

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 **WEB1.20.01346468-0** em **23/07/2020 14:46:34**.
- 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 : 0237128-30.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01346468-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 23/07/2020 14:46:34

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* : 2736111_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2736111_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-13.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)



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:

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

087 531 4333 MICHELE SANTOS DE SOUZA

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

5 - Nome completo:

MICHELE SANTOS DE SOUZA

6 - CPF:

087 531 43337

7 - Profissão:

DULCE

8 - Endereço:

CAPOA FUNDA

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CAPOA FUNDA

12 - Cidade:

DIMORETAMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

6236000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

087 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 POUPOANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (343)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (108)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: NORDESTE

AGÊNCIA: 00221

CONTA: 00023222

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ 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 LIDER 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 qualquer avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO 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?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura 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 SOUZA

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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

087 531 4333 MICHELE SANTOS DE SOUSA

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

5 - Nome completo:

MICHELE SANTOS DE SOUSA

6 - CPF:

087 531 43337

7 - Profissão:

DULCE

8 - Endereço:

CAPOA FUNDA

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CAPOA FUNDA

12 - Cidade:

DIMORETAMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

6236000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

087 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\$1.000 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 POUPOANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (343)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (108)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: NORDESTE

AGÊNCIA:

00221

CONTA:

00023222

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ 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.

Por 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 LIDER 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 qualquer avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO 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?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura 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)

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: 16/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE SANTOS DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04161-0

CONTA: 000010016063-8

Nr. da Autenticação 34FDEE6E04606B65

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: 07/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE SANTOS DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04161-0

CONTA: 000010016063-8

Nr. da Autenticação D7EE9E114B36DF63

8932260

A Tarifa Social da Energia Elétrica
filiada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enel

Para efetuar seu atendimento, utilize o número
destinado para contato com o cliente.Companhia Energética de Goiás
R. A. Pedro Ferreira, 283
CEP 08100-000 - Goiânia, GO
CNPJ 07.067.251/0001-70 | CEF 08.100.000-0

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GIDRO B | SÉRIE ÚNICA | 041064096

Rota PD020064 - 121250

Referência 11/2019

Nome MICHELA SANTOS DE SOUSA

Endereço RUA PEDRO FERREIRA NASCIMENTO, 20000 - 80000,
CAMPINA FUNDA, 62860-000, P. MORETAKA

Classificação Residência, Baixa Renda

Modalidade Tarifária R1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 28/11/2019
Medidor 6205784 E1E-626

ÁREA RESERVADA AO FISCAL

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

DATAS DE LETURA

Anterior 28/11/2018

DADOS DE MEDIÇÃO

Posto	Leit. Ant.	Leit. Atual	Dif. Lit.	Consumo Med. (kWh)	Consumo Fato. (kWh)	Consumo Est. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
05	1.364	1.375	11	11	11	11	0,2793	3,07

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - TLOM PUB PREF MUNIC

PIS COMPL BX RENDA

COFINS COMPL BX RENDA

DESCONTO BAIXA RENDA

CONSUMO SEM SUBVENÇÃO

CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 050 KWH

CONSUMO DE 050 KWH ATÉ 100 KWH

CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH

ADICIONAL BAND. AMARELA

ADICIONAL BAND. VERMELHA

CDB DEDUÇÃO ART - 3292 4444

Valor (R\$)
15,02
0,02
0,09
-26,48
26,40
5,29
21,25
3,63
0,0057
0,24
2,31
56,70

Tributo	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

CPF/CNPJ 087.531.433-37

Emissão de CO₂ (kg/kWh) Compensação de emissões

para consumo de energia elétrica

Emissão (kg CO₂) Compensada (kg CO₂)

42,16 0,00

Consumo Equivalente (kWh) 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 172) e o envio aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorre a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 474/10 Art. 173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Para o cancelamento da suspensão, favor desconsiderar este aviso. N° Cliente: 00800897260.

DEBÍTO ANTERIOR
R\$ 89,94
R\$ 0,00
Total: R\$ 89,94

Períodos: Band. Tarif. 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 FALÉ COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS. REANTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. F. DÍMOS DESCLUPAS PELO TRANSTORNO





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: 24/10/2020 NÃO RETORNAR: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

OUTRAS RECOMENDAÇÕES: _____

AQUIRAZ _____

ASS E CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL



035

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: Berlene Santos de Sousa

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM)

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

SAT: 99% FR: mfp ATENDER ATÉ

AValiação QUANTITATIVA DA DOB

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



HISTÓRIA CLÍNICA:

☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ASSINATURA/CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

H.D.A.: Cortura orbital, queda de mola e seu
capacete, Glasgow 15; Puro.

DIAGNÓSTICO:

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

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

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO
Médico Paulo Fernandes
CRM 151237-04
CRM 151237-04

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
01/02/2014 02/02/2014 03/02/2014 04/02/2014 05/02/2014 06/02/2014 07/02/2014 08/02/2014 09/02/2014 10/02/2014 11/02/2014 12/02/2014 13/02/2014 14/02/2014 15/02/2014 16/02/2014 17/02/2014 18/02/2014 19/02/2014 20/02/2014 21/02/2014 22/02/2014 23/02/2014 24/02/2014 25/02/2014 26/02/2014 27/02/2014 28/02/2014 29/02/2014 30/02/2014	01/02/2014 02/02/2014 03/02/2014 04/02/2014 05/02/2014 06/02/2014 07/02/2014 08/02/2014 09/02/2014 10/02/2014 11/02/2014 12/02/2014 13/02/2014 14/02/2014 15/02/2014 16/02/2014 17/02/2014 18/02/2014 19/02/2014 20/02/2014 21/02/2014 22/02/2014 23/02/2014 24/02/2014 25/02/2014 26/02/2014 27/02/2014 28/02/2014 29/02/2014 30/02/2014	01/02/2014 02/02/2014 03/02/2014 04/02/2014 05/02/2014 06/02/2014 07/02/2014 08/02/2014 09/02/2014 10/02/2014 11/02/2014 12/02/2014 13/02/2014 14/02/2014 15/02/2014 16/02/2014 17/02/2014 18/02/2014 19/02/2014 20/02/2014 21/02/2014 22/02/2014 23/02/2014 24/02/2014 25/02/2014 26/02/2014 27/02/2014 28/02/2014 29/02/2014 30/02/2014

RECEITUÁRIO

ASSUNÇÃO MÊDIO

ASSUNÇÃO - que se recebe

Santo e bom 24,

no tabaco requir

e freio e afilado,

que a APT Orléans

afim de 4/10/2019.

CIA 5529

CLÁUDIO EUFRÁSIO
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 Pericardite

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

o RxC (controle B)
RxC (controle B)

Jose Ribamar de Lima

MÉDICO

CRM: 9408



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	2 - CNES
HG Manoel Assunção Pires	2156413915
3 - Nome do Estabelecimento Executante	4 - CNES
HG Manoel Assunção Pires	2156413915

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente	6 - Nº do Prontuário
Michelle Santos de Sousa	211-829
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)	8 - Data de Nascimento
2010715082111-4	27/09/97
9 - Sexo	10 - Raça/cor
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato
Berlene Santos de Sousa	9863221934
13 - Nome do Responsável	14 - Telefone de Contato
Berlene Santos de Sousa	9891041016981
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - Cód. IBGE Mun.
Ca Ponga Feuda Pindoretama	
16 - Município de Residência	18 - UF
	CEP
	617101010

Justificativa da Internação

0 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
Prun - Faltas de sono			
21 - Condições que Justificam a Internação			
TDY			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)			
17			
23 - Diagnóstico Inicial	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Casas Ass.
Falta de sono	SSN		

Procedimento Solicitado

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Cód. do Procedimento		
TSU	0410810121015417		
29 - Clínica	30 - Caráter da Internação	31 - Documento	32 - N.º Doc. (CNS/CPF) do Profis Solic./Ass.
CIRURGICA	URGÊNCIA	() CNS () CPF	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solic.	35 - Ass. e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)	
	03/02/2020		

Preenche em caso de causas externas (acidente ou violências)

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

Autorização

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



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		IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL
Michele Santos de Sousa		27	F	Sol
ENDEREÇO		PROFISSÃO	NATURAL	
Andaraiana Caranga Funda 98632834 do lat fort				

PONTO DE REFERÊNCIA

PAI	MÃE
	Barlene Santos de Souza

NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DE CONHECIDO EM AQUIRAZ

INTERNAÇÕES ANTERIORES	EM OUTROS HOSPITAIS	CATEGORIA	MÉDICO ASSISTENTE	TELEFONE
S N	S N	A.I.S. de claudio		

RESPONSÁVEL	ENDEREÇO	TELEFONE

HISTÓRIA CLÍNICA

febre - oleum t

PROVÁVEL	DIAGNÓSTICO	DEFINITIVO
febre - oleum t		

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

CONDIÇÕES DE ALTA						
CURADO	MELHOR	REMOVEDO	INDISCIPLINA	A PEDIDO	OBITO	PERMANECE
LAUDO MÉDICO						

CID	TABELA ASSM	MÉDICO	ASSINATURA	HOSPITAL	VISTO DATA
S551	040820547				

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 ☐	Germe isolado da cultura	
Foi sensível ao antibiótico em uso?	Sim ☐ Não ☐	Trouxeu de antibiótico?	Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, porque?

Qual das póis operatório que foi diagnosticada a infecção?

Condições de alta em relação a infecção?

Observações

Curado ☐ Melhorado ☐ Instaurado ☐

Michele Santos de Sousa

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DATA:

4.2.70

AQUIRAZ

CIRURGIA:

Urd. Cir. Frel. Catete to Esqueleto

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 Nº	
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 nº 7,0	2
Esparadrapo cm	<	Fio de catetagem	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		
Fio Mononylon Oftalmico 9 0			
Fio Mononylon 7.0 (cardiaco)			
Fio de Aço			
Fio Prolene			
Fio Vicril	D		
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			

UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

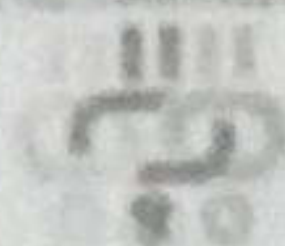
UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

EVOLUÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES

AQUIRAZ



Nome

Michelle Santos da Silva

Nº Prontuário

Clinica

Apto.

Enfermaria

Leito

Q

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudanças de diagnósticos, condições ao ser dada alta, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data

Evolução

Rúbrica

03/02/2020

M.S. km alta. Examinado à 21h por médico -

SN

Truque cirúrgico, logo no exame E logo cirurgia -

2. como resultado. Afirmação quanto ao exame total -

Madia B. (arquivo)
Enfermeira
COREN 209 12

04/02/20

Examinado por ac.

Examinado por ac.

07/02/20

Examinado por ac.

05/02/20

Examinado por ac.

04/02/2020

Ruínas do ac em 10h20. Procedimento si intra-

coração. mantendo 55v/ status. Examinado,

examinado, valores dados, exames em ac.

Examinado por ac.

05/02/2020

Examinado por ac.

Examinado por ac.

Examinado por ac.

Examinado por ac.



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

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: Prq

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA: _____

CONDIÇÕES DE ALTA:

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

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

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

OUTRAS RECOMENDAÇÕES: Prq e 25/10/2010

AQUIRAZ 050210

[Assinatura]
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 Pneumotórax

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

Q RxC contínuo B1
RxC 1x - Torozelo B

Jose Ribamar de Lima

MÉDICO

CRM: 9408



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	2 - CNES
HG Manoel Assunção Pires	21564131515
3 - Nome do Estabelecimento Executante	4 - CNES
HG Manoel Assunção Pires	21564131515

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente	6 - Nº do Prontuário
Michelle Santos de Sousa	211-829
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)	8 - Data de Nascimento
2010715082111-4	27/09/97
9 - Sexo	10 - Raça/cor
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato
Berlene Santos de Sousa	98632219314
13 - Nome do Responsável	14 - Telefone de Contato
Berlene Santos de Sousa	9891041016981
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - Cód. IBGE Mun.
Ca Ponga Feuda Pindoretama	
16 - Município de Residência	18 - UF
	CEP
	617101010

Justificativa da Internação

0 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
Prun - Faltas de sono			
21 - Condições que Justificam a Internação			
TDY			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)			
17			
23 - Diagnóstico Inicial	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Casas Ass.
Falta de sono	SSN		

Procedimento Solicitado

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Cód. do Procedimento		
TSU	0410810121015117		
29 - Clínica	30 - Caráter da Internação	31 - Documento	32 - N.º Doc. (CNS/CPF) do Profis Solic./Ass.
CIRURGICA	URGÊNCIA	() CNS () CPF	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solic.	35 - Ass. e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)	
	03/02/2020		

Preenche em caso de causas externas (acidente ou violências)

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

Autorização

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



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		IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL
Michele Santos de Sousa		27	F	Sol
ENDEREÇO		PROFISSÃO	NATURAL	
Andrelana Caranga Funda 98632834 do lat fort				

PONTO DE REFERÊNCIA

PAI	MÃE
	Barlene Santos de Souza

NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DE CONHECIDO EM AQUIRAZ

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

RESPONSÁVEL	ENDEREÇO	TELEFONE

HISTÓRIA CLÍNICA

febre - oleosidade

PROVÁVEL	DIAGNÓSTICO	DEFINITIVO
febre - oleosidade	PTM	

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

CONDIÇÕES DE ALTA						
CURADO	MELHOR	REMOVEDO	INDISCIPLINA	A PEDIDO	OBITO	PERMANECE
LAUDO MÉDICO						

CID	TABELA ASSM	MÉDICO	ASSINATURA	HOSPITAL	VISTO DATA
S551	04082020				

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 ☐	Germe isolado da cultura	
Foi sensível ao antibiótico em uso?	Sim ☐ Não ☐	Trouxeu de antibiótico?	Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, porque?

Qual das póis operatório que foi diagnosticada a infecção?

Condições de alta em relação a infecção?

Observações

Curado ☐ Melhorado ☐ Instaurado ☐

Michelle Santos de Sousa

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DATA:

4.2.20

AQUIRAZ

CIRURGIA:

Urol. Cir. Feil. Catete to Esquente

CIRURGIÃO:

Dr. Claudio

2º AUXILIAR:

1º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

Dr. Luciane

MEDICAMENTOS E MATERIAIS

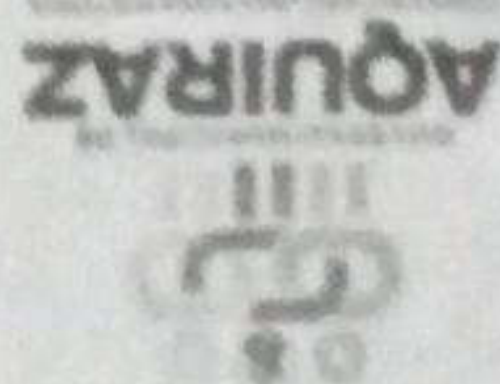
NOMES	Quant	NOMES	Quant
Água Oxigenada ml	<	Luvas	<
Álcool Iodado ml.	<	Lâmina Bisturi	
Álcool Puro ml.		Cateter de Peridural	
Éter Sulfúrico ml.	<	Dreno Penrrouse Nº	
Formol ml.		Dreno Keer	
Soapex ml.		Equipo Infusão	
Asseptol ml.		Equipo Transfusão	
Germinol ml.		Scalp	
Clorohex ml.		Bisturi Elétrico	
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 Catete nº 7,0	2
Esparadrapo cm	<	Fio de catetagem	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		
Fio Mononylon Oftalmico 9 0			
Fio Mononylon 7.0 (cardiaco)			
Fio de Aço			
Fio Prolene			
Fio Vicril	D		
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			

Scanned by TapScanner

EVOLUÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL GERAL MANOEL ASSUNÇÃO PIRES



Nome

Michelle Santos da Silva

Nº Prontuário

Clinica

Apto

Enfermaria

Leito

Q

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudanças de diagnósticos, condições ao ser dada alta, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data

Evolução

Rúbrica

03/02/2020

M.S. km alta. Examinado à 21h por médico -

SN

Truque cirúrgico, logo no exame E logo cirurgia -

2. como resultado. Afirmação quanto ao exame total -

Madia B. (arquivo)
Enfermeira
COREN 209 12

04/02/20

Examinado pl. ac.

Enfermeira
Enfermeira
COREN 209 12

05/02/2020

04/02/2020

Ruínas do ac em 10h20. Procedimento si intra-

coração. mantendo 55v/ estresse. Examinado,

examinado, valores dados, exames em se.

Segu si guem, com exames.

05/02/2020

Est. recebeu alta à 8h. Saio da Uni-

ade acompanhamento de evolução. Quarta-

cas + RAT. Recebido no -

Enfermeira
Enfermeira
COREN 209 12



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

RELATÓRIO DE ALTA

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

RESUMO CLÍNICO:

Fator aleatório

EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:

TERAPÊUTICA UTILIZADA: PRG

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA:

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

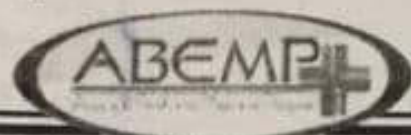
RETORNO EM: 25/10/2010 NÃO RETORNAR: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

OUTRAS RECOMENDAÇÕES: PRG e 25/10/2010

AQUIRAZ 050210

[Assinatura]
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 veículo
carro. Foi submetido a exames
físicos com fins de Kinesioterapia.
Apresenta alto déficit de
força nos movimentos de flexão-
extensão, e/ou abdução
do ombro de movimentos per-
manente, com sequelas permanentes.

22.07.2020

Francisco Rodrigues Filho
CRM: 20220/2020
CRM: 20220/2020

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

21/09/1997

Nascimento

MICHELE SANTOS DE SOUSA

Nome

087.531.433-37

Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Cadastro de Pessoas Físicas

Receita Federal

MINISTÉRIO DA FAZENDA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COFENADORA DE IDENTIFICAÇÃO E FÉRMAS BICÉFALAS

POLEGAR DIREITO

POLEGAR PLACENTAR

Michele Santos de Sousa.

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2087509211-4 DATA DE EMISSÃO 15/02/2019

NOME MICHELE SANTOS DE SOUSA

PREÇO

RENOME SANTOS DE SOUSA

PORTALMANS CE

CERT. NASCIMENTO CARTÃO: M00000416 FOLHA: 0002
V. LEVRO: Q0A-20 FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 21/09/1997

2 VIA

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P.: 121

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

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

DIS 1 280499124 000000000 2019

FRANCESSIMON PEREIRA DA SILVA
RONDREIPIRÁ / CE

04789884303 10004019/CE
PLACA ANT. DE 028K167058331339

ESPÉCIE TIPO: FAS/MOTOCICLO 150 FAS EST.

ANO FAB. 2010 ANO INC. 2011

CAT. MOT / CIL. 150 CIL. 150

COT. ÚNICA 2

PREMIO TAFIÁRIO (R\$) 0.32

PREMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE EXPIRANTE 30/09/2019

LOCAL 09/10/2019

1001 FORTALEZA

CE Nº 015385394789 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04789884303 10004019 / CE

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

15385394789 27506185457

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/10/2019

04789884303 10004019

280499124 028K167058331339

2010 09

PREMIO TAFIÁRIO

R\$ (R\$) 35.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.13

PAGAMENTO 0.32

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

15385394789

015385394789
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE DE

ASSINATURA



0001-RENAVAM
280499124

241032/50



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

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)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) 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 LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) 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\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. 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, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

11/03/2020

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

André Silva
11/03/2020

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.

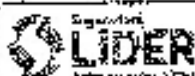
**Documentos
complementares:**

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

Selecione a(s) opção(s) da ocorrência:

☐ OBITO (RESPOSTAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTE/ÓRFA)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF de vítima:

4 - Nome completo da vítima:

08253143397 MICHELE SANTOS DE SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PARA O RENDIMENTO NORMAL DA PESQUISA DE VÍTIMA/EMPREGADO/REPRESENTANTE LEGAL - CONDIÇÃO STATUS: 01/03/2022

5 - Nome completo:

MICHELE SANTOS DE SOUSA

6 - CPF:

08253143397

7 - Profissão:

DULCE

8 - Endereço:

CAROLINA FUNDA

9 - Número:

314

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CAROLINA FUNDA

12 - Cidade:

DIMORETAMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

62860000

15 - E-mail:

08253143397

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR DO) PARA VÍTIMA/EMPREGADO/REPRESENTANTE LEGAL - 15 ANOS OU MENOS COM ELABORAÇÃO

16 - Nome completo do Representante Legal:

17 - Profissão do Representante Legal:

Ocultar, por todos os fins de direito, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

18 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA OCORRÊNCIA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00

☐ R\$1.501,00 A R\$2.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.500,00

☐ ACIMA DE R\$2.000,00

19 - BANCO:

☒ CONTA POLPANTE (somente para bancos atômicos. Anote uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

ASÉNCIA:

4161

0

CONTA:

16063

6

ASÉNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar, de minha titularidade, de minha titularidade, o valor da indenização/reparação do Seguro DPVAT, ou do valor devido, recebendo-o a prazo, desde que eu assine a autorização de crédito, quitando todo o valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LITÍGIO DO IML - PRESENÇA IMPEDIRÁ O PAGAMENTO PARA OBTENÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Não há IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realize perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realize perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo presente, declaro, sob as penas da lei, que não tenho conhecimento de qualquer outro processo de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, ocorrido desde 01/01/2019, em que eu não tenha sido beneficiário de qualquer indenização ou pagamento de qualquer natureza, por qualquer motivo, em qualquer caso, sob pena de anulação do direito de indenização, com a consequente perda do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LITÍGIO DO IML - PRESENÇA IMPEDIRÁ O PAGAMENTO PARA OBTENÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Gostei de participar com a vítima

24 - Vítima deixou compenheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

25 - Se a vítima deixou compenheiro(a), informar nome completo:

26 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

27 - Se vítima deixou compenheiro(a), informar nome completo:

28 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

29 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

30 - Se vítima deixou compenheiro(a), informar nome completo:

31 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Seu cliente ou quem a Seguradora Líder pagar, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, ocorrer desde 01/01/2019, em que eu não tenha sido beneficiário de qualquer indenização ou pagamento de qualquer natureza, por qualquer motivo, em qualquer caso, sob pena de anulação do direito de indenização, com a consequente perda do valor recebido.

32 - Nome completo de quem assina a região pedida

33 - CPF: legível de quem assina a região pedida

34 - Assinatura de quem assina a região pedida

35 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Michele Santos de Sousa

Assinatura da vítima/empregado (assinante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

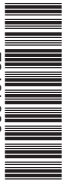
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

087 531 4333 MICHELE SANTOS DE SOUZA

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

5 - Nome completo:

MICHELE SANTOS DE SOUZA

6 - CPF:

087 531 43337

7 - Profissão:

DULCE

8 - Endereço:

CAPOA FUNDA

9 - Número:

310

10 - Complementos:

11 - Bairro:

CAPOA FUNDA

12 - Cidade:

DIMORETAMA

13 - Estado:

CEARA

14 - CEP:

6236000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

087 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 POUPOANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (343)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (108)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: NORDESTE

AGÊNCIA: 00221

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00023222

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ 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 LIDER 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 qualquer avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO 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?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura 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 SOUZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)