internado, dando plena autorização aos médicos do LogoHRSC.gif que o assistirem para fazer investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução do tratamento, incluindo exames com utilização de contrastes iodados como tomografias, urografias e arteriografias, e caso necessário acessos venosos centrais e/ou de longa permanência.

23/10/2019 2:40 PM

Assinatura do Responsável

Paciente DARIO RIBEIRO MAIA		
Idade 63 ano(s) 0 mes(es) e 2 dia(s)	Sexo Masculino	Pront. 18283
Endereço AVENIDA DOM AURELIANO MATOS		CENTRO
Num: 2969	CEP: 59790-000	UF: CEARÁ
		Cidade LIMOEIRO DO NORTE

Localização		
Clínica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari	06	Leito 421
Internaça 23/10/2019	14:40	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Agendamento		
Em 02/11/2019		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig



Dr. Raimundo Oliveira
Traumatologia e Ortopedia
CRM/CE 13.728 / TEOT 15.892



FOLHA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 18283

Data da

23/10/2019

Paciente: DARIO RIBEIRO MAIA

Data 25/10/1956 Naturalidade: LIMOEIRO DO NORTE Código Internação: 52968

Idade: 62 a Sexo: Masculino Cor: Branca

Identidade: 056733652 CPF: 550.785.917-53 Nacionalidade: Brasileira

Fone 01: (85) 99627-7954 Fone 02: (88) 99797-6536 Ocupação: AGRICULTOR(A)

Endereço: AVENIDA DOM AURELIANO MATOS Num: 2969 Comp

Bairro: CENTRO Cidade: LIMOEIRO DO NORTE Estado: CEARÁ CEP: 59790-000

Situação Familiar: Convive com companheiro(a), com laços conjugais Religião: CATOLICO

Pai: AMBROSIO RIBEIRO MAIA Mãe: RAIMUNDA RIBEIRO MAIA

Diagnóstico inicial CID10 Principal CID10 Secundário CID10 Causas Associadas
* Não Informado * * Não Informado * * Não Informado *

Admitido por: LUIZ VALDO PINHEIRO

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

Nome: MARIA JAKELINE PINHEIRO Parentesco: Esposo(a)

Endereço: AVENIDA DOM AURELIANO MATOS Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: LIMOEIRO DO NORTE CEP: 59790-000 Estado: CEARÁ

Telefone 1: (85) 99627-7954 Telefone 2: (88) 99797-6536 Município: LIMOEIRO DO NORTE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento MARIA JAKELINE PINHEIRO, declaro para os devidos fins, ficar responsável pelo paciente DARIO RIBEIRO MAIA, enquanto este estiver internado, dando plena autorização aos médicos do HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC que o assistirem para fazer investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução do tratamento, incluindo exames com utilização de contrastes iodados como tomografias, urografias e arteriografias, e caso necessário acessos venosos centrais e/ou de longa permanência.

23/10/2019 2.40 PM

M^{te} Jakeline Pinheiro

Assinatura do Responsável

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 26/10/19 13:02

Paciente: DARIO RIBEIRO MAIA

Prontuário: 18283

Clinica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL

Cirurgião: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA

1º Auxiliar: RAIMUNDO NOGUEIRA OLIVEIRA NETO

Enfermeiro: ZALYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS

Instrumentador: DANIELE DE SOUZA GOMES

Dt. Nascimento: 25/10/1956

Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01

Anestesiologia: MELISSA ALMEIDA ANDRADE

2º Auxiliar:

Circulante: KAYRON VINÍCIOS CÂNDIDO PRÍNCIPE

FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO E PARAFUSOS + PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO E TRANSINDESMAL

CONTROLE RADIOSCÓPICO

IDENTIFICADA REDUÇÃO ACEITÁVEL DO MALÉOLO MEDIAL

SUTURA POR PLANOS

CURATIVO E TALA

A SR EM BOM ESTADO GERAL


Fco. Robson S. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 16369 / CREMER 7438
TEO 16217 / RQE 3247

Data

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante: HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC	2 - CNES: 7061021
3 - Nome do Estabelecimento HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC	4 - CNES: 7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente DARIO RIBEIRO MAIA			
6 - N° do Prontuário 18283	7 - Cartão Nacional de Saúde 700509304031753	8 - Data de Nascimento 25/10/1956	9 - Sexo Masculino
10 - Nome da Mãe RAIMUNDA RIBEIRO MAIA		11 - Telefone de Contato (85) 99627-7954	
12 - Endereço (Rua, Bairro) AVENIDA DOM AURELIANO MATOS			Número 2969
13 - Município de Residência LIMOEIRO DO NORTE	14 - Cód. IBGE	15 - UF CEARÁ	16 - CEP 59790-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO COM FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO			
18 - Condições que justificam a internação Risco de complicação.			
19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados) Anamnese e exame físico.			
20 - Diagnóstico Inicial S932	21 - CID10 Principal S932	22 - CID10 Secundário	23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do		25 - Código do procedimento	
26 - Clínica CLÍNICA	27 - Caráter da internação	28 - Documento CPF	29 - N° do documento do profissional solicitante/assistente
30 - Nome do profissional solicitante / assistente PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO		31 - Data da Solicitação 23/10/2019 14:40:00	32 - Assinatura

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito	36 - CNPJ da seguradora	37 - N° do Bônus	38 - Série
34 - () Acidente de trabalho típico	39 - CNPJ da empresa	40 - CNAE	41 - CBOR
35 - () Acidente de trabalho trajeto	42 - Vínculo com a		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Não segurado			

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador CRISTIANO OLIVEIRA RABELO	44 - Cód. órgão 7061021	45 - N° da autorização de internação hospitalar
45 - Documento CPF	46 - N° do documento do profissional solicitante/assistente	47 - Data da 23/10/2019 14:
47 - Data da 23/10/2019 14:	48 - Assinatura	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014732203740
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 509602045 0000000000 2019

NOME
DARIO RIBEIRO MAIA

LIMOEIRO DO NORTE /CE

CPF / CNPJ PLACA
55078591753 ORT0871/CE

PLACA ANT / UF CHASSI
/CE 9C2KD0540DR117933

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GAS

MARCA / MODELO ANO FAB. AP
HONDA/NXR150 BROS ESD 2013 28

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDEFINIDA
2P/OCV/149CC PARTIC VERDE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
I ***** ** 1*
P ***** ** 2*
V ***** ** 3*
A ***** **

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
***** **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAG
80.11 0.32 84.58 27/02/

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
LIMOEIRO DO NORTE 08/03/

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

LMN 03
AUTENTICADO
N ID 422413



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

CE Nº 014732203740 BILHETE DE SEGURO DPVAT

5078591753

ORT0871/

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

(14732203740

86122310583

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 08/03/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
VI 55078591753 ORT0871

RENAVAM MARCA / MODELO
509602045 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. CATEG. Nº CHASSI
2013 PART 9C2KD0540DR117933

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 27/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KD05E4D117933

01448



19 DEZ 2019
AUTENTICAÇÃO
Nº 19 DEZ 2019
AUTENTICADO
N ID 422413



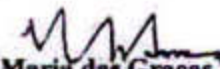
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



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 ao Sr. **DARIO RIBEIRO MAIA**, portador do RG n.º 056733652, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 550.785.917-53, dia 01/10/2019, às 09h15, Município de Limoeiro do Norte-CE, na Avenida Dom Aureliano Matos, Bairro Centro, próximo a Coluna da Hora, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo encaminhado para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 10 de outubro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718604 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DARIO RIBEIRO MAIA **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO. (P7)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DARIO REBELO MADA, brasileiro(a), estado civil: DECELIADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 056733652, órgão expedidor _____
e do CPF: 550.785.917-53, residente no(a) AVENIDA DON MELISSA MORAES
nº 2469, bairro: CENTRO, município: LIMOEIRO DO NORTE I. CEARA

OUTORGADO:

Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: UNIAS ESTAVEL
Profissão: VEICULANTE, portador(a) do RG 2003039077104, órgão expedidor SSP
e do CPF: 028.714.185-73, residente no(a) JULIO ALVES DA SILVA
nº 173, bairro: LIMOEIRINHO, município: LIMOEIRO DO NORTE I. CEARA

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA 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 _____

CPF _____ data do acidente: ____/____/____

Local e data: Limoeiro do Norte - Ce, 09/10/2019

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



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: _____ I. _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0467413/19

Vítima: DARIO RIBEIRO MAIA

CPF: 550.785.917-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DARIO RIBEIRO MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA : 028.714.183-73

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

DARIO RIBEIRO MAIA : 550.785.917-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA
CPF: 028.714.183-73

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: MARIA JUSSIVANIA DA SILVA
CPF: 016.067.853-62

FRANCISCO RENATO RAULINO DE OLIVEIRA

MARIA JUSSIVANIA DA SILVA