



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> 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](#)

# 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 dados fins que a paciente  
Lucia Kanda Marcel de Souza foi vítima de  
acidente de motocicleta em maio de 2018, com  
fratura exposta de osso em membro superior  
direito, realizando procedimentos cirúrgicos, com  
melhora de lesões, porém, resultando em  
sequela permanente em cotovelo direito (incapaz  
de extensão completa de membro), necessitando  
fisioterapia

CID-10: S59.7

2

Dr. Lucas Roberto Mendes  
Médico  
CRM-CE 18799

16/01/2020.

Fumar faz mal a Saúde!

## DECLARAÇÃO

EU LEILA KARLA MARCEL 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.

TABOUEIRO 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 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de  
**AGO/2018**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**9355409** DV **5**

VENCIMENTO  
**15/09/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**199,43**

Rota 12 025110 01 092500  
Nome JOAO PAULO DE ARAUJO  
Endereço Postal

Medidor 1375973  
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora RU VER JOSE PINTO FILHO 00040 OITO DE SETEMBR TABULEIRO 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 CONSUMO

Leitura 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

OUTROS PAGAMENTOS  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 28,64  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 15,73 )

#### DATAS DE LEITURA

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

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

#### ICMS

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

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica(%CO <sub>2</sub> )
		0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.  
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE  
SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."  
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor  
Da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

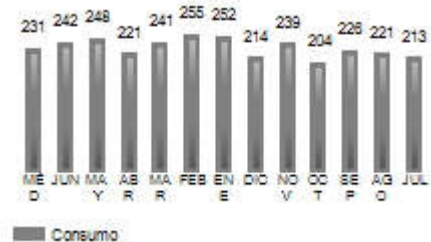
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

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

N° do Cliente: 9355409-5 N° da Nota Fiscal: 537922209 Total a Pagar (R\$): 199,43  
Data de Emissão: 14/08/2019 Referência: AGO/2018 N° 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](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO 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 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>JOSE PINTO FILHO</u>	Número: <u>40</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>
		Tel. (DDD): <u>(85) 999609640</u>

Local e Data: TABULEIRO DO NORTE 20.12.19

João Paulo de Araújo

Assinatura do Declarante

5320149

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

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valério, 750  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07.047.251/0001-90 | CGF 06.105.848-3

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

Rota TH007U10 - 144500 Referência 11/2019  
Nome EILA KARLA MACIEL DE SOUZA  
Endereço RU QUITERIA MARIA, 04363 - 04363, CENTRO,  
62960-000, TABULEIRO DO NORTE  
Classificação Residencial Pleno Emissão 12/11/2019  
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL Medidor 4411777-CPN-308  
Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

72625578774547167890011808E184

DATAS DE LEITURA

Anterior 10/10/2019 Atual 12/11/2019 Próxima prevista 12/12/2019  
P.F.: 20 dias



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	15.209	14.915	1,00	294	30	294	0,72850	214,18

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	46,23
JUROS MORATÓRIOS	-	0,23
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01306	3,84
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,02078	6,11
CONSUMO	0,72850	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

20/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

270,59

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

003.394.533-03

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 0 100

INFORMAÇÃO AO 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:

00339453303

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

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):

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

00339453303

AGENTE DE SAÚDE

QUITERIA MARIA

4363

CASA

CENTRO

TABULEIRO DO NORTE

CE

62960-000

(80) 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: ☒ RECUSO 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2701 4 CONTA: J5608 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo nascer)? ☐ 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, 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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TABULEIRO DO NORTE 20.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** UF: **CE**  
RG: **2001025053656** Orgão Emissor: **SSP**  
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** UF: **CE**  
RG: **2002025033740** Orgão Emissor:  
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  
Pessoa conhecida de colisão



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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]*  
**BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

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

*[Signature]*  
**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:

00339453303

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

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):

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

00339453303

AGENTE DE SAÚDE

QUITERIA MARIA

4363

CASA

CENTRO

TABULEIRO DO NORTE

CE

62960-000

(80) 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:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2701 4 CONTA: J5608 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascer)? ☐ 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, 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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TABULEIRO DO NORTE 20.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

---

**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



**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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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

**Valoração 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

Prontuário 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
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88992959966	
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				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

coluna protocolada com amiel.  
Apresenta enxaquecas em MSP, limitação frontal.  
Apresenta fratura exposta e cotovelo direito  
Osteogênese IS. Nega vômitos ou perda de consciência  
MO. Fratura exposta e MSP.

- CD: 1) RX cotovelo direito AP e Perfil >  
2) RX antebraço e mão direita >  
3) RX mão direita AP e oblíquo >  
4) Ultrassom long + SF axial EV  
5) Tomografia long + SF axial EV  
6) Gafografia 3g EV + SF axial EV  
7) Transgênese - P/ IJF

Francisca Maria P. da Silva  
Téc. Radiologia  
COREN-CE: 008.081-11

Dr. Lucas Ribeiro Maciel  
Médico  
CRM - CE 19072

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM: 19072

Elisângela C. S. Silva  
Técnica em Radiologia  
CPF 799.030.933-53

maria Helena Lin  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: LUIZ GOMES DE SOUZA

10) RX OMO nasal  
11) RX Tornozelo direito  
12) P.O.M. - OMO + M



# Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

15420017504

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 Automóvel; Nega perda de consciência, ou vômito, PIR, com lesão em cotovelo direito, com fratura exposta.

Resultado de Exames: Urticária e mobilização/palpação em osso nasal

Apresenta edema em orelha direita.

Conduta já Realizada:

Uso de 100mg EV + Tranquil 100mg EV + Cefazolina 1g EV + Imobilização

Impressão Diagnóstica: Fratura exposta em cotovelo direito + Fratura osso nasal.

Dr. Lucas Ribeiro Maciel

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

CRM - CE 18799

### Agendamento

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico

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?

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ SIM

☐ NÃO

☐ NÃO



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

Região: LITORAL NOROCCIDENTAL UNIDADE: HOSPITAL SÃO RAFAEL - LITORAL DO NORTE

Operação:

Acompanhar Solicitação de  
Internação

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

VISUALIZAÇÃO DE OCORRÊNCIA

Para retornar a lista de ocorrências clique em Voltar.

*Natália Korla*

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 ciente.

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações

Voltar



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA  
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de  
**Fortaleza**

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**

Instituto Dr. José Prota

## RECEITUÁRIO

Paciente: Roberto Roberto

BE / Prontuário:                     



- RPM do  
Dentista Roberto

Porto Alegre  
Antônio Roberto  
24/03/18

Data: 24/03/18

Ass./Carimbo do Médico

Tratamento  
Cópia de 1819

ID do estudo: 10449

Philips Healthcare

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

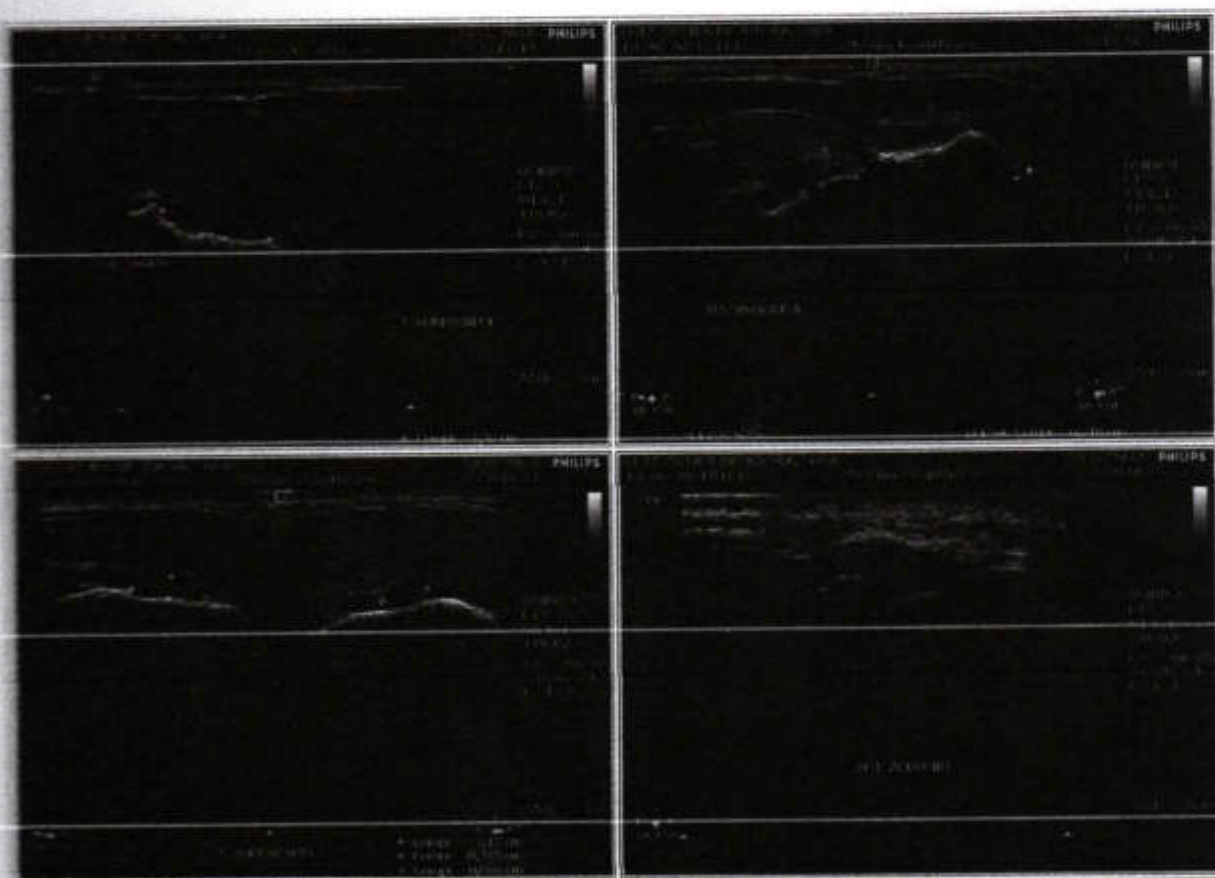
Data do estudo: 20/06/2018 12:41

### Ombro

Altura:  
Peso:  
Cirurgia anterior:  
Indicação:

### Resumo da interpretação

### Comentários sobre a interpretação

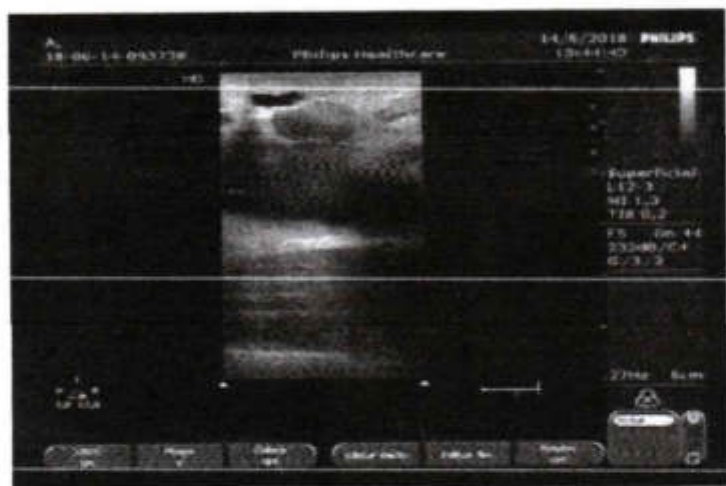


Interpretado por: \_\_\_\_\_



Paciente (5562930): LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

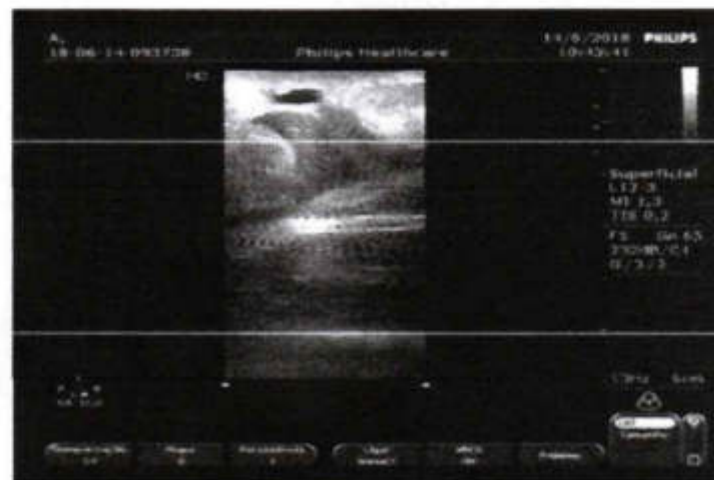
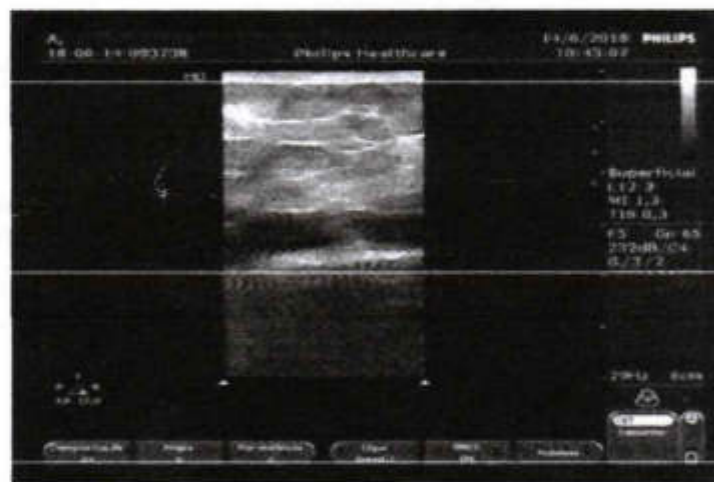
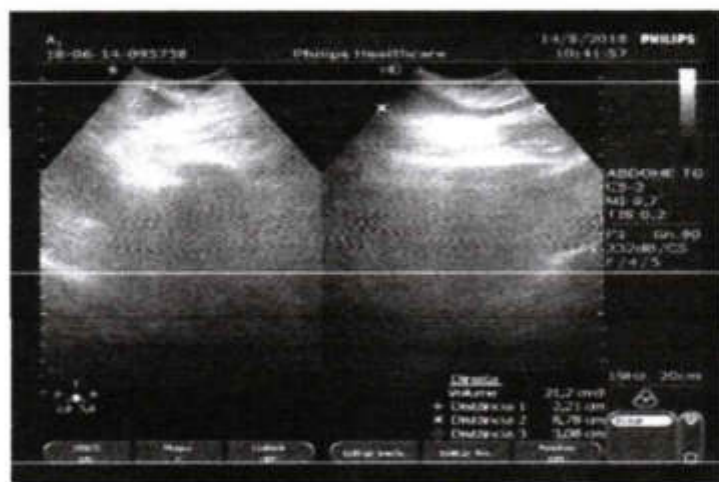
Sexo: FEMININO Data: 14/06/2018





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. Vinícius R. Gernes  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial  
Residência - CRO 8480

  
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: 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			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA		PARENTESCO:			TELEFONE: 992959966		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
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: <i>maná indolor em coxa direita.</i>							
Exame Físico: <i>abaulamento em coxa direita</i>							
Conduta: <i>Solicito rx, dgo, US partes moles</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: <i>14/06/18</i>		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:  Dra. Carolina C. G. Moraes Médica CREMÉC 17967					



**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 ULNA 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

Tairo Diogenes  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15586



**LAUDO MÉDICO**

**RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA**

Paciente: Leila Krieger Moura e Souza Prontuário: 5562930  
Data de Nascimento:      /      /      Data da Internação:      /      /       
Motivo da Internação:     

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

Diagnóstico Principal: Infarto do miocárdio

Diagnósticos Secundários:     

Procedimentos Cirúrgicos: ☐ Não ☒ Sim

Cirurgia(s) realizada(s):     

Resumo de Alta / Transferência:

\* Seta a Retirar o 2015 Fios

20 Kirschner

\* Retirar sutura

Comorbidades apresentadas:     

**Transferência:**

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial):     

Retornar ao Ambulatório: ☐ Não ☐ Sim Ambulatório:      Data:      /      /     

Data: 26/10/19

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. CARO COSTA  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico Residente  
CRM-DF 19425



# 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

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Cirurgião: Dr. Afonso

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  
Boca-Maxilo-Facial  
Residente - CRO 6400

Cirurgião Dentista

CRO/Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE SAÚDE C-M-R

Nº PRONTUÁRIO  
FAMILIAR

01

CARTÃO SUS: 705008623814350 | UBS: m<sup>a</sup> de Fátima II | ACS: Iocila.

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

NOME: Bula Karla Maíel de Souza. ESTADO CIVIL: Solteira.  
NOME DA MÃE: Maria Jacilva Maíel Brasil.  
NOME DO PAI: Luiz Gomes de Souza.  
ESPOSO(A): Baimo Bula.  
ENDEREÇO: R. Quitéria Maria, 4363. PROFISSÃO: ACS  
D.N.: 25/07/83 IDADE: SEXO: F TELEFONE: 99225-9966

ANAMNESE

1. QUEIXA PRINCIPAL: (x) DOR (x) RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO

OBSERVAÇÕES: P.O. de fratura de cotovelo D.

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Acidente relatado que dia 15 de maio de 2018, sofreu trauma direto (estava em moto de 125 cc e colidiu em uma parede) onde machucou o cotovelo D. Foi socorrida e encaminhada ao IJF tendo como diagnóstico fratura de cotovelo D. Realizou cirurgia dia no mesmo dia com colocação de pinos e fios. Fez retorno dia 7 de junho sendo encaminhada para sessões de fisioterapia manual.

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

OBSERVAÇÕES:

Encaminhada para sessões de fisioterapia manual.

4. CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAIS:

( ) HABITA EM LOCAL ÍNGREME ( ) FAZ MOVIMENTO DE REPETIÇÃO ( ) SOBE ESCADA

( ) TRABALHA EM LOCAL/CONDIÇÕES QUE OFEREÇAM RISCOS A SAÚDE

OBSERVAÇÕES:

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

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

OUTROS: Primo tem CA de esôfago e mama.

6. MEDICAMENTOS / CIRURGIAS / IMPLANTES / EXAMES COMPLEMENTARES

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

- Exames: Raio X.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE SAÚDE C.M.R.

Nº PRONTUÁRIO  
FAMILIAR

FICHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Leila Karla Maniel de Souza DATA: 18/06/18

DATA	EVOLUÇÃO (Queixa Principal - História da Doença Atual e Progressiva - Exame Físico Conduta Recomendada - Hipótese Diagnóstica)
18.06.18	Realizado avaliação, sendo como diagnóstico P.O. de fratura de cotovelo D. A mesma usa encurtador de comprimento de membro devido as ataduras que foram colocadas (pior). Prevê-se internamente para melhor avaliação. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
24.10.18	Paciente realizou todo o tratamento de forma adequada, ainda apresenta dor na ADM devido ao AOM. A mesma está aguardando ser chamada para retirada de gesso. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
19.11.18	Paciente fez retirada de gesso e retornou para a continuidade do tratamento. Apresenta bloqueio articular e fadiga muscular. Encaminhada para realização de 30 min de fisioterapia motora. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
03.01.19	Paciente evoluiu bastante, com melhora na ADM, mas ainda apresenta um leve bloqueio articular. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
13.01.19	Paciente aumentou-se do tratamento para realizar cirurgia para retirada de gesso em edema. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
27.03.19	Paciente retornou aos atendimentos, fez a retirada do gesso e está realizando exercícios de fortalecimento e alongamento de ADM para flexão e extensão de cotovelo. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255



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 / liquido nas bolsas trocantérica e subglútea mínima, caracterizando bursite.
- Grupamentos musculares íntegros.
- 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



INSTITUTO Dr. JOSÉ PROTA  
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza 10

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome: <u>Leila Cerle Maciel de Souza</u>	Reg/Prontuário: <u>5562 930</u>
Data da Cirurgia: <u>15/04/13</u>	Unid. Internação: <u></u>
Cirurgião: <u>DR IDBAL</u> <small>DR. IDBAL A. S. LISBOA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - CE 3737</small>	1º Auxiliar: <u>Maximiliano Leonardo</u>
3º Auxiliar: <u></u>	2º Auxiliar: <u></u>
Anestesista: <u>Dr. Manoel Nogueira</u>	Instrumentador: <u>Manoel</u>
Tipo de Cirurgia: <u>humeros cirurgia + fixação de fratura</u>	
Tipo de Anestesia: <u></u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura exposta de Ombreira</u>	
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>O membro</u>	
Laudo Histopatológico Imediato: <u></u>	
Exame Radiológico no Ato Cirúrgico: <u></u>	
Acidente Durante o Ato Cirúrgico: <u></u>	
Próteses/Órteses/Mat. Especiais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo: <u>13/12/13</u>
Transusão de Hemoderivados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo: <u></u>
Contagem de Compressas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Volume: <u></u>
Hora Início da Cirurgia: h min.	Instrumental Conferido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Hora Término Cirurgia: h min.	

### ÍNDICE DE RISCO DE INFECÇÃO CIRÚRGICA (IRIC)

#### Potencial Contaminação

- Cirurgia Limpa..... 0 ☐  
Potencialmente Contaminada 0 ☐  
Cirurgia Contaminada ..... 1 ☐  
Cirurgia Infectada ..... 1 ☐

#### A. S. A.

- I - Paciente Hígido..... 0 ☐  
II - Alteração Sistêmica leve/moderada..... 0 ☐  
III - Alteração Sist. Grave c/limitação atividade. 1 ☐  
IV - Alteração Sist. Incapac. c/ameaça a Vida... 1 ☐  
V - Risco Iminente de Morte..... 1 ☐  
VI - Morte Encefálica..... 1 ☐

#### Tempo de Cirurgia

- Maior que o Esperado..... 1 ☐  
Normal..... 0 ☐

#### I. R. I. C.

PC + ASA + TC = ☐ Zero ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

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

1. Paciente em D.D, rot. anterior, antebraço e antebraço do M.S.D, apanhação do membro estere
2. Lavagem exaustiva da ferida, desbridamento do tecido desvitalizado
3. humeros do fuso, redução e fixação com 2 fios de Kirschner
4. Lavagem em bandeja de tenax com aciflex
5. Hemostase, sutura e Rx do cotovelo

**Registro de Atendimento Emergencial**

Por: MARILENE RODRIGUES DE ANDRADE

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 06/06/2018 06:35:34	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705008623814350	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			
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 CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO:							
QUEIXAS:							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor:			PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CIRURGIAO PLASTICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

06.06.18 - 7:54

Dr. Felipe G. Xavier  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucco - Maxilo - Facial  
CRO - CE 9097

SAME DO IUF  
ESTA COPIA CONFERE  
COM O ORIGINAL  
DATA: 23/12/19  
VIA:   
SERVIDOR



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA  
"24 horas de proteção à vida"

**Fortaleza**

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome: <u>LEILA CARLA VIEIRA DE SOUZA</u>		Reg/Prontuário: <u>5522930</u>
Data da Cirurgia: <u>06/06/18</u>	Unid. Internação:	Leito:
Cirurgião: Dr Afonso	1º Auxiliar: <u>Murilo Teixeira</u>	2º Auxiliar:
3º Auxiliar:	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:
Transfusão de Hemoderivados? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tipo: 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

- Cirurgia Limpa..... 0 ☐  
 Potencialmente Contaminada 0 ☒  
 Cirurgia Contaminada ..... 1 ☐  
 Cirurgia Infectada ..... 1 ☐

### A. S. A.

- I - Paciente Hígido..... 0 ☐  
 II - Alteração Sistêmica leve/moderada..... 0 ☐  
 III - Alteração Sist. Grave c/limitação atividade. 1 ☐  
 IV - Alteração Sist. Incapac. c/ameaça a Vida... 1 ☐  
 V - Risco Iminente de Morte..... 1 ☐  
 VI - Morte Encefálica..... 1 ☐

### Tempo de Cirurgia

- Maior que o Esperado..... 1 ☐  
 Normal..... 0 ☒

### I. R. I. C.

PC + ASA + TC = ☐ Zero ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

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%

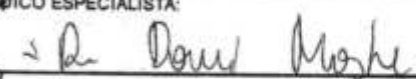
*[Assinatura]*


Dr. Afonso de S. Ribeiro Filho  
CREMEC 3020

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 15/05/2018 14:53:2
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: 4383	BAIRRO: LULA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992959966	MUNICÍPIO: TABULEIRO DO NORTE	UF: CE	CER: 82960000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: AMB DE TABULEIRO		PARENTESCO:		TELEFONE: 992959966		
ACIDENTE DE TRABALHO						
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:			
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 VITAIS						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA						
ATENDIMENTO MÉDICO						
Anamnese: Paciente, 34, sofreu colisão moto-animal há, aproximadamente, 9h.						
Refere dor em cotovelo direito, caxa direita e 4º e 5º quíquedact.						
Exame Físico: direito Rx demonstrando fratura de úlcera D.						
- Presença de fratura exposta de úlcera 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:				

  
Marcia Almeida de Brito Faria  
Médica  
CREMIEC 19026

  
Dr. Daniel Muzhi

SAÚDE DO UF  
ESTA CÓPIA CONFERE  
COM A ORIGINAL  
DATA 13/02/18  
  
CENTRO



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

**RECEITUÁRIO**

Paciente:

BE / Prontuário:

Indo pinto.

Atento para a percent  
eirene foi plantado o  
cinco para futuro as  
estados dinto.

Antes - n e  
Alto dinto

Data:

11/10/11

Ass. Carimbo do Médico

Wilton Pinheiro  
Pneumologista  
CRM-CE 113.113

Wilton Pinheiro  
Pneumologista  
CRM-CE 113.113



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
RECEITUÁRIO SIMPLES



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) NIMESULIDA 100MG

01 CAIXA

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

FORTALEZA/CE, 22 de Maio de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA  
PINHEIRO  
CRM/CE 6193

*Obs: Rubro  
5<sup>o</sup> Fring  
13:00  
587 00  
E*



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
RECEITUÁRIO SIMPLES



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) NIMESULIDA 100MG

01 CAIXA

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

FORTALEZA/CE, 22 de Maio de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA  
PINHEIRO  
CRM/CE 6193

*Curativo - Sono fisiológico  
Pontos noturnos com 15d  
AGE*

*IIIF*



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA**  
**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**



1ª Via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
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) CEFALLEXINA 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.	Órgão Emissor:
Endereço:	
Município:	UF:
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. Vinicius R. Gomes  
Cirurgia e Traumatologia  
Buco-Maxilo-Facial  
Residência - Otorrinolaringologia

Assinatura e carimbo



Prefeitura de  
**Fortaleza**

Instituto Dr. José Frota

**RECEITUÁRIO**

Paciente:

BE / Prontuário:

4

u it

0 Febre day 1/4

uso SUB-LINGUAL

1x Dia

0  
1/12/18

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Valterio Pimenta  
Traumatologista  
CRM-CE 6193

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de  
**Fortaleza**

Instituto Dr. José Prota

## RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Leila Karla Lucio e Sousa

uso de

Tomografia

Tela

1w

OLX  
6/84 SIN

Data:

A-12/18

Ass./Carimbo do Médico

Dr. Iulio Rêgo  
Médico Residente  
Traumatologia

3



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

**RECEITUÁRIO**

Paciente:

BE / Prontuário:

*Leopoldo Pinheiro*  
*123456789*

*um mês*

① Hindoid gl ——— 01/11  
gêner ———

*mgua 2x dia.*

*13/06/10*

Data:

*1/1*

*Valterio Pinheiro*  
*Traumatologista*  
*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

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 15/05/2018

**Titular do CPF:** LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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](http://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

JOAO PAULO DE ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSON DE SOUZA LEITE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME JOAO PAULO DE ARAUJO	
<div>  </div>	
DOC. IDENTIFIC. / ONE-EMISSOR MP	3116077
CE	055.025.294-01
DATA NASCIMENTO	21/06/1984
FILIAÇÃO	
ADAMENON ARAUJO	
MARIA JOSE ARAUJO	
PERMISSAO	ACE
ACE	CATIA
ACE	AC
1ª HABILITACAO	29/08/2003
<div>  </div>	
LOCAL	
CAMPINA GRANDE, PB	
DATA EMISSAO	
06/01/2012	
45810947086	
PB023405422	
DETRAN - PB (PARAIBA)	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

470413195

PRIMEIRO PLASTIFICAR

470413195

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469660/19

**Vítima:** LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

**CPF:** 003.394.533-03

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 15/05/2018

**Titular do CPF:** LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO PAULO DE ARAUJO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR 2001025053646 SSP CE
	CPF 003.394.533-03
	DATA NASCIMENTO 25/07/1963
	FUNCAO LUIZ GOMES DE SOUZA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA
PERMISSAO	ACC CELENA AB
Nº REGISTRO 05244173520	VALIDADEZ 14/07/2020
1ª EMISSÃO 29/06/2011	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura do Titular Leila Karla Maciel de Souza	
LOCAL RUSSAS, CE	DATA EMISSÃO 24/07/2015
Assinatura do Emissor [Assinatura]	
Assinatura do Emissor 86460201666 CE148556892	
DETRAN-CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1155729621

PROCURADOR PIAJUSTIFICAR  
1155729621