



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
Impresso nº 2020186728



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 361 / 2020

ALESSANDRA ALBUQUERQUE GUEDES - MAT.: 301193-2-0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 361 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/03/2020 13:28:24**
Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 05:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV FIRMINO CRISOSTOMO CEP: 62.860-000, CENTRO - PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **MERCADINHO DO CESINHA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MICHELE SANTOS DE SOUSA**
Nascimento: **21/09/1997** CPF: **087.531.433-37**
RG: **20075082114** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **BERLENE SANTOS DE SOUSA**
NC
Endereço: **RUA PEDRO FERREIRA DO NASCIMENTO CASA**
Bairro: **CAPONGA FUNDA**
Município: **PINDORETAMA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98632-2934**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUM4019 Uf: CE Município: PINDORETAMA Chassi: 9C2KC1670BR331359 Renavam: 280499124 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: FRANCENILTON PEREIRA DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

QUE ESTAVA NA GAROUPA DA MOTO PILOTADA POR SEU ESPOSO MARCOS ANTONIO RODRIGUES DA SILVA; QUE ESTAVA NA GAROUPA DA MOTO DE PLACA NUM-4019, CHASSI 9C2KC1670BR331359, ANO 2010/2011 EM NOME DE FRANCENILTON PEREIRA DA SILVA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA DERRAPANDO NA AREA DO ASFALTO; QUE FOI AO SOLO SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO HOSPITAL LOCAL, LOGO FOI ENCAMINHADA PARA HOSPITAL DE AQUIRAZ-CE; QUE FRATUROU O COTOVELO DO BRAÇO ESQUERDO; QUE EM DATA DE 04/02/2020, FOI SUBMETIDA A CIRURGIA NO REFERIDO COTOVELO; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Michele Santos de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : _____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGL: _____ 3 - CPF da vítima: 087 531 43397 4 - Nome completo da vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

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

6 - Nome completo: MICHELE SANTOS DE SOUSA 8 - CPF: 087 531 43397
7 - Profissão: DULAR 9 - Endereço: CAPOA FUNDA 10 - Complemento: S/O
11 - Bairro: CAPOA FUNDA 12 - Cidade: DIRMORETAMA 13 - Estado: CENEA 14 - CEP: 6230000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (85) 9285 78375

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:
 RECURSO 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

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (943)
 Banco do Brasil (201) Caixa Econômica Federal (308)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito ou código) (Informar o dígito ou código)

CONTA CORRENTE (todas as bancas)
Nome do BANCO: NORDESTE
AGÊNCIA: 00221 CONTA: 00023222
(Informar o dígito ou código) (Informar o dígito ou código)

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

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

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.
Pelos motivos assinalados, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com nenhuma avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 netos/netas (netos/netas)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Profissão legal da vítima ou beneficiário não assinado
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, _____
Michele Santos de Sousa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGI: _____ 3 - CPF da vítima: 087 531 43397 4 - Nome completo da vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

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

5 - Nome completo: MICHELE SANTOS DE SOUSA 6 - CPF: 087 531 43397
7 - Profissão: DULAR 8 - Endereço: CAPOA FUNDA 9 - Número: 310 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CAPOA FUNDA 12 - Cidade: DIRMORETAMA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 6230000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (85) 9285 78375

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:
 RECURSO 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

CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (943)
 Banco do Brasil (201) Caixa Econômica Federal (308)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito ou código) (Informar o dígito ou código)

CONTA CORRENTE (todas as bancas)
Nome do BANCO: NORDESTE
AGÊNCIA: 00221 CONTA: 00023222
(Informar o dígito ou código) (Informar o dígito ou código)

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

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

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 de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com nenhuma avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 Sim Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou netos/netas (netos/netas)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Profissão legal da vítima ou beneficiário não assinado
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

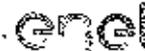
40 - Local e Data, _____
Michele Santos de Sousa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

8932260

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 30 de abril de 2002.



Companhia Energética de Ceará
R. Padre Melo, s/n, 183
CEP 60156-043 Fortaleza CE
CNPJ 07.056.735/0001-01 | CEF 08.102.828-8

Para efetivar seu atendimento, utilize o número de contato que encontrar em nosso cartão de visita.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA CÍVIL B | SÉRIE ÚNICA Nº 041064096

Roteador PD020064 - 121250 Referência 11/2019
Nome MICHELA SANTOS DE SOUSA
Endereço RUA PEDRO FERREIRA NASCIMENTO, 80000 - 80000,
CAROAGA FUNDA, 62360-000, PINDORÉTAMA

Classificação Residência de Baixa Renda
Modalidade de Tensão 220V RFSIDENCIAL Emissão 28/11/2019
Ligação Monofásica Medidor 6205764 E-E-626

ÁREA RESERVADA AO FISCAL
INDICADOR DE CONSUMO DEBIBICO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)



DATAS DE LEITURA

Anterior 2017/12/15
Atual 2019/11/15
Consumo anterior 100,00 kWh

DADOS DE MEDIÇÃO

Posto	Leit. Ant.	Leit. Atual	Difer.	Consumo Mens. (kWh)	Consumo Tot. (kWh)	Consumo Tot. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
05	1.364	1.464	100	100	44	100	0,2793	27,93

DADOS DO FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
CIP - ELÉM. PÓS PREF. MUNIC	15,02
PIS COMPL. BX RENDA	0,02
COFINS COMPL. BX RENDA	0,09
DESCONTO BAIXA RENDA	-26,48
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	26,40
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 050 KWH	0,17633
CONSUMO DE 050 KWH ATÉ 100 KWH	0,30357
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	0,45375
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00057
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,07700
COB. TONTO ART - 3292 4444	-
TOTAL	56,70

Tributa	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	59,01	0,04	0,02
COFINS	59,01	0,30	0,17

17/12/2019

104,35

CONSUMO CONSCIENTE

OPÇÃO 087.531.433-37

EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh) Compensação de emissões

para consumo de energia elétrica.

Emissão (kg CO ₂)	Compensação (kg CO ₂)	Consumo Elétrico (kWh)
42,16	0,00	100

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref: 2019/10 Valor: R\$89,94). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 474/10 Arts. 171 e/c 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religião da UC. Res ANEEL 474/10 Art. 173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Para o cancelamento do pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000008932260.

DEBÍTO ANTERIORES
MES: 10/2019
VALOR: R\$ 89,94
TOTAL: R\$ 89,94

Períodos: Band. Tarf. Amarela : 10/10 - 31/10
Vermelha : 01/11 - 28/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC. MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 24X SEM JUROS, PELO 0,00-002954% OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS DEVIDENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. FALAMOS DESCUPLAS PELO TRANSTORNO



E



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES
CNPJ 07.911.696/0002-38

RELATÓRIO DE ALTA

NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____

UNIDADE: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

INÍCIO DO TRATAMENTO: _____ DATA DA ALTA: _____

RESUMO CLÍNICO:

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO: _____ CURADO: _____ INALTERADO: _____ OUTROS: _____

RETORNO EM: 24/10/2024 NÃO RETORNARA: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

OUTRAS RECOMENDAÇÕES: _____

AQUIRAZ _____

ASS E CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

24/10/2024

51



OBS

HOSPITAL E CENTRO DE PARTO NORMAL DE PINDORETAMA
HCPNP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDORETAMA

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 14/12/19 RECEPCIONISTA: Afiana HORA: 05:43

PACIENTE: Michelle Santos de Sousa

END.: capanga funda

BAIRRO: _____ D.N.: 21,09,97 IDADE: 22 ANOS

FONE: 986322934 CADSUS/ID: _____

MÃE: Reilene Santos de Sousa

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM)

PA: 90 x 60 mmHg DX: _____ Mg/dl T: _____ °C PESO: _____ Kg FC: 102 Bpm

SAT: 99 % FR: _____ rpm ATENDER ATÉ _____

AVALIÇÃO QUANTITATIVA DA DOB

Obs: Caso febre até 38 °C dar 02 gota/kg paracetamol V.O. caso não espantar (Max 40 gts)

Azul	Azul	Verde	Amarelo	Laranja	Vermelho
Ótimo	Bom	Bom ou pouco mal	Mal	Muito mal	Ótimo

HISTÓRIA CLÍNICA:

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

ASSINATURA/CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

H.D.A.: Portador de diabetes, queda de mole sua
capacete, Glasgow 15, Euvolemia.

DIAGNÓSTICO:

EVOLUÇÃO: () ALTA: () ALTA A PEDIDO: () ÓBITO: () TRANSFERÊNCIA: ()

OBSERVAÇÃO: () INTERNAMENTO: () EM: _____ ÀS _____ HS.

Michelle Santos de Sousa
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

[Signature]
ASSINATURA DO MÉDICO
HOSPITAL E CENTRO DE PARTO NORMAL DE PINDORETAMA
C.P. 350 - 13123-971 - RJ
CRM: 23221

RECEITUÁRIO

ARESSAO MÈDIO

ARESSAO - para do picles

Santo e Barros 24,

no tabaco requer

e freio e afilado,

que a APTO Orto Jean

definitivo e definitivo.

CIA 5549

CLÁUDIO EUFRASIO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 4078

27/02/20

MÉDICO

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: MICHELE SANTOS DE SOUSA		CNS: 704506345787518	PA201907043792
DATA DE NASCIMENTO: 21/09/1997	IDADE: 22 Ano(s), 3 Mes(es), -7 dia(s)		SEXO:
MÃE: BERLENE SANTOS DE SOUSA	OCUPAÇÃO:		
ENDEREÇO:		MUNICÍPIO: CASCAVEL	
TELEFONE CONTATO: 85989040698		CPF: 08753143337	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO:	PROFISSIONAL:	DATA-HORA					
FR:	SATO ₂ :	PA:	FC:	T:	Dx:	ECG:	DOR: X/6
PRIORIDADE:							

ATENDIMENTO CLÍNICO

Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):

Pericula de Pseudotumor

Alergias:

Exames:

Código	Descrição	Solicitação	Urgente	Coleta
--------	-----------	-------------	---------	--------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO

Item	Descrição	Aprazamento / Checagem
------	-----------	------------------------

Aquiraz, Sábado, 14 De Dezembro De 2019

JOSE RIBAMAR DE LIMA
CRM: 9408

CONDUTA / DESFECHO DO ATENDIMENTO

Rx Controlado B1
Rx para Tomozelo B

Jose Ribamar de Lima
MÉDICO
CRM: 9408 *RL*



PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante: **HG Manoel Assunção Pires**
 2 - CNES: **2156413915**
 3 - Nome do Estabelecimento Executante: **HG Manoel Assunção Pires**
 4 - CNES: **2156413915**

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente: **Michelle Santos de Sousa**
 6 - Nº do Prontuário: **211-829**
 7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): **2010715082111-4**
 8 - Data de Nascimento: **27/09/97**
 9 - Sexo: Masc. Fem.
 10 - Raça/cor: **Clara**
 11 - Nome da Mãe: **Berlene Santos de Sousa**
 12 - Telefone de Contato: **986322934**
 13 - Nome do Responsável: **Berlene Santos de Sousa**
 14 - Telefone de Contato: **989104106981**
 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): **Ca Ponga Feuda Pindoretama**
 16 - Município de Residência: **—**
 17 - Cód. IBGE Mun.: **—**
 18 - UF: **CE**
 19 - CEP: **61701010**

Justificativa da Internação

0 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos: **Prurito e fadiga ocular**
 21 - Condições que Justificam a Internação: **TDY**
 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados): **17**
 23 - Diagnóstico Inicial: **Fadiga ocular**
 24 - CID 10 Principal: **S50**
 26 - CID 10 Secundário: **—**
 26 - CID 10 Casas Ass.: **—**

Procedimento Solicitado

1 - Descrição do Procedimento Solicitado: **TSS**
 28 - Cód. do Procedimento: **0408101015417**
 29 - Clínica: **CIRURGICA**
 30 - Caráter da Internação: **URGÊNCIA**
 31 - Documento: CNS CPF
 32 - N Doc. (CNS/CPF) do Profis Solic./Ass.: **—**
 33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente: **—**
 34 - Data da Solic.: **03/02/2020**
 35 - Ass. e Carimbo (N do Registro do Conselho): **—**

Preenche em caso de causas externas (acidente ou violências)

36 - Acidente de trânsito
 37 - Acidente de trabalho típico
 38 - Acidente de trabalho trajeto
 39 - CNPJ da Seguradora: **—**
 40 - Nº do Bilhete: **—**
 41 - Série: **—**
 42 - CNPJ Empresa: **—**
 43 - CNAE da empresa: **—**
 44 - CBOR: **—**
 45 - Vínculo com a Previdência:
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador: **—**
 47 - Cód. Órgão Emissor: **—**
 48 - Documento: CNS CPF
 49 - Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador: **—**
 50 - Data da Autorização: **10/01/20**
 51 - Assinatura e Carimbo (Nº do registro do conselho): **—**
 52 - Nº da Aut. de Internação Hospitalar: **—**

SUS 704 5063 4578 7518 26



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE AQUIRAZ

BOLETIM DE ADMISSÃO

NÚMERO

23.820

NÚMERO DA AIH		INTERNAÇÃO		PARTO OU OPERAÇÃO		SAÍDA/PERMAN.		
DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO
03	02	2020				03	02	2020

NOME: Michele Santos de Sousa IDADE: 27 SEXO: F ESTADO CIVIL: Sol

ENDEREÇO: Andaraiana Caranga Funda 92632834 do lat fort TELEFONE: _____

PROFISSÃO: _____ NATURAL: _____

PAI: _____ MÃE: Berlene Santos de souz

NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DE CONHECIDO EM AQUIRAZ

INTERMEDIAMENTOS ANTERIORES	EM OUTROS HOSPITAIS	CATEGORIA	MÉDICO ASSISTENTE	TELEFONE
S	N	A.I.S	DE elaudio	

RESPONSÁVEL: _____ ENDEREÇO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

fratura olecrano

PROVÁVEL: _____ DIAGNÓSTICO: fratura olecrano DEFINITIVO: _____

RESULTADO	FALECIDO	ADM PI DIAGN			
NENHUM	TRANSFERIDO	MELHOR	CURADO	FALECIDO	ADM PI DIAGN
PRIMÁRIA	CAUSA MORTIS	SECUNDÁRIA			

CONDICÕES DE ALTA	A PERDIDO	OBITO	PERMANECE			
CURADO	MELHOR	REMOVEDO	INDISCIPLINA	A PERDIDO	OBITO	PERMANECE

LAUDO MÉDICO

CID: S55

TABELA ASSM: 15502010

ASSINATURA: _____

VISTO DATA: _____

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Foi uso de antibiótico? Sim Não qual o tipo de antibiótico?

Nome Comercial: _____

Tempo de uso: _____

fez cultura e antibiograma? Sim Não Nome da cultura: _____

Era sensível ao antibiótico em uso? Sim Não Trucou de antibiótico? Sim Não

Em caso afirmativo, porque? _____

Qual da póe operatório que foi diagnosticada a infecção? _____

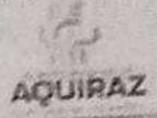
Condições de alta em relação a infecção? Curado Melhorado Instaurado

Observações: _____

Michele Santos de Sousa

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: _____
 DATA: 4. 2. 70



CIRURGIA: Trat. cir. F. 1. Cotovelo Esquerdo
 CIRURGIÃO: Dr. Claudio
 2º AUXILIAR: _____
 1º AUXILIAR: _____
 ANESTESISTA: Dr. Nelson

MEDICAMENTOS E MATERIAIS

NOMES	Quant	NOMES	Quant
Água Oxigenada ml	<	Luvas	<
Álcool Iodado ml.	2	Lâmina Bisturi	
Álcool Puro ml.		Cateter de Peridural	
Éter Sulfúrico ml.	<	Dreno Penrrouse N°	
Formol ml.		Dreno Keer	
Soapex ml.		Equipo Infusão	
Asseptol ml.		Equipo Transfusão	
Germinol ml.		Scalp	
Clorohex ml.		Bisturi Elétrico	
Povidine ml (Degermante)		Seringas Descartáveis 10 cc	
Soro Fisiológico Tubos		Seringas Descartáveis 20 cc	
Xylocaina c/ Adrenalina		Torneira Tree Way	
Xylocaina s/ Adrenalina		Surgicel	
Xylocaina Pesada		Máscara Descartável	<
Merthiolate ml.		Gelfoan	
Algodão Ortopédico cm.		Gelco	
Atadura de Crepon 10 cm.		Aboccat	
Atadura de Crepon 20 cm.		Cateter p/ Oxigênio	
Atadura de Gesso 10 cm.		Lâmina 'Gilete'	
Atadura de Gesso 20 cm.		Rolos Dentais	
Gase Alcochoada		Irujol Pomada grs.	
Gase Compressas 10 x 10	<	Furacin Pomada grs.	
Algodão Hidrófilo grs.		Soro Glicosado 5% 500ml tubos	
Compressas Cirúrgicas pequenas		Aguilha Descartável	<
Compressas Cirúrgicas Média	<	Malha Tubular 3 cm Metro	
Compressas Cirúrgicas Grande		Malha Tubular 20 cm. Metro	
Chumacinhos		Fio de aço n° 7,0	2
Esparadrapo cm	2	Fio de cartilagem	1
Micropere cm.			
Fio Cat Gui Cromado 2-0			
Fio Cat Gui Cromado 4-0			
Fio Cat Gui Simples 2-0			
Fio Cat Gui Simples 4-0			
Fio Mononylon 2.0 c/ag.			
Fio Mononylon 4-0 c/ag. 3-0	X		
Fio Mononylon Oftalmico 9 0			
Fio Mononylon 7.0 (cardiaco)			
Fio de Aço			
Fio Prolene			
Fio Vicril D	X		
Fio Sutupak			
Fio Algodão O			
Fio Algodão 2 0			
Fio Algodão 10-20-40			
Fio Seda			
Fio Mononylon incolor			
Sonda Nelaton			
Sonda Traqueal			
Sonda Filley 3 vias			
Sonda Filley			
Sonda Nasogástrica			



FOLHA DE ANESTESIA		HMA - PACIENTE		ENFERMARIA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO	
Nome		Michael Santos da Silva		Idade		Sexo		Cor	
Data		04/02/80		Pressão Arterial		Pulso		Respiração	
Tipo Sanguíneo		Hemália		Hemoglobina		Hematócrito		Temperatura	
Urina				Glicemia		Uréia		Cúrios	

Aparelho Respiratório	Asma	Bronquite
Aparelho Circulatorio	Eletrcardiograma	
Aparelho Digestivo	Dentes	Pescoço
	Ataxicos	Corticóide
Estado Mental	Alargado	Alergia
Diagnóstico	Operatório	Estado Físico
anestesia Anteriores	Manoel Bahia	CTM

Medicação Pré-Anestésica: 9mg 50 10

Aplicada às: _____

Efeito: _____

Agentes Anestésicos	Líquidos	Indução	Excit	Tosse
02				

CÓDIGO	Retlexos na So	Excit	Vomitos
x - P. Arterial			
o - Início da Anestesia			
o - Início da Operação			
o - Fim da Anestesia			
o - Fim da Operação			
● - Pulso			

Posição: 0

Agentes: Xyloc. 0.9. 20ml

Técnicas: Ag. p/ro. Basquin + Sufentanil

Operação: triquinó curvil en fêmea rotunda ES

Cirurgiões: Dr. Claudio Tupinã

Anestestistas: Dr. Manoel Bahia

Observações: Oper. 09:30

Perda Sanguinea: _____

ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS



RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Francineide PRONTUÁRIO: _____
 UNIDADE: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 INÍCIO DO TRATAMENTO: _____ DATA DA ALTA: _____

RESUMO CLÍNICO:

Fator de risco

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

TERAPÊUTICA UTILIZADA: PPV

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA:

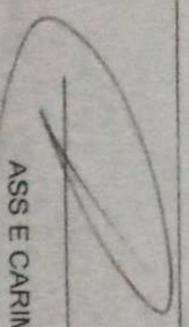
MELHORADO: _____ CURADO: _____ INALTERADO: _____ OUTROS: _____

RETORNO EM: 25/10/2010 NÃO RETORNARÁ: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

OUTRAS RECOMENDAÇÕES: Beber 9 litros

AQUIRAZ 050210


 ASS E CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

PACIENTE: MICHELE SANTOS DE SOUSA		CNS: 704506345787518	PA201907043792
DATA DE NASCIMENTO: 21/09/1997	IDADE: 22 Ano(s), 3 Mes(es), -7 dia(s)		SEXO:
MÃE: BERLENE SANTOS DE SOUSA	OCUPAÇÃO:		
ENDEREÇO:		MUNICÍPIO: CASCAVEL	
TELEFONE CONTATO: 85989040698		CPF: 08753143337	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO:	PROFISSIONAL:	DATA-HORA					
FR:	SATO ₂ :	PA:	FC:	T:	Dx:	ECG:	DOR: X/6
PRIORIDADE:							

ATENDIMENTO CLÍNICO

Dados clínicos (Histórico e Exame Físico):

Pericula de Pseudotumor

Alergias:

Exames:

Código	Descrição	Solicitação	Urgente	Coleta
--------	-----------	-------------	---------	--------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO

Item	Descrição	Aprazamento / Checagem
------	-----------	------------------------

Aquiraz, Sábado, 14 De Dezembro De 2019

JOSE RIBAMAR DE LIMA
CRM: 9408

CONDUTA / DESFECHO DO ATENDIMENTO

Rx Controlado B1
Rx para Tomozelo B

Jose Ribamar de Lima
MÉDICO
CRM: 9408 *RL*



PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante: **HG Manoel Assunção Pires**
 2 - CNES: **2156413915**
 3 - Nome do Estabelecimento Executante: **HG Manoel Assunção Pires**
 4 - CNES: **2156413915**

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente: **Michale Santos de Sousa**
 6 - Nº do Prontuário: **211-829**
 7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): **201075082111-4**
 8 - Data de Nascimento: **27/09/97**
 9 - Sexo: Masc. Fem.
 10 - Raça/cor: **Clara**
 11 - Nome da Mãe: **Berlene Santos de Sousa**
 12 - Telefone de Contato: **986322934**
 13 - Nome do Responsável: **Berlene Santos de Sousa**
 14 - Telefone de Contato: **989104106981**
 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): **Ca Ponga Feuda Pindoretama**
 16 - Município de Residência: **-**
 17 - Cód. IBGE Mun.: **-**
 18 - UF: **CE**
 19 - CEP: **61700000**

Justificativa da Internação

0 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos: **Prun - Frieira oleosa E**
 21 - Condições que Justificam a Internação: **TDY**
 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados): **17**
 23 - Diagnóstico Inicial: **Frieira oleosa E**
 24 - CID 10 Principal: **S50**
 26 - CID 10 Secundário: **-**
 26 - CID 10 Casas Ass.: **-**

Procedimento Solicitado

1 - Descrição do Procedimento Solicitado: **TSS**
 28 - Cód. do Procedimento: **040810210547**
 29 - Clínica: **CIRURGICA**
 30 - Caráter da Internação: **URGÊNCIA**
 31 - Documento: CNS CPF
 32 - N Doc. (CNS/CPF) do Profis Solic./Ass.: **-**
 33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente: **-**
 34 - Data da Solic.: **03/02/2020**
 35 - Ass. e Carimbo (N do Registro do Conselho): **-**

Preenche em caso de causas externas (acidente ou violências)

36 - Acidente de trânsito
 37 - Acidente de trabalho típico
 38 - Acidente de trabalho trajeto
 39 - CNPJ da Seguradora: **-**
 40 - Nº do Bilhete: **-**
 41 - Série: **-**
 42 - CNPJ Empresa: **-**
 43 - CNAE da empresa: **-**
 44 - CBOR: **-**
 45 - Vínculo com a Previdência:
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador: **-**
 47 - Cód. Órgão Emissor: **-**
 48 - Documento: CNS CPF
 49 - Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador: **-**
 50 - Data da Autorização: **10/01/20**
 51 - Assinatura e Carimbo (Nº do registro do conselho): **-**
 52 - Nº da Aut. de Internação Hospitalar: **-**

SUS 704 5063 4578 7518 26



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE AQUIRAZ

BOLETIM DE ADMISSÃO

NÚMERO

233.820

NÚMERO DA AIH		INTERNAÇÃO		PARTO OU OPERAÇÃO		SAÍDA/PERMAN.		
DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO
03	02	2020				03	02	2020

NOME: Michele Santos de Sousa IDADE: 27 SEXO: F ESTADO CIVIL: Sol

ENDEREÇO: Andaraiana Caranga Funda 92632834 do lat fort TELEFONE: PROFISSÃO: NATURAL:

PAI: MÃE: Berlene Santos de souz

NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DE CONHECIDO EM AQUIRAZ

INTERMEDIAMENTOS ANTERIORES	EM OUTROS HOSPITAIS	CATEGORIA	MÉDICO ASSISTENTE	TELEFONE
S	N	A.I.S	DE elaudio	

RESPONSÁVEL: ENDEREÇO: TELEFONE:

HISTÓRIA CLÍNICA: fratura olecranon

PROVÁVEL: DIAGNÓSTICO: fratura olecranon DEFINITIVO:

RESULTADO	FALECIDO	ADM PI DIAGN
NENHUM		
TRANSFERIDO	MELHOR	CURADO
CAUSA MORTIS	PRIMÁRIA	SECUNDÁRIA

CONDICÕES DE ALTA	A PEDIDO	OBITO	PERMANECE
CURADO	MELHOR	REMOVEDO	
LAUDO MÉDICO			

CID: S55 TABELA ASSM: 15502010

ASSINATURA: [Signature] VISTO DATA:

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Foi uso de antibiótico: Sim Não qual o tipo de antibiótico? Nome Comercial:

Tempo de uso: Doseagem:

fez cultura e antibiograma? Sim Não Nome do laboratório:

Foi sensível ao antibiótico em uso? Sim Não Teve ou não antibiótico? Sim Não

Em caso afirmativo, porque?

Qual da póe operatório que foi diagnosticada a infecção?

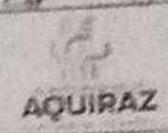
Condições de alta em relação a infecção? Curado Melhorado Instaurado

Observações:

Michele Santos de Sousa

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: _____
 DATA: 4.2.70



CIRURGIA: *Trat. cir. F. l. Cotovelo Esquerda*
 CIRURGIÃO: *Dr. Claudio* 2º AUXILIAR: _____
 1º AUXILIAR: _____ ANESTESISTA: *Dr. Nelson*

MEDICAMENTOS E MATERIAIS

NOMES	Quant	NOMES	Quant
Água Oxigenada ml	<	Luvas	<
Álcool Iodado ml.	<	Lâmina Bisturi	
Álcool Puro ml.		Cateter de Peridural	
Éter Sulfúrico ml.	<	Dreno Penrrouse N°	
Formol ml.		Dreno Keer	
Soapex ml.		Equipo Infusão	
Asseptol ml.		Equipo Transfusão	
Germinol ml.		Scalp	
Clorohex ml.		Bisturi Elétrico	
Povidine ml (Degermante)		Seringas Descartáveis 10 cc	
Soro Fisiológico Tubos		Seringas Descartáveis 20 cc	
Xylocaina c/ Adrenalina		Torneira Tree Way	
Xylocaina s/ Adrenalina		Surgicel	
Xylocaina Pesada		Máscara Descartável	<
Merthiolate ml.		Gelfoan	
Algodão Ortopédico cm.		Gelco	
Atadura de Crepon 10 cm.		Aboccat	
Atadura de Crepon 20 cm.		Cateter p/ Oxigênio	
Atadura de Gesso 10 cm.		Lâmina 'Gilete'	
Atadura de Gesso 20 cm.		Rolos Dentais	
Gase Alcochoada		Irujol Pomada grs.	
Gase Compressas 10 x 10	<	Furacin Pomada grs.	
Algodão Hidrófilo grs.		Soro Glicosado 5% 500ml tubos	
Compressas Cirúrgicas pequenas		Aguilha Descartável	<
Compressas Cirúrgicas Média	<	Malha Tubular 3 cm Metro	
Compressas Cirúrgicas Grande		Malha Tubular 20 cm. Metro	
Chumacinhos		<i>Fio de nylon n° 7,0</i>	2
Esparadrapo cm	<	<i>Fio de cartilagem</i>	1
Micropere cm.			
Fio Cat Gui Cromado 2-0			
Fio Cat Gui Cromado 4-0			
Fio Cat Gui Simples 2-0			
Fio Cat Gui Simples 4-0			
Fio Mononylon 2.0 c/ag.			
Fio Mononylon 4-0 c/ag. <i>3-0</i>	X		
Fio Mononylon Oftalmico 9 0			
Fio Mononylon 7.0 (cardiaco)			
Fio de Aço			
Fio Prolene			
Fio Vicril <i>D</i>	X		
Fio Sutupak			
Fio Algodão O			
Fio Algodão 2 0			
Fio Algodão 10-20-40			
Fio Seda			
Fio Mononylon incolor			
Sonda Nelaton			
Sonda Traqueal			
Sonda Filley 3 vias			
Sonda Filley			
Sonda Nasogástrica			



FOLHA DE ANESTESIA

HMA - PACIENTE: **ENFERMARIA** LEITO: **Idade** **Sexo** **Cor** **Nº PRONTUÁRIO**

Nome: **Michelle Santos da Silva**

Data: **04/02/20**

Pressão Arterial: **120x80**

Pulso: **70**

Temperatura: **36,5**

Respiração: **18**

Hemoglobina: **12**

Hematócrito: **38**

Glicemia: **100**

Urêia: **15**

Cúrios: **15**

Urina: **Normal**

Aparelho Respiratório: **Asma**, **Bronquite**

Aparelho Circulatorio: **Eletrcardiograma**

Aparelho Digestivo: **Dentes**, **Pescoço**, **Aparelho Urinário**

Estado Mental: **Ataxicos**, **Corticoide**, **Alergia**, **Hipotensores**

Diagnóstico: **Operatório**, **Alta**, **Risco**

Diagnóstico Anteriores: **Alta**, **Risco**

Medicação Pré-Anestésica: **50** **10**

Aplicada às: **10:00**

Efeito: **Normal**

Agentes Anestésicos	Líquidos	Indução	Excit	Tosse
02				

CÓDIGO	Reflexos na So	Obstr	Co2	Excit	Vomitos
260					
240					
220					
200					
180					
160					
140					
120					
100					
80					
60					
40					
20					

Legend:
 x - Início da Anestesia
 ⊗ - Fim da Anestesia
 ○ - Início da Operação
 ⊙ - Fim da operação

Legend:
 x - P. Arterial
 ● - Pulso

Operação: **Procedimento cirúrgico em fêmea rotulada 65**

Agentes: **Propofol, Sevoflurano, Sufentanil**

Observações: **Perda Sanguínea**



RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Francineide PRONTUÁRIO: _____
 UNIDADE: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 INÍCIO DO TRATAMENTO: _____ DATA DA ALTA: _____

RESUMO CLÍNICO:

Fator de risco

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

TERAPÊUTICA UTILIZADA: PPV

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA:

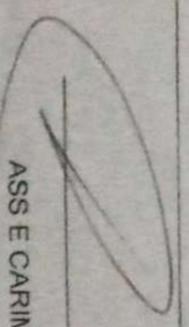
MELHORADO: _____ CURADO: _____ INALTERADO: _____ OUTROS: _____

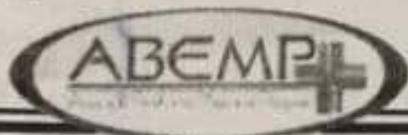
RETORNO EM: 25/10/2010 NÃO RETORNARÁ: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

OUTRAS RECOMENDAÇÕES: Beber 9 litros

AQUIRAZ 050210


 ASS E CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIA E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Alto para os devidos fins,
que Michele Santos de Sousa
foi vítima de trânsito, ao
frenado brusco do motorista
Sr. Foi submetido a exames
fúnebres com fios de Kirschner.
Apresenta alto defeito com
dois os movimentos de fle-
xo-estensão, e, Adução
do ombro de movimentos. Per-
tanto, com sequelas permanentes.

22.07.2020

Francisco Rodrigues Filho
CRANIOLOGIA - TRANSMITOLÓGICA
RUA JOÃO CONRADO, 363 - Pajuçara - Ceará - Fone: (85) 98705-3716
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23009.005898/85-51

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

216091997

Nascimento

MICHELE SANTOS DE SOUSA

Nome

087.531.433-37

Numero

COMPROVANTE DE INSCRICAO

Cadastro de Pessoas Fisicas

Receita Federal

MINISTERIO DA FAZENDA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COMPANHIA DE IDENTIFICACAO E REACTIVACAO DE IDENTIFICACAO



POLÍCIA DEPARTAMENTAL

MICHELE SANTOS DE SOUSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2087509211-4

DATA DE EMISSAO 15/02/2019

NOME MICHELE SANTOS DE SOUSA

SEXO FEMININO

ENDERECO MICHELE SANTOS DE SOUSA

CIDADE/FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 21/09/1997

CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: MURUBIM TERMO: 8020416 FOLHA: 0002
V. LIVRO: 00A-20 FORTALEZA - CE

2 VIA

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P. 121

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - CE Nº 015385394789
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIS 1 280499124 000000000 2019

FRANQUEAMENTO FERRERA DA SILVA
RUA DE ...
INDICADAS / 72

04789884303
PLACA: MN24019/CE

CHASSI: 9C2RC16705E331339

ESPÉCIE TIPO: COMBUSTÍVEL
MOTOR / MODELO: 150 FTX EST

ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2011

CATEGORIA: PASSEIO
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

VENO / COTAS: 2

PREMIO TAFIÁRIO (R\$) 89,11
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,13
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05

DATA DE REGISTRO: 09/10/2019
LOCAL: SÃO CARLOS

1301 FORTES

Este é uma cópia de um documento assinado eletronicamente pelo DETRAN/CE. Para mais informações, consulte o site do DETRAN/CE.

CE Nº 015385394789 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04789884303 MN24019 / CE

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

15385394789 2750618457

04789884303
EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 09/10/2019

CHASSI: 9C2RC16705E331339

PREMIO TAFIÁRIO: 40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,13

CUSTO DO SEGURO (R\$): 40,05

DATA DE CANCELAMENTO: 30/09/2019

SEURADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: RC1577B331339

015385394789
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

ASSINATURA

MN24019
COD. RENAVAM 280499124

241032/50



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MICHELE SANTOS DE SOUSA
 DATA DO ACIDENTE 14/12/2019 CPF DA VÍTIMA 087.531.433.37
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR CAPONGA FUNDA, SN CAPONGA FUNDA
 Nº _____ COMPLEMENTO PINDORETAMA BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATORIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO NA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 12.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANTIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 11/03/2020
 NOME _____
 ASSINATURA _____

Handwritten signature: Anderson Silva
ANDERSON SILVA
 ANDERSON SILVA
 ANDERSON SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200117528 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER) PG3 ANEXO 3
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @1- LAUDO

SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO PARA O COTOVELO ESQUERDO.

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 - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200117528 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER) PG3 ANEXO 3
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO PARA O COTOVELO ESQUERDO.

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 - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200117528 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO. PG. 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200117528 **Cidade:** Pindoretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO. PG. 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

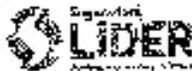
Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Condição da(s) lesão(ões) ou acidente(s): DANOS (PREJUÍZOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENÇÃO DE RECURSOS) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do contrato ou ASI: 0825314337 3 - CPF de vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA 4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PARA DEBÍTA NORMAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/RESPONSÁVEL/RESPONSÁVEL LEGAL) - CONDIÇÃO STATUS: IN-ACÓRDÃO

5 - Nome completo: MICHELE SANTOS DE SOUSA 6 - CPF: 0825314337
7 - Profissão: DULCE 8 - Endereço: CAROLINA FUNDA 9 - Número: 31A 10 - Complemento:
11 - Bairro: CAROLINA FUNDA 12 - Cidade: DIMDORÉTAMA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 62860000
15 - E-mail: 0825314337

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR DO) PARA VÍTIMA/RESPONSÁVEL MÓRTE: NÃO SE APLICA POR NÃO TER MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM ELIÇÃO

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CN do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Observação: Para todos os fins de efeito, receber no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECURSO INFORMAR R\$2.000,00 A R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE CONTA BANCÁRIA: CONTA POLISSÍNCRONA (somente para os bancos citados. Anote uma opção) CONTA CORRENTE (todas as opções)

Banco (257) Itaú (341) Banco do Brasil (204) Caixa Econômica Federal (104)
ASÉNCIA: 4161 0 CONTA: 16063 6 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito de validação) (informar o dígito de validação) (informar o dígito de validação) (informar o dígito de validação)

Autuação a Seguradora Líder a creditar, de conta bancária informada, de monta titularidade, o valor da indenização/reparação do Seguro DPVAT a ser devido, recebendo o valor, desde que o mesmo seja a transferência do crédito, quitação feita do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LITÍGIO DO IML - PRESENÇA DE LITÍGIO OU NÃO PARA OBTENÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
 O IML que atenda a região do acidente ou de minha residência não realize perícias para fins da Seguro DPVAT; ou
 O IML que atenda a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Foi me, no presente, autuada o pagamento de indenização de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, considerando, desde já, em sua submissão a avaliação médica dos médicos da Seguradora Líder para verificação de existência e magnitude das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.324/74, art. 3º, §1º, de modo que esta submissão não significa prova concordância com o valor ou decisão médica ou jurídica ou com o valor da indenização, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LITÍGIO DE PRESENTIMENTO SEMPRE SEM COBERTURA DE MORTE

25 - Gostei de participar com a vítima 26 - Vítima deixou compenheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tiver filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tiver irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
Nome: Nome: Nome: Nome: Nome: Nome: Nome: Nome:
Filhos: Filhos: Filhos: Filhos: Filhos: Filhos: Filhos: Filhos:
Parentes: Parentes: Parentes: Parentes: Parentes: Parentes: Parentes: Parentes:
Parentes: Parentes: Parentes: Parentes: Parentes: Parentes: Parentes: Parentes:

Se não preencher que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente que se apresentarem e provarem a ocorrência, mediante termo, anexo, de que no atual estágio ou de qualquer outro estágio não haverá a possibilidade de gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, sem de responsabilidade civil por ato ilícito decorrente do artigo 2º do Código Penal.

34 - Assinatura do Autor: 35 - Nome completo de quem assina a região pedida:
36 - CPF: legível de quem assina a região pedida: 37 - (*) Assinatura de quem assina a região pedida:
38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:
41 - Assinatura da vítima/autorizante (se declarante): Michele Santos de Sousa
42 - Assinatura do Procurador (se não for):

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117528

Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHELE SANTOS DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117528

Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MICHELE SANTOS DE SOUSA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois os entregues não permitem a leitura das informações. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117528

Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MICHELE SANTOS DE SOUSA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117528

Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MICHELE SANTOS DE SOUSA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na Investprev Seguradora S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117528

Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE SANTOS DE SOUSA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Recebedor: **MICHELE SANTOS DE SOUSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000004161-0**

Conta: **000010016063-8**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117528

Vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE SANTOS DE SOUSA

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\$ 843,75

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: **MICHELE SANTOS DE SOUSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000004161-0**

Conta: **000010016063-8**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AGI: _____ 3 - CPF da vítima: 087 531 43397 4 - Nome completo da vítima: MICHELE SANTOS DE SOUSA

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

5 - Nome completo: MICHELE SANTOS DE SOUSA 6 - CPF: 087 531 43397
7 - Profissão: DULAR 8 - Endereço: CAPOA FUNDA 9 - Número: 310 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CAPOA FUNDA 12 - Cidade: DIRMORETAMA 13 - Estado: CERRA 14 - CEP: 6236000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (85) 9285 78375

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:
 RECURSO 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

CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (943)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (108)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito ou código) (Informar o dígito ou código)

CONTA CORRENTE (todas as bancas)
Nome do BANCO: NORDESTE
AGÊNCIA: 00221 CONTA: 00023222
(Informar o dígito ou código) (Informar o dígito ou código)

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

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

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 de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com nenhuma avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 Sim Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou netos/netas (netos/netas)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Profissão legal da vítima ou beneficiário não assinado
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, _____
Michele Santos de Sousa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)