
Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190437516

Vítima: DAIANE BATISTA GOMES

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAIANE BATISTA GOMES

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190437516

Vítima: DAIANE BATISTA GOMES

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAIANE BATISTA GOMES

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, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190437516

Vítima: DAIANE BATISTA GOMES

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAIANE BATISTA GOMES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE
Impresso nº 2019420250

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 569 - 621 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/06/2019 14:01:33**
Data / Hora da Ocorrência: **25/05/2019 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **BR 240**
Complemento:
Bairro:
Município: **VARZEA ALEGRE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DAIANE BATISTA GOMES**
Nascimento: **11/10/1991** CPF:
RG: **2007005048379** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ZENEIDE BEZERRA BATISTA GOMES**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
Endereço: **RUA JOAQUIM FELIX, 177**
Bairro: **ZEZINHO COSTA**
Município: **VARZEA ALEGRE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POR6039** Uf: **CE** Município: **LAVRAS DA MANGABEIRA** Chassi:
9C2KC2200KR028702 Renavam: **1176983129** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN** Ano Fabricação:
2018 Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA**
Proprietário: **REGILANE RIBEIRO DA SILVA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Advertido (a) das sanções penais a respeito da denúncia caluniosa e da falsa comunicação de crime. Art. 340 e 342 do Código Penal Brasileiro. Informa a vítima acima qualificada que na data, hora e local supra, seguia na garupa da motocicleta **HONDA CG 160 FAN**, (de cor **CINZA**, de placa **POR6039** de Renavam **1176983129**, de chassi **9C2KC2200KR028702**, registrado em nome de **REGILANE RIBEIRO DA SILVA**, e pilotada por **FRANCINILDO ADERSON SABINO RIBEIRO** cnh1764742220, sentido sanharol/Varzea Alegre, quando um cachorro atravessou na frente da motocicleta, sendo que vinham a colidir com o cachorro, e caíram ao solo; Que foi socorrida pelo próprio condutor da motocicleta para o Hospital São Raimundo desta cidade, onde consta que foi vítima de acidente automobilístico, e transferido para outro hospital de fraturas na região do cariri; Que diante do acidente consta no prontuário de atendimento médico que apresentava exposição de falange desfal em 4º quírodacilo E; Que, possui como testemunhas de tal acidente as pessoas de **ANTONIO CESAR GONÇALVES FELIX** (RG: 2000099063370, SSP/CE) residente na Rua Vicente Alves Costa, 334, Varzea Alegre/CE e **FRANCISCO ANDERSON DA SILVA SANTOS** (RG: 10828496 SSP/PE), residente NA RUA FRANCISCO DE FREITAS 361, Varzea Alegre/CE; Que, não esteve internado em caráter particular,

DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE

Consolidado em: 26/06/2019 14:07:12

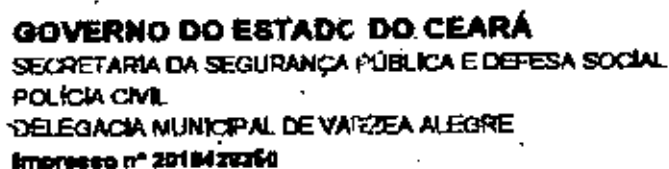
Pág. 1 de 2

Impresso em: 26/06/2019 14:07:12

RECEBIDO

15 JUL 2019

Seguradora Líder DPVAT



tendo seu atendimento hospitalar sido realizado pelo S.U.S; Que, devido a tal acidente teve gastos com a compra de medicamentos e deslocamento para consultas; E, nada mais havendo, encerrou-se o presente BO.//

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA ELIANE NUNES FREITAS - MAT.: 3011101X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DANIEL MACEDO LEITE - MAT.: 300796-1-2



Certidão de nascimento



Certidão

PODER JUDICIÁRIO

Raimundo de Norões Milfont Neto

ESCRITURAS - PROCURAÇÕES - REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO DE IMÓVEIS - CASAMENTOS - NASCIMENTOS - ÓBITOS
AUTENTICAÇÕES E RECONHECIMENTO DE FIRMAS

OFÍCIO DE NOTAS E DE REGISTROS DA SEDE DA COMARCA DE VÁRZEA ALEGRE - CE
Rua Dr. Leandro Correia, 184 - Centro - Fone: (88) 541.1545 - CEP: 63540-000 - Várzea Alegre - Ceará

Alexandre de Lavôr Norões

OFICIAL DE NOTAS E REGISTROS

Maria Zilda de Lavôr Norões - Cícera Lima da Silva
ESCREVENTES SUBSTITUTAS

Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. **168 v.**, do Livro **A - 25**, sob Nº de Ordem **23.295**, foi lavrado o assento do nascimento de **DAIANE BATISTA GOMES** do sexo **feminino**, nascida no dia **11 (onze)** de **outubro** de **mil novecentos e noventa e um (1991)**, às **16** horas e **45** minutos, na **Casa de Saúde São Raimundo Nonato**, nesta cidade

filha de **Francisco Gomes da Silva**
e de Dona **Zeneide Bezerra Batista Gomes**
sendo avós paternos **Antonio Gomes da Silva**
e Dona **Francisca Maria da Conceição**
e maternos **Cicero Batista**
e Dona **Cícera Bezerra Batista**

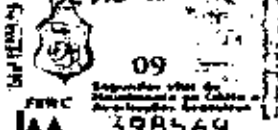
o assento foi lavrado em **07** de **agosto** de **1992**, tendo sido declarante **a mãe da registrada**, serviram de testemunhas **Maria Gonçalves da Costa de Freitas e Tereza Júlio Frutuoso**

Observações:

VALIDO QUANTO COM SELLO DE AUTENTICAÇÃO

O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.

Várzea Alegre - CE, 20 de **março** de **2007**.



OFÍCIO DE NOTAS E DE REGISTROS
Rua Dr. Leandro Correia, 184 - Centro - CEP: 63540-000
Alexandre de Lavôr Norões
OFICIAL
Várzea Alegre - Ceará

Cícera Lima da Silva
Cícera Lima da Silva
ESCREVENTE SUBSTITUTA

14330


Hospital São Raimundo
SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DIRETOR CLÍNICO: Dr. Vitorino Jr. CRM: 15
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Camargoella CRM: 15
 RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: Jana Lúcia DATA: 25/05/19
 NÚMERO DA TRANSFERÊNCIA: _____
 DESTINO: _____

AUTORIZAÇÃO:
DADOS DO PACIENTE

NOME: Daiane Batista Gomes CNS: 160119589110003
 DATA DE NASCIMENTO: 11/10/1991 NATURALIDADE: Paraná, Ilhore
 Nº DO DOCUMENTO: 2007005048379 (VRG () CPF () REGISTRO DE NASCIMENTO
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____
 PAI: João Gomes da Silva
 MÃE: Fernanda Bezerra Batista Gomes
 RESPONSÁVEL: a mãe
 ENDEREÇO: Av. Vicente Juvier Costa, 272, Jd. do Timent

DADOS DA INTERNAÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura Exposta 4º Quirodactilo E
 () MÉDICA () CLÍNICA CIRÚRGICA () UTI () UTI NEO () OBSTÉTRICA
 () PEDIATRIA () CLÍNICA NEUROLÓGICA () CLÍNICA TRAUMATOLÓGICA

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor no 4º dedo da mão esquerda, com fratura exposta, perda da função do dedo, ferida aberta.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente interna de acidente motociclista, com fratura exposta do 4º dedo da mão esquerda.

Ana Lígia de Moraes
 Enfermeira
 COREN-CE 370368

TRIAGEM NEUROLÓGICA

	SIM	NAO
Alteração da fala		☒
Alteração da marcha		☒
Perda de força de um lado do corpo ou formigamento		☒
Alteração do comportamento		☒
Dificuldade de compreender ou de se expressar		☒
Alteração da visão		☒
Vertigem		☒

PA: 120 x 80 mmHg, T: 36 °C, GLUCEMIA: _____ mg/dL, P: _____ bpm,

FR: _____ irpm, SAT O₂ _____ % ESCALA DE GLASGOW 15

CONVULSÃO: () SIM (X) NÃO

RENAL/DIURESE: () OLIGÚRIA, () ANÚRIA, () IRC, () HEMODIÁLISE

HEPÁTICO: () SEM ALTERAÇÕES () INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

ENDÓCRINO: () DIABETES () TIREOIDOPATIA () GLICEMIA

Nº DO CLIENTE
8881572

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

 A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438
 de 20 de abril de 2002.

 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07.047.261/0001-70 | CCE 06.105.848-0

enel
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 578333120

Rote 09 12170 15 157000 - 0 Data de Emissão 14/06/2019

Nome ZENEIDE BEZERRA BATTISTA GOMES

End. Postal JOAQUIM FELIX 00177

SEM BAIRRO 1217-170 - VARZEA ALEGRE - 03540000

Medidor 5133719

Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 984734683-68

CGF

Nome do Responsável

DATA	DATA	DATA
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura
Jun/2019	14/06/2019	17/07/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

 Veja o índice de qualidade da conta:
 Conjunção: 100%
 Mes: 100%
 DICEI = 0.00 P

FECHAMENTO	FECHAMENTO	FECHAMENTO
Bem de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
77,06	7,00%	20,80

Mês	Pedido Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,87	18,15	20,39	0,00	0,00	0,00
FIC	3,73	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,86			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

S20C.7303.001E.703F.9F46.7E50.9650.C35E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Corr. L.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Tel.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 26999	26899	1,00	100	0,00	1,00	0,77063	77,06
14/06/19	15/05/19		30 dias		100		77,06

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	77,06
MULTA MORATORIA REF 05/2019	1,67
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	6,46

Comprovante de residência



VENCIMENTO	24/06/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	85,19
------------	------------	---------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Energia	24,72
Transmissão	2,06
Distribuição	17,45
Encargos Gerais	3,96
Tributos (PIS/COFINS)	23,57
TOTAL	77,06

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Mês	Consumo (kWh)	Mês	Consumo (kWh)	Mês	Consumo (kWh)	Mês	Consumo (kWh)	Mês	Consumo (kWh)	Mês	Consumo (kWh)
103	100	109	100	112	108	101	107	103	101	98	86

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emissão (kg CO ₂)	Compensação (kg CO ₂)	Compensação Efetiva (%)
39,04	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O PAGAMENTO

CONTAS EM ATRASO

Proteja-se!
 NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
 Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil em atraso,
 devido o detalhamento do boleto, o não pagamento da dívida, bem como
 a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias
 após a emissão deste, conforme previsto na Res. AEEEL 414/10, Art. 1º,
 § 2º e c/c 173, bem como o envio das informações aos órgãos de proteção
 ao crédito e cartório de protesto. Caso da falta efetuada o pagamento,
 favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES	
Mês/Ano	Valor (R\$)
05/2019	109,30
Total	109,30

Conta desta fatura R\$ 2,77 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,95%

Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. Informações: www.enel.gov.br

Nº do Cliente: 8881572-2 Referência: Jun/2019
 Data de Emissão: 14/06/2019 Total a Pagar (R\$): 85,19
 Nº da Nota Fiscal: 578333120 Nº do Controle: 0008881572 00017 39192 96
 836900000000-5 85190031000-1 00088815720-7 00173919270-0



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

EU, Regilane Ribeiro da Silva

RG nº 2007027652-2, data de expedição 08/11/2007

Órgão SSP, portador do CPF nº 049.488.193-36

com domicílio na cidade de Várzea Alegre, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Vicente Alves Costa, nº 264

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Daiane Batista Gomes, cujo o condutor era

Franclindo Anderson Salino Ribeiro

Veículo: Moto Modelo: Fox 160 Ano: 2018

Placa: POR 6039 Chassi: 9C2KC2200KR028702

Data do Acidente: 25/05/19

Local e Data: Várzea Alegre - CE 09-07-2019

Assinatura do Declarante

Franclindo Anderson Salino Ribeiro

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: DAIANE BATISTA GOMES

IDADE...: 27a 7m

Nº ATENDIMENTO: 558252

DATA DO RECEITUÁRIO: 26/05/2019

MÉDICO...: DIEGO TEIXEIRA BRITO

USO ORAL:

1 - CEFALEXINA 500MG ----- 28CP
TOMAR 1CP DE 6/6H POR 7 DIAS

2 - CETOPROFENO 100MG ----- 10CP
TOMAR 1CP DE 12/12H POR 5 DIAS

RETORNAR DIA 12/06 - 09H - RETIRAR PONTOS - RX DA MÃO

Crato, 26 de maio de 2019

Dr. Diego Teixeira Brito
Osteodonto / Traumatologia /
Cirurgia da Mão e Cirurgia
CRM-CE 19167-CE

DIEGO TEIXEIRA BRITO CRM:19167-CE

Documentação médica - hospitalar



FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES / HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
AV. TEODORICO TELES Nº99, CENTRO | CRATO-CE | CEP: 63.100-160
TEL: 088 3523.2600 | www.hsrainundo.com.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: DAIANE BATISTA GOMES

IDADE...: 27a 8m

Nº ATENDIMENTO: 561429

DATA DO RECEITUÁRIO: 12/06/2019

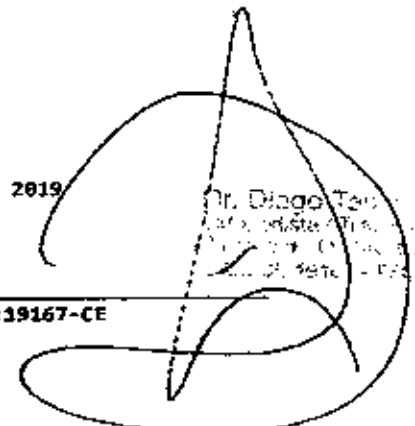
MÉDICO...: DIEGO TEIXEIRA BRITO

FISIOTERAPIA: 30 SESSÕES

HD: AMPUTAÇÃO FALANGE DISTAL DO 4 QRD

SUGIRO ANALGESIA

Crato, 12 de junho de 2019


DIEGO TEIXEIRA BRITO CRM:19167-CE

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES / HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
AV. TEODORICO TELES Nº99, CENTRO | CRATO-CE | CEP: 63.100-160
TEL: 088 3523.2600 | www.hsraimundo.com.br

SIVA - SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA INTEGRADA DE VÁRZEA ALEGRE **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS CEARÁ**

1. Preencher esta ficha em 2 vias
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientar para retornar com a 1ª via à Unidade Origin

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital São Raimundo
 Distrito Sanitário: _____

Nome: Daiane Batista Gomes Prontuário N° _____
 Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 27 Ocupação: Do lar
 Endereço: Av. Frank Alves Costa, 272 Bairro do Tenente Fone: (88) 9441

Motivo do Encaminhamento: Acidente de trânsito por qualificação do condutor com fratura exposta de 1º dedo da mão (D) e Resultado de Exames: racha de ponta de dedo, parte distal

Conduta já Realizada

Impressão: Impressão

Assinatura do Encaminhante

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência

Data

Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência

Município:

Prontuário N°

Alta

Resumo Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

Secundário 2

Conduta Realizada

Proposta de Conduta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐

Assinatura do consultante - N° Registro

Função

Data

FICHA CADASTRAL DO PACIENTE

PRONTUÁRIO: 00086125 CNS-CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 160119689110003
PACIENTE: DAIANE BATISTA GOMES Pront.: 00086125
ENDEREÇO: AV. VICENTE ALVES COSTA, 272
BAIRRO: ALTO DA PREFEITURA
CIDADE: VARZEA ALEGRE CEP: 63.540-000.
DT. NASC.: 11/10/1991 IDADE: Idade: 27 anos, 7 meses e 14 dias
NATURALIDADE: VARZEA ALEGRE
SEXO: FEMININO COR: PARDA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)
PROFISSÃO: DO LAR
RG: 2007005048379 CPF: 042.921.563-01 Fone: (88)9411-3186
CERTIDÃO: NASCIMENT N° CERTIDÃO: 2395
PAI: FRANCISCO GOMES DA SILVA
MÃE: ZENEIDE BEZERRA BATISTA GOMES
RESPONS.: DAIANE BATISTA GOMES Pront.: 00086125
PARENTESCO: A PRÓPRIA
DATA DO CADASTRO: 30/09/2013

T-13430017948

Ar 22:59 hr

Tranquilizada em vaga zero p/ o HSR
por fratura exposta.

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente no Hospital São Raimundo são confidenciais e protegidas por legislação vigente, sendo assim, a liberação das cópias de prontuários só serão realizadas com a devida autorização do paciente ou de seu representante legal, sob autorização da lei. Desta forma, o acesso (total ou parcial) a quaisquer informações do prontuário do paciente somente será possível mediante a apresentação de consentimento, por escrito, do paciente ou de seu representante legal. Havendo qualquer tipo de impedimento do paciente, a autorização para acesso às informações do prontuário seguirá a seguinte ordem:

- Representante legal atuante de direito.
- Tutor, no caso de menores
- Autoridade Judicial ou policial.

Segundo o parecer nº 6/10 do Conselho Federal de Medicina, a liberação do prontuário de paciente falecido só deve ocorrer mediante decisão judicial ou requisição dos Conselhos de Medicina (Federal e Regional). Salvas as exceções descritas, existe outra que decorre do ordenamento jurídico: os representantes legais de pessoas que não têm aptidão para praticar pessoalmente os atos da vida civil, como por exemplo, os pais de um menor de idade. Devem ser apresentados no momento da retirada do documento:

- Se pelo próprio paciente: documento de identificação com foto e assinatura.
- Se por terceiros e paciente lúcido: autorização do paciente, escrita de próprio punho, com firma reconhecida (o portador deve apresentar um documento de identificação com foto).

Os prazos estabelecidos para a entrega do documento solicitado são:

- Cópia integral ou parcial de prontuários: 30 (trinta) dias úteis, contados a partir da data do protocolo do pedido. Se por algum motivo, este prazo não puder ser cumprido será justificado a parte interessada estabelecendo um novo prazo que não ultrapasse os 40 dias (úteis).
- Declarações: 7 (sete) dias úteis.

Casos de extrema urgência, se comprovada, deverão ser submetidos à apreciação da Coordenação do SAME para análise da possibilidade de atendimento em menor prazo.

Os documentos ficarão disponíveis para retirada por 30 (trinta) dias. Após este período, os mesmos serão devolvidos para o SAME.

VALORES - CÓPIA INTEGRAL OU PARCIAL DE PRONTUÁRIOS EM PAPEL: R\$ 9,30 POR PÁGINA.

OBS 01: anexar à requisição cópia de documento que comprove o grau de parentesco indicado, se for o caso.

OBS 02: devido à alta demanda de solicitação de cópias, fornecer o pedido ao cliente uma vez em um período de 03 meses, torna-se inadequável. Portanto, ao receber a cópia do prontuário, atendimento ou exames, antes de enviar para Seguradora ou qualquer que seja o destino, por precaução, queira guardar uma cópia em seu poder.

A solicitação deve ser feita pessoalmente no hospital de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h. O paciente precisa dirigir-se à recepção/ Serviço Social do Hospital. Para outros esclarecimentos, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), responsável pelos prontuários, atende no telefone: 88-3523-2600.

Na oportunidade, o solicitante se comprometer, sob as penas da lei, a não divulgar ou dar publicidade as referidas cópias, exceto para fins de solicitações jurídicas.

SOLICITAÇÃO

TIPO:

(☒) CÓPIA INTEGRAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO

(☐) CÓPIA PARCIAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO: QUAL PARTE? _____

(☐) DECLARAÇÃO. QUE TIPO DE DECLARAÇÃO? _____

DESCREVER O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DADOS DO SOLICITANTE E PACIENTE:

O solicitante é:

(☒) Próprio Paciente

(☐) Responsável pela Internação do Paciente

(☐) Representante Legal do Paciente

(☐) Autoridade Judicial ou Policial

Nome Completo do Paciente: Dairane Batista Gomes

RG: 2007005048379

Nome Completo do Solicitante: _____

RG: _____

Telefone para Contato: 94411-8186

Período em que o paciente ficou internado no HSR: 26/05/19

Data da Solicitação: 12/06/19

Assinatura do Solicitante: Dairane Batista Gomes

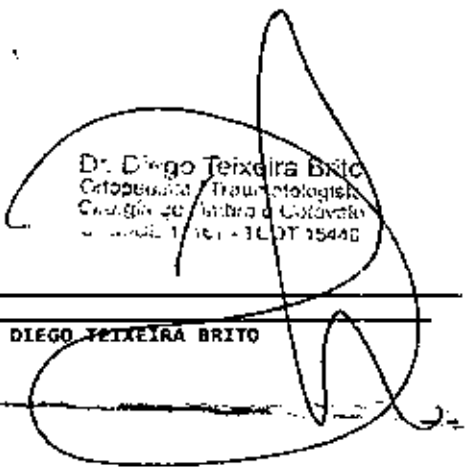
Funcionário responsável pela solicitação ao SAME: _____

Thaís Viana de Albuquerque 12/06/19

ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que **DAIANE BATISTA GOMES**
esteve em atendimento nesta unidade, necessitando de afastamento das suas
atividades laborais durante **30 (TRINTA)**
dias, a partir desta data.

CID: S68.1


Dr. Diego Teixeira Brito
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgião de Mão e Colômbia
CRM: 11.161 - RCDT 15446

Dr(a) **DIEGO TEIXEIRA BRITO**

Crato, 26 de maio de 2019

Ass. Paciente

Documentos de identificação



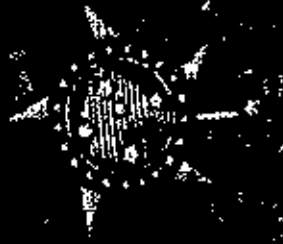
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria do Registro Federal

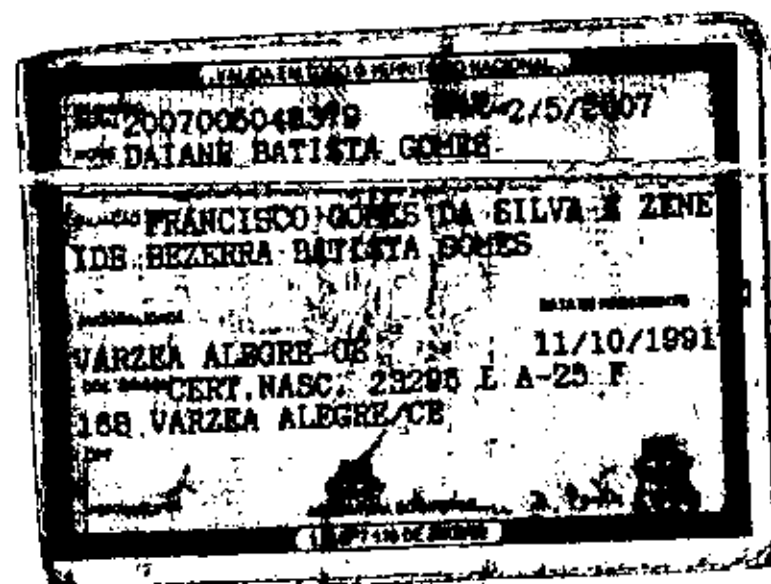
CPF

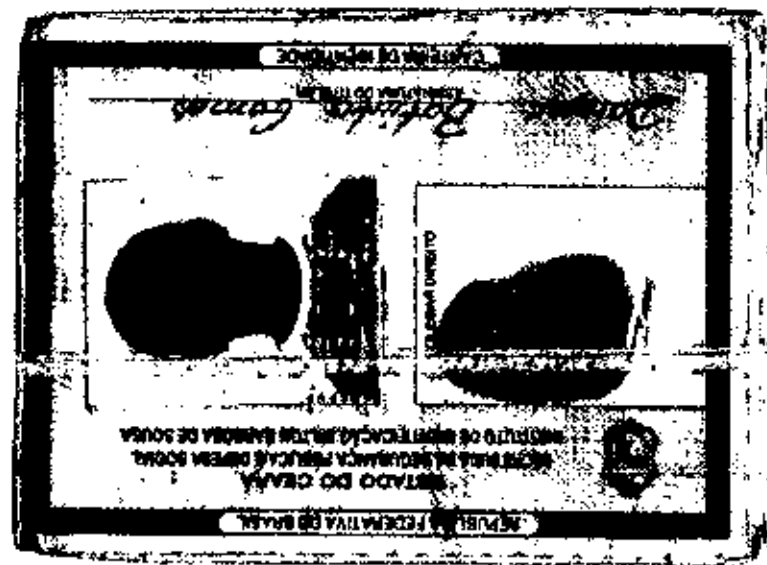
042.921.56-01

DAIANE BATISTA DINES

11/09/1991







você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela distração.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

DEL. REG. DO TRABALHO
PREFEITURA MUNICIPAL

VARZEA ALEGRE

CONVENIO



Número 054.999 Série 00061 CE

A. Daliane Batista Gomes
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Daliane Batista Gomes
Loc. Nasc. Varzea Alegre Est. CE Data 11/10/1971
Filiação Francisco Gomes da Silva
Leirane Bezerra Batista Gomes
Doc. Nº CE-73.295 PA-1684 C-11-25 C-12-04

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 1/1/1971 Doc. Ident. Nº 1
Exp. em 1/1/1971 Estado CE
Obs.: DRT CE
Data Emissão 27/10/1971
Francisco Alen Bezerra
Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245348/19

Vítima: DAIANE BATISTA GOMES

CPF: 042.921.563-01

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAIANE BATISTA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DAIANE BATISTA GOMES : 042.921.563-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/07/2019
Nome: DAIANE BATISTA GOMES
CPF: 042.921.563-01

DAIANE BATISTA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE
Impresso nº 2019428237



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 569 - 621 / 2019

GUIA Nº 569 - 95 / 2019

VARZEA ALEGRE, 26 de junho de 2019

Natureza do Exame: CORPO DE DELITO

Requisito à Perícia Forense o exame LESÃO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:

Nome: DAJANE BATISTA GOMES

Nacionalidade: BRASIL

Data de Nascimento: 11/10/1991

Grau de Instrução: 2o. GRAU COMPLETO

Filiação: FRANCISCO GOMES DA SILVA

ZENEIDE BEZERRA BATISTA GOMES

Documento de Identificação: RG

Órgão Emissor: SSPDS

Residência: RUA JOAQUIM FELIX, 177, ZEZINHO COSTA - VARZEA ALEGRE/CE

Local da Ocorrência: BR 230 - VARZEA ALEGRE/CE

Data e Hora da Ocorrência: 25/05/2019 19:00

Observação: EXPOSIÇÃO DE FALANGE DESFAL EM 4º QUIRODACFILO E

Laudo para: DELEGACIA MUNICIPAL DE VARZEA ALEGRE

Naturalidade: VARZEA ALEGRE/CE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: VISITADORA SOCIAL

Número: 2007005046379

UF: CE

DELEGADO(A) DANIEL MACÊDO LEITE - 300796-1-2

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi a Guia de número 569 - 95 / 2019 em _____

X *Dajane Batista Gomes*

Impresso em: 26/06/2019 14:05:40

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARTERA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
FRANCISILDO ADERSON SABINO RIBEIRO	
	DOC IDENTIFICAÇÃO / CND IDENTIFICAÇÃO 2002029188242 689
	CPF 041.984.392-03
	DATA DE NASCIMENTO 21/06/1986
	NOME VALDEIRY ANDRADE RIBEIRO FRANCISCA ADERSON SABINO RIBEIRO
SEX M	COR AB
Nº IDENTIFICADORA 06160597091	DATA DE EMISSÃO 02/04/2024
DATA DE VALIDADE 21/06/2014	
SEM OBSERVAÇÃO	
ASSINATURA DO DETENTOR _____	
LOCAL IGUAZU, CE	DATA 08/04/2019
ASSINATURA DO EMPREGADO _____	
CEARA	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245348/19

Vítima: DAIANE BATISTA GOMES

CPF: 042.921.563-01

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAIANE BATISTA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DAIANE BATISTA GOMES : 042.921.563-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/07/2019
Nome: DAIANE BATISTA GOMES
CPF: 042.921.563-01

DAIANE BATISTA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA