

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01307606-0** em **03/07/2020 09:44:56**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0234097-02.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01307606-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 03/07/2020 09:44:56

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2731896_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2731896_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02701-4

CONTA: 000010015608-8

Nr. da Autenticação A84C9DD2C967AAAD



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E-mail: coordenapsf@gmail.com



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

Atento p/ os devidos fins que a paciente
Leila Ximena Moreira da Senna foi vítima de
acidente de motocicleta em 01/05/2018, con-
fletiu ex parte de óculos e mento superior
direito, resultando no cíngulo, co-
mum de dor, dor, inabilitando a
sequela permanente em catorze dias (incapaz
de extensão completa da vertebra), não apoi-
gosterepis

CID - 10: S59.7

CRM-CE 18799
Medico
Dr. Leandro Medeiros

16/10/2020.

DECLARAÇÃO

Eu LÉILA KARLA MARCIEL DE SOUZA
CPF: 003.394.533.03. Fui VITIMA
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, NO
DIA 15-05-2018. Fui SUBMETIDA
TRATAMENTO CIRURGICO NO ADM EM
COTOVELO DIREITO E TERÇO PROXIMAL
ULNA DIREITA, VEIO um PAGAMENTO
SEM AO MENOS, PASSAR POR UMA
PERICIA MEDICA DA LIDER, GOSTARIA
DE PEDIR REANALISE.

TABULEIRO DO NORTE

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **537922209**

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 nº 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE**Esta é a segunda via de
AGO/2018**Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco**Nº DO CLIENTE****9355409****5****VENCIMENTO****15/09/2018****TOTAL A PAGAR (R\$)****199,43**End. da Unidade: RU VER JOSE PINTO FILHO 00040 010 DE SETEMBRO TABULEIRO
Consumidora: DO NORTE 62960000

RG / CPF / CNPJ: 055.025.294-01

CGF

Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMOLeitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

14568 14347 1 221 0 221

DESCRIÇÃO DA CONTA**Quantidade** **Tarifa** **Valor (R\$)****ENERGIA CONSUMO**

221 0,77283 170,79

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação: 20/08/2018 | Prev. Próxima Leitura: 19/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DCE2.887A.D7E7.35CB.61A3.2263.8DAB.44E9

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 170,79 | Aliquota 27% | Valor do Imposto 46,11

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	65,54
TRANSMISSÃO	6,99
DISTRIBUIÇÃO	37,35
ENCARGOS SETORIAIS	10,01
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	50,90

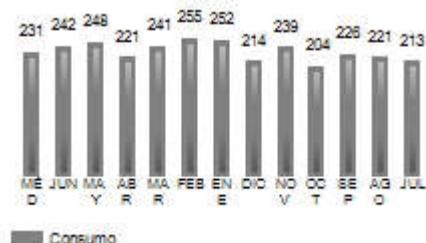
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês: JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)autenticação mecânica **cliente**Nº do Cliente:
Data de Emissão:**9355409-5**
14/08/2019Nº da Nota Fiscal: **537922209**
Referência: **AGO/2018**Total a Pagar (R\$): **199,43**
Nº de Controle:**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. 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 José Paulo de Araujo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 055025294, 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leila Karla Maciel de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 003394533, 03,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima Leila Karla Maciel de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 003394533, 03, 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 Lider-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>JOSE PINTO FILHO</u>	Número:	<u>10</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>8 DE SETEMBRO</u>	Cidade:	<u>TABULEIRO DO NORTE</u>	Estado:	<u>CE</u>
E-mail:				CEP:	<u>62960-000</u>

Local e Data: TABULEIRO DO NORTE 20.12.19

José Paulo de Araujo

Assinatura do Declarante

5320149

de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Pedro Valdembro, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-40 | CGF 06.105.848-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima

sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 033793554

Rota TN007U10 - 144500 Referência 11/2019

Nome EILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Endereço RUA QUITERIA MARIA, 04363 - 04363, CENTRO,

Classificação 62960-000, TABULEIRO DO NORTE

Modalidade Tarifária Residencial Pleno

Ligação B1 RESIDENCIAL Emissão 12/11/2019

Medidor 4411777-CPN-308

Área Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

22625544054461675800118065184

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual P.F. 20 dias Proxima/prevista

10/10/2019 12/11/2019 12/12/2019



DADOS DA MEDICAO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Falt. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
PP	15.209	14.915	1.08	224	20	224	0,7250	214,18

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	46,23
JUROS MORATÓRIOS	0,23
ADICIONAL BAND. AMARELA	3,84
ADICIONAL BAND. VERMELHA	6,11
CONSUMO	214,18

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	224,13	27,00	60,50
PIS	224,13	0,04	0,08
COFINS	224,13	0,30	0,66

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
20/11/2019	270,59

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emissões de CO₂ (kg/kWh): 003.394.533-03

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) 0 | 100

FIM DA CONTA DO CLIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 12/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

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:
093.394.533.03 **LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA	6 - CPF: 00339453303		
7 - Profissão: RECENTE DE SAÚDE	8 - Endereço: QUITERIA MARIA	9 - Número: 4363	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: TABULEIRO DO NORTE	13 - Estado: CE	14 - CEP: 62960-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (88)997083059		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **2701**

4

CONTA: **15608**

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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 tive impossibilidade 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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

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 <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	nasцuro (varascer)? <input type="checkbox"/> Não	teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> 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 rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **TABULEIRO DO NORTE 20.12.2019**

Leila Karla Maciel de Souza

João Paulo de Araujo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 2118 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/08/2018 11:05:36**
 Data / Hora da Ocorrência: **15/05/2018 08:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **CE QUE LIGA LIMOEIRO A TABULEIRO**
 Complemento:
 Bairro: **Município: LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência: **MOTEL MILLENIUM**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA**
 Nascimento: **25/07/1983** CPF: **003.394.533-03**
 RG: **2001025053656** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA**
LUIZ GOMES DE SOUZA
 Endereço: **RUA QUITERIA MARIA, 4363**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99929-5996**

Nome: **LUIZ GOMES DE SOUZA**
 Nascimento: **18/10/1957** CPF: **380.569.333-87**
 RG: **2002025033740** Orgão Emissor: UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA ROSA DOS SANTOS**
ANTONIO GOMES DOS SANTOS
 Endereço: **RUA QUITERIA MARIA, 4344**
 Bairro: **CENTRO**
 Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9926-3122**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSE1577** Uf: **CE** Município: **TABULEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4820ER538809** Renavam: **993493173** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2014**
 Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **ROSA**
 Proprietário: **LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa a vítima que é pessoa habilitada e vinha trazendo seu pai Luiz Gomes de Souza, do município de Tabuleiro em direção a Limoeiro, na Biz (placa OSE1577/CE), quando na Ce que liga os dois municípios, próximo ao motel Millenium, colidiu numa ovelha que passava no meio da pista; que não foi possível evitar o acidente, tendo em vista, a surpresa que teve ao ver o animal saindo na lateral da pista; que enquanto o pai da vítima ficou no local do acidente, a vítima foi atrás de socorro, ocasião em que um homem que ia passando de carro, ofereceu ajuda e a trouxe para o Hospital São Camilo, dando entrada às 08h:13min; que seu pai foi socorrido por um homem conhecido por Toinho, pessoa que passava pelo local, e lhe ajudou, levando seu pai para o hospital numa moto; que a Biz, pilotada pela vítima ficou guardada numa casa no Sítio Maria Dias, pois uma pessoa conhecida

* Leila Karla Maciel de Souza
Leila Amorim de Souza



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 2118 / 2018

levou o veículo para ficar guardado; que seu pai deu entrada no Hospital São Raimundo às 08h:30min; que a vítima e seu pai sofreram lesões em decorrência do acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature]
JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature]
Isabela Karloyn Filho de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature]
BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

[Signature]
• Luis gomes de souza

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:
093.394.533.03 **LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA	6 - CPF: 00339453303		
7 - Profissão: RECENTE DE SAÚDE	8 - Endereço: QUITERIA MARIA	9 - Número: 4363	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: TABULEIRO DO NORTE	13 - Estado: CE	14 - CEP: 62960-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (88)997083059		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2701**

4

CONTA: **15608**

6

(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)

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 tive impossibilidade 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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

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 <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Nasceu (menor)?	<input type="checkbox"/> Não	teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> 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 rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **TABULEIRO DO NORTE 20.12.2019**

Leila Karla Maciel de Souza

João Paulo de Araujo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721067

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Data do Acidente: 15/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO DE ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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, 16 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190721067**

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Data do Acidente: 15/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

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 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: **LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA**

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

Banco: **001**

Agência: **000002701-4**

Conta: **000010015608-8**

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.

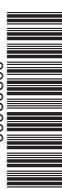
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721067

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Data do Acidente: 15/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02701-4

CONTA: 000010015608-8

Nr. da Autenticação A84C9DD2C967AAAD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190721067 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA **Data do acidente:** 15/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. P.9,21
FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO. P.1,11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM COTOVELO DIREITO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.18,20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO.

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 DE COTOVELO DIREITO.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Pronúncio 078487	Atendimento 0001	Nome do Paciente LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA	CNS 705008623814350	Guia de Autorização		
Documento(s) Identidade: 2001025053646 CPF: 003.394.533-03			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino		
Data de Nascimento 25/07/1983	Local TABULEIRO DO NORTE/CE			Idade 34 Ano(s)		
Pai LUIZ GOMES DE SOUZA		Mãe MARIA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA				
Endereço RUA QUITERIA MARIA, 4363		Bairro LULA	CEP 62960-000	Município TABULEIRO DO NORTE	UF CE	Telefone 88992959966
Profissão	Empresa	Conjuge				
Responsável LUIZ GOMES DE SOUZA	CPF do Responsável	Endereço RUA QUITERIA MARIA, 4363		Município TABULEIRO DO NORTE	UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/05/2018	Hora 08:12	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS			CRM/UF 19072/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA
Indicador de Acidente			Funcionário MARIA FLAVIANE SILVA QUEIROZ	

Observação

Saída	Data/Hora Liberação	as	hs.	Tipo de Saída	
				() Alta	() Internação
				() Óbito	
Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)

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

Colisão motocicleta com animal.

Aproxima exames em MSB, ferida na Fratura.

Aproxima Fratura exposta e cotovelo direito

Olhar gav 15. Nega rotação ou perda de consciência

MD. Fratura exposta e MSB.

1) RX cotovelo direito AP e Reta >

2) RX Wrist + gaveta direito >

3) RX mão direita AP e obliqua >

4) Utoprograma 100g + SF nasal EV

5) Tracheal 100g + SF nasal EV

6) Ofazolina 3g EV + SF nasal EV

7) Transtuzumab 1L IJF

8) Sutura - Fiss

9) SF 1000 mL EV

10) RX鼻 nasal

11) RX Tornozelo direito

12) Dexametasona 100mg I.M

Francisco Maria L. da Cunha
CRM-CE 19072
Assinatura: Francisco Maria L. da Cunha

maria Helena Lin

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LUIZ GOMES DE SOUZA

Dr. Lucas Ribeiro Macêdo
CRM-CE 19072
Médico

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM: 19072

Francisco Maria L. da Cunha
CRM-CE 19072
Assinatura: Francisco Maria L. da Cunha



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ JS420017504

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Leila Karla Maciel de Souza Prontuário Nº _____

Sexo: M F Idade: 34 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

colisão motocicleta x mureta. Nege perda de consciência, ou amnésia PIER, com lesões em cotovelo direito com fratura exposta.

Resultado de Exames: restagos de mobilização/palpação em oso nasal
A presente é destruível no cotovelo direito.

Conduta já Realizada:

rigorosos 10g EV + Transtel 10g EV + lesgolite 1g EV + mobilizaç
Impressão Diagnóstica: Fratura exposta e cotovelo direito + Fratura oso nasal CID:

Dr. Lucas Ribeiro Maciel

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Médico

CRM - CE 18799

Função

15 105 118

08:17

Data

Hor

Agendamento

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstic

Especialidade: Ortopedia / 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:

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

SIM
 SIM

NÃO
 NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Av. Presidente Kennedy, 1000 - UNIDADE: HOSPITAL SÃO RAIMUNDO - LIMOEIRO DO NORTE

Operação:

Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DE OCORRÊNCIA

Siga os passos abaixo:

Seleção de situação

Seleção da solicitação

Visualização da solicitação

Lista de ocorrência

Inclusão de ocorrência

Visualização de ocorrência

Confirmação de cancelamento

Registro de transferência

Confirmação de transferência

Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de ocorrências clique em Voltar.

Natalia Matias

LOGIN

natalia.matias

NOME

NATÁLIA MATIAS DE OLIVEIRA

DATA/HORA

15/05/2018 11:16

UNIDADE

CENTRAL MACRO DE FORTALEZA

DESCRIÇÃO

Dr Lázaro do IJF autorizou receber a paciente.
Debora do HO cliente.

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações

[Voltar](#)



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA	ID Paciente: 5562930	
Data de Nascimento:	Idade: null	Sexo: F
Médico Solicitante: (Sem nome)	Data do Exame: 14/06/2018	

LAUDO

ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES

COXA DIREITA

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor linear multifrequencial.

RELATÓRIO:

Coleção líquida heterogênea em subcutâneo da região lateral da coxa direita com volume de 30 mL. Provável natureza hemática. Há tênue movimentação do conteúdo no interior da coleção durante o exame (comunicação com veia superficial?).

CAMILO DE ALENCAR DIOGENES
CRM CE 9506



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Procópio

RECEITUÁRIO

Paciente: rebelo

BE / Prontuário: Rebelo



- RNM do
Rebelo Rebe

Fortaleza e
Rebelo Rebe

Data: 02/03/18

Ass./Carimbo do Médico



MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148x210).

► Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
(85) 3255-5000.

ID do estudo: 10449

Philips Healthcare

Nome: LUIZ GOMES DE SOUSA, 60A
Registro hospitalar: 18-06-20-124141
DDN:
Idade:
Sexo: Outro

Data do estudo: 20/06/2018 12:41

Ombro

Altura:

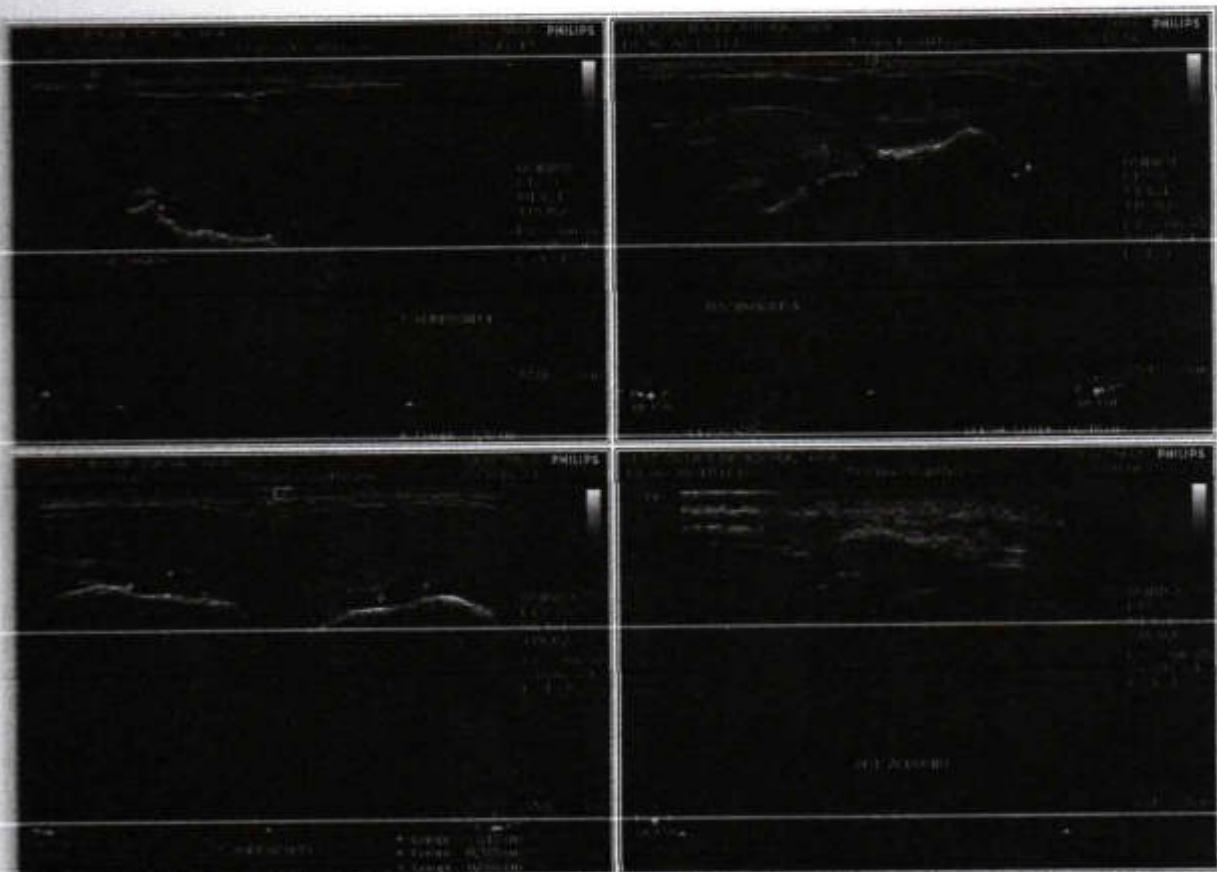
Peso:

Cirurgia anterior:

Indicação:

Resumo da interpretação

Comentários sobre a interpretação

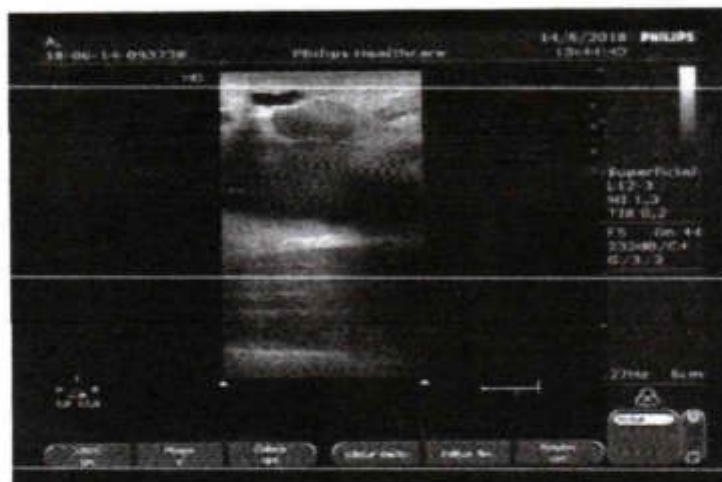


Interpretado por: _____



Paciente (5562930): LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

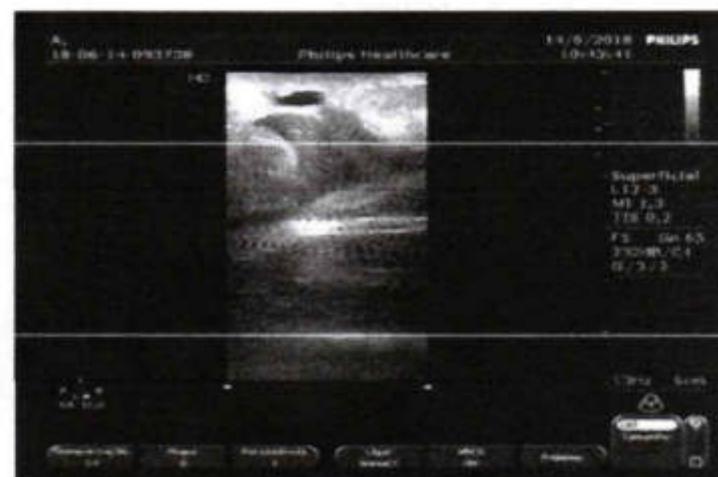
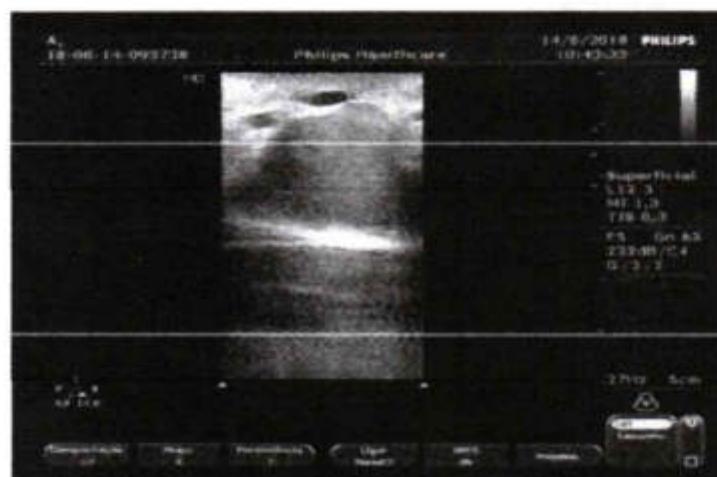
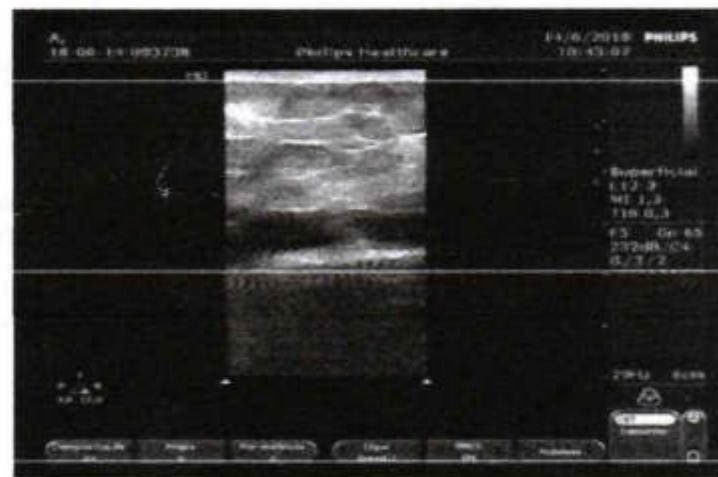
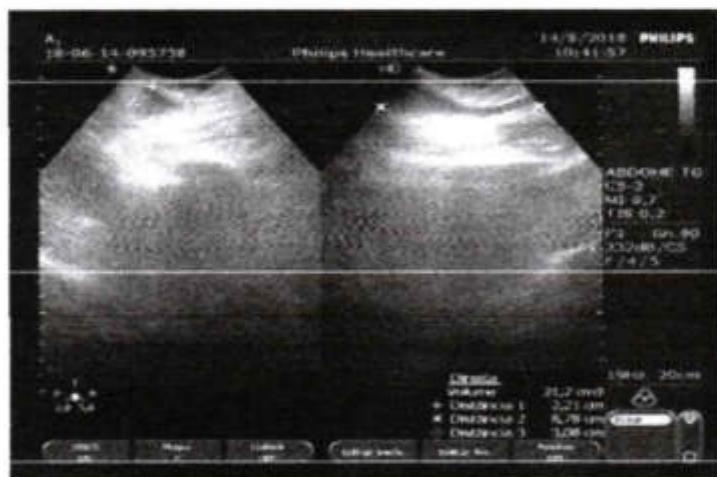
Sexo: FEMININO Data: 14/06/2018





Paciente (5562930): LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Sexo: FEMININO Data: 14/06/2018



RETORNO AMBULATORIAL

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Paciente: Leila Karla Maciel de Sousa

RETORNO AO SPA

DATA DE RETORNO: 14/06/18 às 08:00h (quinta-feira)

PROFISSIONAL: Dr. Afonso

DIAGNÓSTICO: Fratura de OPN

CONDUTA: AVALIAÇÃO PÓS OP

Data: 06/06/2018

Dr. Vinicius R. Cernes
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residente CRO 8193

Assinatura e carimbo

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 14/06/2018 06:23:55	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 705008623814350	NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA			Registro: 5562930	
CPF: 00339453303	RG: 20010250538	D. NASC: 25/07/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA		NOME DO PAI: LUIZ GOMES DE SOUZA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: QUITERIA MARIA	Nº: 4363	BAIRRO: LULA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992959966.	MUNICÍPIO: TABULEIRO DO NORTE	UF: CE	CEP: 62960000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA		PARENTESCO:		TELEFONE: 992959966	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: ,					
QUEIXAS: ,					
OBSERVAÇÕES: ,					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor:		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: *		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ,					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese: mãe undelos em coxa direita.					
Exame Físico: abaulamento em coxa direita					
Conduta: Solicito rx, dg, US partes moles					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: ,					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: ,					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE: ,					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 14/06/18	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:  Dr. C. G. Nogueira Médico CRM/CE 17947				



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DE TERCO PROXIMAL URNA DIREITA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO.

NO MOMENTO, PACIENTE APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA COM DOR RESIDUAL E LIMITACAO DE ADM EM COTOVELO DIREITO.

AO SETOR DE PERICIAS MÉDICAS

CID :S520

FORTALEZA, 12 DE SETEMBRO DE 2018

Taíta Diógenes
Medicina Física e
Traumatologista
CRM-CE 15508



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: Lo. lo krolo Marad a sora Prontuário: 5562930

Data de Nascimento: _____ Data da Internação: _____

Motivo da Internação: _____

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: _____ LEITO: _____ **Internação Unidade:** _____

Diagnóstico Principal: Frolo a colar D

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não ✓ Sim

Cirurgia(s) realizada(s): _____

Resumo de Alta / Transferência:

* Volta a Rotas e 2015 Fios

do Kirsch

* Volta sublito

Comorbidades apresentadas: _____

Transferência:

UTI _____ Unidade _____ CTQ _____ Risco _____ Transferência Externa _____ Óbito _____

Orientações de Alta (Setorial): _____

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: _____

Data: 26/10/15 _____

B Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: _____ LEITO: _____ **Internação Unidade:** _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s): _____

Resumo de Alta / Transferência:

Comorbidades apresentadas: _____

Transferência:

UTI _____ Unidade _____ CTQ _____ Risco _____ Transferência Externa _____ Óbito _____

Orientações de Alta (Setorial): _____

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: _____

Data: _____

Assinatura do Médico / CRM

FOLHA _____



ATESTADO MÉDICO

Paciente: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É
ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO INSTITUTO DR
JOSE FROTA DEVIDO A FRATURA DO COTOVELO DIREITO, ESTANDO EM
CONSULTA MARCADA PARA O DIA DE HOJE, SEM PREVISÃO DE ALTA

CID-10: S424

FORTALEZA, 13 DE MARÇO DE 2019.

Dr. JOSÉ FROTA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
COTOVÉLO - S424
COTOVÉLO - S424



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Leila Karla Maciel de Sousa

Idade:

Prontuário: 5562930 unidade:

Leito:

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente, foi submetido à redução de fratura dos ossos próprios do nariz. Evolui orientado, eupneico, afebril. Ao exame, não apresenta sangramento ativo, sem sinais de infecção ou outras complicações.

Diagnóstico Principal: Fratura de OPN

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Não

Procedimentos Cirúrgicos:

1- Cirurgia realizada: Redução de Fratura de OPN

Cirurgião: Dr. Afonso

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Data: 06/06/18

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em: 14/06/18 as 08:00hrs Dr. Afonso

Observações: Dieta Branda fria ou gelada

Data: 06 /06/18

Dr. Vinícius R. Gomes
Cirurgia e Traumatologia
Bucó-Maxilo-Facial
Residência - CRO 8400

 Cirurgião Dentista

CRO/Carimbo



CARTÃO SUS: 705008623834350 UBS: m^a de Fátima II ACS: Tocila.

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

NOME: Tocila Karla Maciel de Souza ESTADO CIVIL: Solteira.

NOME DA MÃE: Maria Jacilva Maciel Brasil.

NOME DO PAI: Luiz Gomes de Souza

ESPOSO (A): Bairros Souza.

ENDEREÇO: R. Quitanda Maria, 4363.

PROFISSÃO: ACS

D.N.: 25107183 IDADE:

SEXO: F

TELEFONE: 99225-9966

ANAMNESE

1. QUEIXA PRINCIPAL (X) DOR (X) RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO

OBSERVAÇÕES: P.O de fratura de esterno D.

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

paciente relata que dia 15 de maio de 2018, roteu karu-
zu direito (estava em motocicleta e colidiu em árvore) onde
machucou o esterno D. Foi socorrida e encaminhada
ao IJF tendo como diagnóstico fratura de esterno
D. Realizou exame dia no mesmo dia. Com colocação
de pinos e fixos. Fez retorno dia 7 de junho sendo encami-
nhada para 2018 de fisioterapia maturar.

3. HÁBITOS: (X) SEDENTARISMO () PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA

OBSERVAÇÕES:

nada para 2018 de fisioterapia maturar.

4. CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAIS:

() HABITA EM LOCAL INGREME () FAZ MOVIMENTO DE REPETIÇÃO () SOBE ESCADA
() TRABALHA EM LOCAL/CONDICÕES QUE OFEREÇAM RISCOS A SAÚDE

OBSERVAÇÕES:

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

() ASMA	() CARDIOPATIA	() OBESIDADE	() EPILEPSIA
() TUBERCULOSE	() DIABETES	() ALERGIA	() DEPRESSÃO
() TABAGISMO	() ANEMIA	() HANSHIMASE	() DST
() ALCOOLISMO	() HEMORRAGIA	() FEBRE REUMÁTICA	() AIDS
() USO DE DROGAS	() ÚLCERA PÉPTICA	() DOENÇA MENTAL	
() HIPERTENSÃO	(X) NEOPLASIA	() DISTÚRBIO PSÍQUICO	

OUTROS: Primo teve CA de uso pago e mama.

6. MEDICAMENTOS / CIRURGIAS / IMPLANTES / EXAMES COMPLEMENTARES

- Cirurgia: correção de fratura do nariz.
(6 de pinhos).

- Exames: Raio X.



FICHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Locila Karla Mauel de Souza

DATA: 18/06/18

DATA

EVOLUÇÃO (Queixa Principal - História da Doença Atual e Pregressa - Exame Físico
Conduta Recomendada - Hipótese Diagnóstica)

<u>18. 06. 18</u>	Realizado avaliação, sendo como diagnóstico P.º de piatura de cotoelho D. A mesma veio encontrando dificuldade de realizar o tratamento, devido as aster que foram colocadas (fios). Previo ultimamente xerá numérico retirar. <u>KM</u>
<u>24. 10. 18</u>	Paciente realizou tudo o tratamento de forma adequada, ainda apren- dendo justificativa da ADM devido pior A mesma está aguardando ser cha- mada para retirada de fio. <u>KM</u>
<u>19. 11. 18</u>	Paciente fez retirada de fio e retorna para daí continuidade do tratamento. Apresenta bloquio articular e atrofia muscular. Encaminhada para reali- zação de 30 m de fisioterapia. <u>KM</u>
<u>03. 01. 19</u>	Paciente evoluiu bastante, com melho- ra na ADM, mas ainda apresenta um ligeiro bloquio articular. <u>KM</u>
<u>13. 01. 19</u>	Paciente apresentou-se do tratamento para realizar cirurgia para retira- da de fio em edaculo. <u>KM</u>
<u>27. 03. 19</u>	Paciente retorna aos atendimentos, fez a retirada dos fios está realizando exercícios de fortalecimento e quanto de ADM para flexão e extensão de colo/umbigo

Dra. Kívia Almeida
Fisioterapeuta
CREFITO 136.255

DATA: 03/01/19
EVOLUÇÃO
CREFITO 136.255

Dra. Kívia Almeida Figueiredo
Fisioterapeuta
CREFITO 136.255

DATA: 13/01/19
EVOLUÇÃO
CREFITO 136.255

Dra. Kívia Almeida Figueiredo
Fisioterapeuta
CREFITO 136.255



Paciente.....: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA
Exame.....: 916108 RM QUADRIL.D
Convênio....: PARTICULAR
Solicitante....: DR VALTERNO N. PINHEIRO
Executante...: DR. GEORGE W. H. PEDROSA
Atendimento.: 978134 Data: 10/10/2018 Usuário: RE

MÁRIO DE ASSIS

Diagnóstico por:

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL DIREITO

TÉCNICA:

- Exame realizado com seqüências FSE e gradiente eco ponderadas em T1, DP e T2, em planos de cortes múltiplos, alguns com técnica para supressão do sinal da gordura, sem o uso de contraste endovenoso.

RELATÓRIO:

- Estruturas ósseas de morfologia e sinal conservados.
- Espaço articular do quadril conservado.
- Ausência de derrame articular significativo ou sinais de sinovite no quadril.
- Lábio acetabular sem lesões definidas.
- Ligamento redondo de espessura, orientação e sinal normal.
- Tendões de espessura, orientação e sinal normal.
- Alteração de sinal e espessamento das fibras dos tendões glúteos médio e mínimo, inferindo tendinopatia.
- Espessamento / líquido nas bolsas trocantérica e subglútea mínima, caracterizando bursite.
- Grupamentos musculares integros.
- Ausência de massas sólidas ou císticas.
- Não se define realce anômalo significativo após injeção de contraste paramagnético.



DR. GEORGE W. H. PEDROSA
Medico Radiologista - CRM 12699

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome:	Leila Corle Maciel de Souza	Reg/Prontuário:	5568930
Data da Cirurgia:	15/09/13	Unid. Internação:	Leito:
Cirurgião:	DR IDBAL DR. IDBAL A. S. LISBOA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-CE 3237	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:
3º Auxiliar:		Med. Dr. Leonardo	
4º Auxiliar:		Anestesista:	Instrumentador
Tipo de Cirurgia:	Linfoma Cirúrgico + Fixação de Fratura		
Tipo de Anestesia:	Oxigenio		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura exposta no Ombro		
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Laudo Histopatológico Imediato:			
Exame Radiológico no Ato Cirúrgico:			
Acidente Durante o Ato Cirúrgico:			
Próteses/Órteses/Mat. Especiais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo:	13/12/13
Transfusão de Hemoderivados?	Tipo:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Volume:		
Contagem de Compressas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Instrumental Conferido?	
Hora Início da Cirurgia:	h min.	Hora Término Cirurgia:	h min.

ÍNDICE DE RISCO DE INFECÇÃO CIRÚRGICO

Potencial Contaminação	A. S. A.
Cirurgia Limpa..... 0 <input type="checkbox"/>	I - Paciente Hígido..... 0 <input type="checkbox"/>
Potencialmente Contaminada 0 <input type="checkbox"/>	II - Alteração Sistêmica leve/moderada..... 0 <input type="checkbox"/>
Cirurgia Contaminada 1 <input type="checkbox"/>	III - Alteração Sist. Grave c/limitação atividade. 1 <input type="checkbox"/>
Cirurgia Infectada 1 <input type="checkbox"/>	IV - Alteração Sist. Incapac. c/ameaça a Vida... 1 <input type="checkbox"/>
	V - Risco Iminente de Morte..... 1 <input type="checkbox"/>
	VI - Morte Encefálica..... 1 <input type="checkbox"/>
Tempo de Cirurgia	I. R. I. C.
Maior que o Esperado..... 1 <input type="checkbox"/>	PC + ASA + TC = <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Normal..... 0 <input type="checkbox"/>	

Via de acesso - Técnica - Ligaduras - Drenagens - Suturas - Aspectos das Estruturas Anatômicas

1. Preenche o P.D. sob anestesia, anticoagulante e anticoagulante de H.S.P., apanhado de sangue interno
2. Lavagem exaustiva da ferida, desbridamento
3. Hiperfusão do foco, pediculário e fixação com 2 fios de Kirschner
4. Enxrague em banho de banhos com acetato
5. Hemostase, cultura e Rx de colo recto

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL					DATA/HORA: 06/06/2018 06:35:34		
CNS: 705006623814360	NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA				Registro: 5562930		
CPF: 00339453303	RG: 20010250536	D. NASC: 25/07/1983	ESTADO CIVIL:		SEXO: F	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: MARIA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA		NOME DO PAI: LUIZ GOMES DE SOUZA					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: QUITERIA MARIA		Nº: 4363	BAIRRO: LULA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992959966,	MUNICÍPIO: TABULEIRO DO NORTE		UF: CE	CEP: 62960000		
NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA		PARENTESCO:		TELEFONE: 992959966			
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:			
MOTIVO DE ATENDIMENTO: :							
QUEIXAS:							
OBSERVAÇÕES:							
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor:	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CIRURGIA PLÁSTICA							

Anamnese:

Tabuado facial

Exame Físico:

Orzão no dorso nasal

Conduta: *1. Infectação*
2. C.C.

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

06.06.18 - 7:54

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

10/06/18
Dr. Felipe G. Xavier
Cirurgia e Traumatologia
Buco - Maxilo - Facial
CRO - CE 9097

SAÚDE DO IR
ESTA UNIÃO CONSEGUE
CONQUISTAR
DATA: 23/12/19
VIA: 00000000



RELATÓRIO CIRÚRGICO

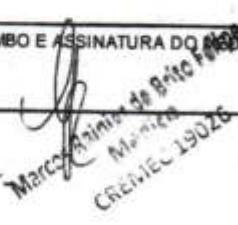
Nome: <i>KEILA KATIA VACIEL DE SOUZA</i>		Reg/Prontuário: <i>5562930</i>
Data da Cirurgia: <i>06/06/18.</i>		Unid. Internação:
Cirurgião: Dr Afonso		1º Auxiliar: <i>Murilo Teixeira</i>
3º Auxiliar:		2º Auxiliar: <i>FELIPE</i>
Anestesista:		Instrumentador
Tipo de Cirurgia: Redução de fratura de OPN (04.04.02.054-2)		
Tipo de Anestesia: Geral		
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de OPN (CID: S022)		
Diagnóstico Pós-Operatório: Fratura de OPN (CID: S022)		
Laudo Histopatológico Imediato:		
Exame Radiológico no Ato Cirúrgico:		
Acidente Durante o Ato Cirúrgico:		
Próteses/Órteses/Mat. Especiais? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tipo: <i>03/12/18</i>
Transfusão de Hemoderivados? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tipo: <i>VFA</i> Volume:
Contagem de Compressas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Instrumental Conferido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Hora Início da Cirurgia: h min.		Hora Término Cirurgia: h min.
Potencial Contaminação		A. S. A.
Cirurgia Limpa..... 0 <input type="checkbox"/>		I - Paciente Hígido..... 0 <input type="checkbox"/>
Potencialmente Contaminada 0 <input checked="" type="checkbox"/>		II - Alteração Sistêmica leve/moderada..... 0 <input type="checkbox"/>
Cirurgia Contaminada 1 <input type="checkbox"/>		III - Alteração Sist. Grave c/limitação atividade. 1 <input type="checkbox"/>
Cirurgia Infectada 1 <input type="checkbox"/>		IV - Alteração Sist. Incapac. c/ameaça a Vida... 1 <input type="checkbox"/>
		V - Risco Iminente de Morte..... 1 <input type="checkbox"/>
		VI - Morte Encefálica..... 1 <input type="checkbox"/>
Tempo de Cirurgia		I. R. I. C.
Maior que o Esperado..... 1 <input type="checkbox"/>		PC + ASA + TC = <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Normal..... 0 <input checked="" type="checkbox"/>		

Via de acesso - Técnica - Ligaduras - Drenagens - Suturas - Aspectos das Estruturas Anatômicas

1. Paciente em DDH, sob anestesia geral
2. Antissepsia de face
3. Aposição de campos cirúrgicos
4. Redução de fratura de OPN
5. Aposição de tala gessada
6. Limpeza com SF 0,9%

Dr. Afonso de S. Ribeiro Filho
CREMEC 3920

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 15/05/2018 14:53:21	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705008623814350	NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA			Registro: 5562930			
CPF: 00339453303	RG: 20010250538	D. NASC: 25/07/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA			NOME DO PAI: LUIZ GOMES DE SOUZA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: QUITERIA MARIA		Nº: 4363	BAIRRO: LULA		
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 992959966,		MUNICÍPIO: TABULEIRO DO NORTE	UF: CE	CEP: 62960000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: AMB DE TABULEIRO		PARENTESCO:		TELEFONE: 992959966			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:			CÓDIGO DO CNAE:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um pedestre ou um animal							
QUEIXAS: AUTORIZADO POR DR LAZARO							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITIAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: Paciente, 34, acha colisão moto-animal há aproximadamente, 9h00. Refere dor em cotovelo direito, área direita e 4º e 5º quinodactílio. Exame Físico: direito Rx demonstrando fratura de clíram D. - Presença de fratura exposta de clíram a direita. Conduta: Internamento hospitalar para realizar procedimento cirúrgico.							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					
		 Dr. Daniel Mesquita					

SAÚDE UF
 SEMA - SEMA-GO/SE
 GO/SE
 DATA 23/05/2018
 CORONEL

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

*lulu kohls teuf e kohls
mundo pílulas*

*Stulps pílulas prevent
cúrcuas pílulas multivitamínicos
cinco dias por Futebol os
estouvelas diutps.*

Futebol - m - m

Data:

11/10/17

Ass. Casimbo do Médico

*Waldemar Pinheiro
O.R.N. Ceará
O.R.N. Ceará*

*Waldemar Pinheiro
O.R.N. Ceará
O.R.N. Ceará*

PACIENTE

Nome: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA
Endereço: R RUA QUITERIA MARIA, 4363 - LULA - TABULEIRO DO NORTE/CE

Idade: 34 ano(s)
R

1) NIMESULIDA 1000MG

USO ORAL

01 CAIXA

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 12/12 HORAS.

FORTALEZA/CE, 22 de Maio de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193

FORTALEZA/CE, 22 de Maio de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193

PACIENTE

Nome: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA
Endereço: R RUA QUITERIA MARIA, 4363 - LULA - TABULEIRO DO NORTE/CE

Idade: 34 ano(s)
R

1) NIMESULIDA 1000MG

USO ORAL

01 CAIXA

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 12/12 HORAS.

FORTALEZA/CE, 22 de Maio de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193

OBG: *meno* *min*

07/06/18 *5º Fundo*

13:00

SRA do

ITFF

Curativo: sono friolento

Portas vedadas com 150

AGE

R



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª Via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO	CRM: CRM/CE	Nº: 6193
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE		Fone: (85) 32287350

PACIENTE

Nome: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA Idade: 34 ano(s)
Endereço: R RUA QUITERIA MARIA, 4363 - LULA - TABULEIRO DO NORTE/CE
R

USO ORAL

1) CEFALEXINA 500MG

40
COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

FORTALEZA/CE, 22 de Maio de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193

22 horas
04 da manhã
10 da manhã
16 horas

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.
Endereço:
Município:
Fone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: 22/05/2018
Assinatura do
Farmacêutico

Instituto Dr. José Frota
Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Paciente: Leila Karla Maciel de Sousa

Uso interno:

- 1) Ibuprofeno 600 mg _____ 09 comprimidos
Tomar um (01) comprimido de 08/08 horas por três (03)
dias.

Data: 06 / 06 /2018

Dr. Vinícius R. Gomes
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residência - 2018

Assinatura e carimbo



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: deus Lobo mif
BE / Prontuário: _____

m
u t

0 felofine day 1/4

uso sub-lingual,

Jx Dí

O
12/18

Data: 12/18

Valterino Pinto
CRM CE 6193
Tramandaí 081510

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Fruta

RECEITUÁRIO

Paciente: Wils Ksbs brad o Soes
BE / Prontuario: _____

U20 A

Tomografia - 010
Tens - 6100 SIN

Data: 21/12/17

Ass./Carimbo do Médico

Dr. Wells Ribeiro
Médico Residente
Traumatologista

B



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

José Vitor Meireles

un week

Hindosid 500 mg — 01/21
għor un

uparax li x-slixa.

13/06/10
Data: 13 / 06 / 10

Valterno Pinheiro
Otorrinolaringologista
CRM CE 4193

Ass./Carimbo do Médico

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469660/19

Número do Sinistro: 3190721067

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

CPF: 003.394.533-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/05/2018

Titular do CPF: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 23/01/2020
Nome: JOAO PAULO DE ARAUJO
CPF: 055.025.294-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JOAO PAULO DE ARAUJO

ANDERSON DE SOUZA LEITE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469660/19

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

CPF: 003.394.533-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/05/2018

Titular do CPF: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO PAULO DE ARAUJO : 055.025.294-01

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

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA : 003.394.533-03

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: JOAO PAULO DE ARAUJO
CPF: 055.025.294-01

JOAO PAULO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

