
Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719541

Vítima: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Data do Acidente: 01/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LUCILEIDE XAVIER

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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719541

Vítima: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Data do Acidente: 01/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUCILEIDE XAVIER

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 ombros

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: **MARIA LUCILEIDE XAVIER**

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

Banco: **001**

Agência: **000002253-5**

Conta: **000010043467-3**

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





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019841427



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3021 / 2019

Dados da Ocorrência

Boletim de ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/11/2019 16:58:51**
Data / Hora da Ocorrência: **01/11/2018 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT TOMÉ, ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **CURVA DO AEROPORTO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA LUCILEIDE XAVIER**
Nascimento: **04/08/1983** CPF:
CNH: **1548437010** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA XAVIER**
ANTONIO XAVIER FILHO
Endereço: **RUA VILA DE FÁTIMA, 309**
Bairro: **SÍTIO TOMÉ**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Afirma a declarante que seguia guiando a motocicleta acima discriminada, sentido Sítio Tomé - Limoeiro, quando passava pela curva conhecida por curva do aeroporto, perdeu o controle do veículo e caiu ao solo; QUE não recorda de como ocorreu o acidente e nem do momento em que foi socorrida, pois ficou desacordada; QUE foi socorrida pelo SAMU que prestou os primeiros atendimentos e a levou para o Hospital de Limoeiro; QUE por conta da gravidade das lesões a declarante foi transferida para o IJF em Fortaleza onde passou por procedimento cirúrgico no braço direito; Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Luiz Carlos de Araújo Maia - MAT.: 300115-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Ortônia Loucá Felix Xavier

VISTO DO DELEGADO(A) :

Francisco Adriano Pereira Souza - MAT.: 3012037

AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé:
Limoeiro do Norte-CE, 05 DEZ 2019

Avani Fernandes Maia - Tabelião
Del. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
Del. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituto
Ellyberlânia Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
Ryslane Rebelo Lima Alves - Esc. Compromissada
VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICAÇÃO





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



Comp. Reg. de Acidentes Declarados



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar a Sra. **MARIA LUCILEIDE XAVIER**, portadora do RG n.º 2001030077299, SSP-CE, inscrita no CPF n.º 013.854.873-05 dia 01/11/2018, às 19h10, Município de Limoeiro do Norte-CE, na localidade de Sítio Tomé, zona rural, próximo ao aeroporto, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo ~~removida~~ para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Lolola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 29 de agosto de 2019.

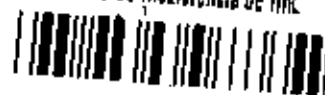

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de Inexistência de IRR



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Thiago Jefferson Silva Chaves

RG nº 2007.030030429, data de expedição 05/06/2007

Órgão SSPDS, portador do CPF nº 033.368.843-06

com domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua João Maria de Freitas, nº 2239

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

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

Maria Lucileide Xavier, cujo o condutor era

Maria Lucileide Xavier

Veículo: Moto Modelo: Honda/NXR 150 BROS ES Ano: 2012

Placa: PNI 5206 Chassi: 9C2KD0550CR573956

Data do Acidente: 01/11/2018

Local e Data: Limoeiro do Norte, 08 de dezembro de 2019

Thiago Jefferson Silva Chaves

Assinatura do Declarante

Maria Lucileide Xavier

Assinatura do Condutor

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

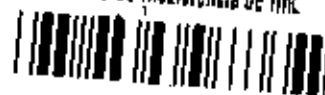


Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de Inexistência de IRR



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Thiago Jefferson Silva Chaves

RG nº 2007.030030429, data de expedição 05/06/2007

Órgão SSPDS, portador do CPF nº 033.368.843-06

com domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua João Maria de Freitas, nº 2239

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

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

Maria Lucileide Xavier, cujo o condutor era

Maria Lucileide Xavier

Veículo: Moto Modelo: Honda/NXR 150 BROS ES Ano: 2012

Placa: PNI 5206 Chassi: 9C2KD0550CR573956

Data do Acidente: 01/11/2018

Local e Data: Limoeiro do Norte, 08 de dezembro de 2019

Thiago Jefferson Silva Chaves

Assinatura do Declarante

Maria Lucileide Xavier

Assinatura do Condutor

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



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: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCILEIDE XAVIER

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02253-5

CONTA: 000010043467-3

Nr. da Autenticação 41CF5F519AC17DF5

Banco do Brasil	001-9
Beneficiário: G E M SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO	
Número Documento: 129241	
Vencimento: 30/12/2019	
Agência/Código do Beneficiário: 2628-2 / 00018569-6	
Nosso Número: 31624290000000156	
Valor Documento: 59,80	
(-) Desconto/Abatimento:	
(+/-) Moratória:	
(+/-) Outros Acréscimos:	
(+/-) Valor Cobrado:	
Login: mxcavler	
Pagador: MARIA LUCILEIDE XAVIER	
Agência no verso - Razão do Pagador	

Banco do Brasil	001-9	00190.00009 03162.429009 00000.156174 6 81190000005990			
Local de pagamento: Qualquer agência bancária até o vencimento					Vencimento: 30/12/2019
Beneficiário: G E M SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO E MULTIMÍDIA LTDA ME					Agência/Código do Beneficiário: 2628-2 / 00018569-6
Data do documento: 19/11/2019	Número documento: 129241	Espécie Doc.: DS	Acêto: N	Data processamento: 19/11/2019	Nosso número: 31624290000000156
Uso do boleto: 17	Carteira: R\$	Espécie: R\$	Quantidade:	Valor documento:	(=) Valor documento: 59,80
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) SR. CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,20 E JUROS DE R\$ 0,02 AO DIA.					(-) Desconto/Abatimento: (-) Outras Deduções: (+/-) Moratória: (+/-) Outros Acréscimos: (=) Valor Cobrado:
Pagador ID: 2047 - MARIA LUCILEIDE XAVIER - 013.854.873-05					Login: mxcavler
SITIO TOME - CASA					Autenticação mecânica - Ficha de Compensação
ZONA RURAL - LIMOEIRO - CE - CEP: 62930-000 - PROX A ESCOLA DE JOAO BATISTA - PROCURAR DE MARIA DE FREINHA					
Sacador/Avalista					
					

Comprovante de residência



Comprovante de residência em nome da vítima

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 015957	Atendimento 0002	Nome do Paciente MARIA LUCILEIDE XAVIER	CNS 898050028073608	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2001030077299		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Feminino
Data de Nascimento 04/08/1983	Local QUIXERE/CE	Idade 35 Ano(s)		
Pai ANTONIO XAVIER FILHO		Mãe MARIA DE FATIMA XAVIER		
Endereço SÍTIO TOME, 132	Bairro ZONA RURAL	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão AGRICULTORA	Empresa	Cônjuge		Telefone 88981510283
Responsável ANTONIA MARCIA XAVIER	CPF do Responsável	Endereço SÍTIO TOME, 132	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/11/2018	Hora 20:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DIEGO ONILTON COSTA SALES		CRM/UF 18191/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Acidente		Funcionário SORAYA DE JESUS ALBUQUERQUE		
Observação				
Sela	Data/Hora Liberação 01/11/18 às 00:26hs.	Tipo de Sela () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg) 120/90
				Oximetria (%)
				Glicemia (mg/dL)

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

Paciente, 35 anos, vítima de acidente de trânsito, trazida pelo pai com trauma e fraturas em membros superiores e inferiores, lesões em coluna de nível cervical, contusões e traumas locais, ferimentos e traumas em membros superiores e inferiores.

A- VA para os membros superiores e inferiores
B- Exame físico, neurologia e ortopedia
C- Exames de imagem: radiografia de coluna cervical, torácica e abdominal
D- ECG 15, perfil lipídico
E- Exames de urina e sangue

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas Doc 10
Limoeiro do Norte-CE, 06/11/2018

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura: N. ID 049477

DIEGO ONILTON COSTA SALES - CRM: 18191

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA MARCIA XAVIER

Exame físico
Exame MBD e MHI

1. SR 1000 ml FR 500 500
2. Dexametasona 4 mg/ml 1000 FR (21.00) ^{Ass}
3. Opromina 50 mg/ml 1000 FR (21.00) ^{Ass}
4. Tramal 100 mg + SR 1000 ml FR (21.00) ^{Ass}
5. Brevipol 1000 FR (21.00) ^{Ass}
6. Sol: 2 Rx de @ Crocodil,
 @ Mito 1000 AP 18 of ^{di. 1000}
 @ Celuro 10000 hml ^{di. 1000}
 @ Jolho 1 AP 18

7. SAT 5000 4 FR

Sarah...
 CORONEL 466 161

Dr. Diego Onilton Costa Sales
 MEDICO
 CREMEC 18191

Pete Umai 06 p... de Raro x

x Aut^a Nácia Xavier



**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 AUTENTICAÇÃO**

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fe Limoeiro do Norte-CE, 06 DEZ 2019

Assinatura

Avani Fernandes Maia - Tabelia
 Ref. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto
 Ref. Claudete Maria Fernandes Maia - Substituta
 Elybertário Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
 Rosilene Rabelo Lima Alves - Esc. Compromissada
 VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

HRDOLW

15420024819

Distrito Sanitário: _____

Município: Limoeiro

Nome: Marcos Lucivaldo Xavier

Prontuário Nº ato

Sexo: M ☐ F ☒

Idade: 35a

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Exatidão

Mentor

01/11/19

Dr. Diego Santos Costa
MEDICO
CREF 10000

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico

Especialidade: _____

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Data 1 / 11 / 19 Hora _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta 1 / 11 / 19

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 015957	Atendimento 0002	Nome do Paciente MARIA LUCILEIDE XAVIER	CNS 898050028073608	Guia de Autorização
Identidade: 2001030077289			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino
Data de Nascimento 04/08/1983	Local QUIXERE/CE	Idade 35 Ano(s)		
Pai ANTONIO XAVIER FILHO		Mãe MARIA DE FATIMA XAVIER		
Endereço SITIO TOME, 132		Bairro ZONA RURAL	CEP 62830-000	Município LIMOEIRO DO NORTE
Profissão AGRICULTORA	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone 889815102
Responsável ANTONIA MARCIA XAVIER	CPF do Responsável	Endereço SITIO TOME, 132	Município LIMOEIRO DO NORTE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/11/2018	Hora 20:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DIEGO ONILTON COSTA SALES			CRM/UF 18191/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA
Indicador de Atendimento			Funcionário SORAYA DE JESUS ALBUQUERQUE	
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação 02/11/18 às 00:26hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mpm) PA (mmHg) Oximetria (%) Glicemia (mg/dL)		

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

Paciente, 35 anos, vítima de
ocidente de trânsito, trazida pelo JMW
com trauma e desconforto em joelho
NMTI, trauma em coluna dorsal e
dóres, laceração e trauma em antebraço
Consciente, orientado.

- A- VA normais, curvado leve
- B- Exame físico, membros superiores
- C- Exame hemodinâmico
- D- ECG 15, pupila no ponto
- E- laceração em dorso, curvado

Andréa Gregório da Rocha
Coord. de Atendimento
Cep: 045800813-15

HD: Trauma TXX / KE

DIEGO ONILTON COSTA SALES CRM: 18191

Trauma: Vessel

Trauma: MPD e MNTI

Antônia Marcia Xavie

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA MARCIA XAVIE

1. SR 1000 ml FR ~~500~~ ~~500~~
2. Dexametasona 4mg 1800P FR ~~(21.00)~~ ^{Ass}
3. Opromor 50mg 1800P FR ~~(21.00)~~ ^{Ass}
4. Tramal 100mg + SFO, SR 100 ml FR ~~(21.30)~~ ^{Ass}
5. Bromoprida 180mg FR ~~(21.00)~~ ^{Ass}
6. Sol: 2 Rx de ① Crocodal,
② Antitoxop AP/P of ~~dedicad~~
③ Celuro toraco bombar ~~dedicad~~
④ Jorcho 8 AP/P

7 SPT 5000 u 2m

Sarah Oliveira
Enfermeira
CORP-CE 456.161

Dr. Diego Chilton Costa Sales
MÉDICO
CREMEC 18191

Pca Ivan 06 pinos de Pano x
x Auta Márcia Xavier

RÉGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 02/11/2018 02:42:32

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 708004300812322	NOME: MARIA LUCILEIDE XAVIER		Registro: 5587703		
CPF: 01385487305	RG: 20010300772	D. NASC: 04/08/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RACIA COR: Branca
NOME DA MÃE: MARIA DE FÁTIMA XAVIER			NOME DO PAI: ANTONIO XAVIER FILHO		
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: TOME		Nº: SIN	BAIRRO: CENTRO
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 34473135, 851510283	MUNICÍPIO: LIMOEIRO DO NORTE	UF: CE	CEP: 62830970	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: PAC VEO DE AMB DELMOIRO ANTONIA		PARENTESCO: SOBRINHA		TELEFONE: -	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADOR:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACIDENTE DE TRABALHO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista					
QUEIXAS: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NA CABEÇA + TORCÓLOMBAR + LACERAÇÃO NO ANTEBRAÇO D + PERDA DE CONSCIÊNCIA					
OBSERVAÇÕES: TCE/HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA E ESCORIAÇÕES					
SINAIS VITAIS: 0301010048					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PONTUAÇÃO NAS ESCALAS: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA					
ATENDIMENTO MÉDICO: 3					

Anamnese:

Suprimentos revisto após de moto C/TCE (perda de consciência)
do paciente

Exame Físico:

ECC: 14 P/p
Lento C/T perda de substância no MSD
e) Lombos em membros

Conduta:

+ TC cranio + mielox
- NO NEURO / C. Cerv

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
02/11/18	0301060029 CONSULTA MÉDICA COM OBSERVAÇÃO

Arquivo Geral IJF Esta Cópia
Contém Dados Originais

José Urbano da M. Pereira
Arquivo Geral IJF



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



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: MARIA LUCILEIDE XAVIER		ID Paciente: 5587703
Data de Nascimento: 04/08/1983	Idade: 35 anos	Sexo: F
Médico Solicitante: DR OTILIO		Data do Exame: 02/11/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação preservados
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Cisternas preservadas
- Fossa posterior sem alterações significativas
- Não evidenciado hematoma extra-axial
- Não evidenciado traço de fratura craniana.

Ervison Pacheco de Oliveira

ERVISON PACHECO DE OLIVEIRA
CRM 7566

Arquivo Geral UF - 1ª Cópia
Confere: [Assinatura]
Data: 09/06/2019
[Assinatura]
José Urbano Júnior - Médico
Arquivo Geral UF



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HRDDLW 15420021819
Distrito Sanitário: _____ Município: Limoeiro do Norte
Nome: Marcelo Lucio Xavier Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 35a Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Resultado de Exames:

Conduta Realizada:

Impressão Diagnóstica:

Agendamento

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade:

Profissional:

Unidade de Saúde:

Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: ____
Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico:

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ NÃO

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: debora.chaves - UNIDADE: HOSPITAL SAO RAIMUNDO - LIMOEIRO DO NORTE

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DE OCORRÊNCIA

Para retomar a lista de ocorrências clique em Voltar.

LOGIN

Jonasaraujo

NOME

JONAS ARAUJO E SILVA

DATA/HORA

01/11/2018 23:19

UNIDADE

IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

DESCRIÇÃO

Estabelecimento Executor Confirmou Reserva de
Leito. (IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA
CENTRAL).

Voltar

15430021819

ma Lucileide Xavier

11/12/2018

Guia de Atendimento 03



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro
Russas / Ceará

Clavícula



1800272146

SUS - SUS

Profissional: MARCELO
Setor: TRAUMA/ORTOPEDIA

GUIA DE ATENDIMENTO

Especialidade: TRAUMA/ORTOPEDIA
Consulta: URGÊNCIA

11/12/2018 09:19:24

Turno: DIURNO

Paciente: 00117020 - MARIA LUCILEIDE XAVIER

Sexo: M DN: 04/08/1983 - 35 A 4 M 7 D Est. Civil: Divorciada

Endereço: RUA - PADRE JOAQUIM DE MENESES - SN - ZONA RURAL - QUIXERE - CE - 62920000 - PROX A

Fone: (85) 336245595

CNS: 708004300812322 CPF: 013.854.873-05 Identidade: 2001030077289

Naturalidade: LIMOEIRO DO NORTE - CE

Ocup.: AGRICULTOR

Raça/Cor: PARDOS/CE

Nº. da Carteira:

Validade:

Autorização:

SisPreNatal:

Mãe: MARIA DE FATIMA XAVIER

Pai: ANTONIO XAVIER FILHO

Anotações de Outros Profissionais

Peso: _____ KG. Temp.: _____ °C. P.A. _____ mmHg D.X. _____

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO☐ LARANJA☐ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

Anotações Médicas

Conduta:

Diagnóstico:

Rx clavícula.
Fratura clavícula.

Atesto a realização do Atendimento de
acordo com os dados acima.

Maria Albetina da Costa
Recepção - HCSR

Assinatura do Paciente ou Responsável

Atendimento: 1800272146

Registrado por: maria.aubetiza

IMO - 13.00
Rx de CLAVICULA - 7.40

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS
Rua Dr. José Ramalho, 1436
CNPJ 07.716.011/0001-84
CONFERE COM ORIGINAL
21 / 07 / 2019
ARQUIVO



HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA

ADMINISTRAÇÃO: "Quero mais Qubreré"
Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 dias.
2. Ao receber a consulta ou atendimento entregar 2 vias ao médico orientando-o para retornar CC-9 e 1ª Via a unidade de origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: Unicrê - CE

Nome: Maria Luíza de Xavier

Prontuário Nº: _____

Sexo: M () F (x) Idade: 35a Ocupação: _____

Endereço: rua Tome

Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de queda há 14 dias, com fratura completa e com dor no

Resultados de Exames: Clavícula direita

Consulta já Realizada: _____

MD: Fratura, Clavícula direita completa

Impressão Diagnóstica: Dr. Bruno Vidal

17633

Médico

14/11/18

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ()

Hospitalar ()

Auxílio Diagnóstico ()

Especialidade: _____

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Data: 1/11

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Ata: 15/11/18

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultados dos 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 ☐

NÃO ☐

Assinatura do Encaminhante - nº Registro

Função

Data

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÊ
HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Idade: 1833 CNS: 898050028073608 Data de Atend: 13/11/2018 as 10:24:34
Nome do Paciente: MARIA LUCILEIDE KAVIER Data de Nas: 04/08/1983
Sexo: F Estado: SP Cidade: QUIXERÊ Op: MIRELLE
End: EUS PRF: POSTO DE SAUDE DE TOMÉ Tipo Atend: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
Unidade: 35a 3m 30 Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 4

Plano: S/S Dias: 80 RG: Idade: FR: Nome: RG:

CONSULTA MÉDICA EM ATENDIMENTO ESPECIALIZADA

Exatidão do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

→ Dor em clavícula d. (fratura em clavícula).

→ nódulo tontura.

Intensidade da Dor:

() ALTO () MODERADO (X) BAIXO

Alergia: Nega A.

Exatidão da Dor:

Exatidão da Dor: Não Encontra Atendimento

Data 1º Exame:

Exatidão da Dor: Não Encontra Atendimento () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Preventivo
() Outros () Outros

Exatidão da Dor: Não Encontra Atendimento

Ass. Executor

Conselho Classe

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI: ()

Exatidão da Dor: Não Encontra Atendimento () Urgência Emergência () Internação domiciliar
() Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
() Alta () Adm. Medicamentos () Conservação 6h () Outros procedimentos
() Tratam. de emergência () Abertura do prontuário () Indicação de Cesariana

Exatidão da Dor: Não Encontra Atendimento

Exatidão da Dor: Não Encontra Atendimento

Se o paciente assinou o tipo de certificação de trânsito

() MOTO () CARRO () BICICLETA PEDESTRE () OUTROS

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÊ
HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Func: Cláudia
Cláudia
Data: 16/09/19
Cláudia 0601896
Assinatura

Carlos Alberto Queiroz Freitas
Técnico de Enfermagem
CORENCE 061252.058
03/10/18

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ
HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Atendimento: 1953 CNS: 898050028073608 Data do Atend.: 14/11/2018 as 09:16:43
Nome do Paciente: MARIA LUCILEIDE XAVIER Data de Nasc.: 04/08/1983
Endereço: TOME S/N QUIXERÉ Op: JOHNATA
Convênio: SUS PSF: POSTO DE SAUDE DE TOME Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
Sexo: F Idade: 35a 3m 10d Estado Civil: 1 Profissão: Escolaridade: 4

Peso: () kg
Sinais Vitais: P.A.: Sist. () Diast. () FC: () bpm FR: () irpm Temp: () °C

Proc.: 0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA): 35 x 35

Proc.: 0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA / 24 x 30

Saymon Charles Nogueira Sousa
Técnico em Radiologia
CBO 322391

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERÉ
HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
ESTA COPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Func.: Ana Claudia
Carla Ribeiro
Data: 16 / 09 / 19
0204030170
Assinatura

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
	Código	Descrição do procedimento			
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	CLAUCIANE MARIA DA CUNHA		
3680	25/10/2018	11:09:41	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
283	03/11/2018	16:08:00	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA		
1177	08/11/2018	19:32:14	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301060061	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		
1833	13/11/2018	16:31:34	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	CARLOS ALBERTO QUEIROZ		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA		
1953	14/11/2018	09:16:43	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)			
		Profissional →:	SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA		

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
	Código	Descrição do procedimento			
	0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA			
		Profissional →:	SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA		
1954	14/11/2018	09:25:16	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	BRUNO VIDAL DOS SANTOS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	LUENIA NARA FERREIRA		
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
		Profissional →:	WENYA MARTINS OLIVEIRA		
2140	15/11/2018	17:30:58	SUS	AMBULATORIAL - RAFAEL	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	JOSE MARIA DE MATOS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	JOSE MARIA DE MATOS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	JOSE MARIA DE MATOS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA		
2340	17/11/2018	17:20:58	SUS	AMBULATORIAL - ANTONIO	
	Código	Descrição do procedimento			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
		Profissional →:	GLEDSTONE DE ARAUJO OLIVEIRA		
2651	19/11/2018	21:12:39	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	BRUNO VIDAL DOS SANTOS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA		
3121	22/11/2018	15:42:53	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
Código Descrição do procedimento 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA ELIANE NERY SILVA 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: LUENIA NARA FERREIRA					
3415	24/11/2018	19:08:09	SUS	AMBULATORIAL -	CLAUDIA
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA					
782	06/12/2018	17:01:02	SUS	AMBULATORIAL -	CLAUDIA
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA					
1785	13/12/2018	09:55:28	SUS	AMBULATORIAL -	MIKELLE
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: MARIA DAS DORES DE SOUSA					
2795	20/12/2018	14:50:38	SUS	AMBULATORIAL -	MIKELLE
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA					

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERE
HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE**

Nome do Paciente: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Data de Nasc.: 04/08/1983

Endereço: TOME

Nº S/N

Bairro: ZONA RURAL

Área de PSF:

Município: LIMOEIRO DO NORTE

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
3596	27/02/2018	23:02:23	SUS	AMBULATORIAL -	CILIANE
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: FRANCISCO AQUINO NASCIMENTO 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: WENYA MARTINS OLIVEIRA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: WENYA MARTINS OLIVEIRA					
1997	14/03/2018	15:58:24	SUS	AMBULATORIAL -	CLEIDE
Código Descrição do procedimento 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO Profissional →: BRUNO VIDAL DOS SANTOS 0401010066 EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS Profissional →: BRUNO VIDAL DOS SANTOS					
274	02/08/2018	16:03:08	SUS	AMBULATORIAL -	JOHNATA
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional →: LUENIA NARA FERREIRA					
1265	09/08/2018	16:17:40	SUS	AMBULATORIAL -	JOHNATA
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARGARIDA DE FATIMA E SILVA 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional →: JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA					
2247	16/08/2018	09:51:31	SUS	AMBULATORIAL -	JOHNATA
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional →: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARIA EURIDECI BRITO ALVES 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional →: MARIA EURIDECI BRITO ALVES					

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
	Código	Descrição do procedimento			
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	CLAUCIANE MARIA DA CUNHA		
3680	25/10/2018	11:09:41	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	MARIA ELISDENIA DE SOUSA		
283	03/11/2018	16:08:00	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA		
1177	08/11/2018	19:32:14	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301060061	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	FRANCISCA ELIANE NERY SILVA		
1833	13/11/2018	16:31:34	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
	Código	Descrição do procedimento			
	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
		Profissional →:	JONAS HOLANDA GADELHA		
	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.			
		Profissional →:	CARLOS ALBERTO QUEIROZ		
	0301100039	AFERICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
		Profissional →:	JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA		
1953	14/11/2018	09:16:43	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
	Código	Descrição do procedimento			
	0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)			
		Profissional →:	SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA		

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
Código Descrição do procedimento 0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA Profissional ->: SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA					
1954	14/11/2018	09:25:16	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: BRUNO VIDAL DOS SANTOS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: LUENIA NARA FERREIRA 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO Profissional ->: WENYA MARTINS OLIVEIRA					
2140	15/11/2018	17:30:58	SUS	AMBULATORIAL - RAFAEL	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: JOSE MARIA DE MATOS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA					
2340	17/11/2018	17:20:58	SUS	AMBULATORIAL - ANTONIO	
Código Descrição do procedimento 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO Profissional ->: GLEDSTONE DE ARAUJO OLIVEIRA					
2651	19/11/2018	21:12:39	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional ->: BRUNO VIDAL DOS SANTOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA LUISA LIMA OLIVEIRA MORAIS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional ->: MARIA CELIA DE OLIVEIRA COSTA					
3121	22/11/2018	15:42:53	SUS	AMBULATORIAL - JOHNATA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional ->: JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA. Profissional ->: FRANCISCA ELIANE NERY SILVA					

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
Código Descrição do procedimento 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional -> FRANCISCA ELIANE NERY SILVA 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional -> LUENIA NARA FERREIRA					
3415	24/11/2018	19:08:09	SUS	AMBULATORIAL - CLAUDIA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional -> ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional -> JOSE MARIA DE MATOS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional -> JOSE MARIA DE MATOS 0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL Profissional -> JOSE ADRIANO RIBEIRO SOUSA					
782	06/12/2018	17:01:02	SUS	AMBULATORIAL - CLAUDIA	
Código Descrição do procedimento 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional -> JONAS HOLANDA GADELHA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional -> MARIA DAS DORES DE SOUSA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional -> MARIA DAS DORES DE SOUSA					
1785	13/12/2018	09:55:28	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional -> ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional -> MARIA DAS DORES DE SOUSA 0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA Profissional -> MARIA DAS DORES DE SOUSA					
2795	20/12/2018	14:50:38	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional -> JONAS HOLANDA GADELHA					

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERE
HOSPITAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
HISTÓRICO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE

Nome do Paciente: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Data de Nasc.: 04/08/1983

Endereço: TOME

Nº S/N

Bairro: ZONA RURAL

Área de PSF:

Município: LIMOEIRO DO NORTE

Atend	Dt. Atend	Hora Atend	Convênio	Tipo	Operador
1748	14/01/2019	09:13:53	SUS	AMBULATORIAL - MIKELLE	
Código Descrição do procedimento 0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA Profissional -> SAYMON CHARLES NOGUEIRA SOUSA					
4360	25/04/2019	17:22:19	SUS	AMBULATORIAL - CLAUDIA	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional -> ANTONIO LISBOA CARDOZO DE MEDEIROS					
1762	11/07/2019	10:10:37	SUS	AMBULATORIAL - JOSE RIBEIRO	
Código Descrição do procedimento 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA Profissional -> JONAS HOLANDA GADELHA					
1770	11/07/2019	10:49:25	SUS	AMBULATORIAL - JOSE RIBEIRO	
Código Descrição do procedimento 0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA Profissional -> JONAS HOLANDA GADELHA					

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERE
HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM MANOEL DE OLIVEIRA
ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Func.: Ana Claudia
Jose Ribeiro
Data: 23/09/19
0601896
Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015038410840
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD. RENAVAM RJN. JRG. EXERCÍCIO
DIG 1 1058159361 0000000800 2019

NOME
THIAGO DEFEERSON SILVA CHAVES

LIMOEIRO DO NORTE - CE

CPF / CNPJ PLACA
03336884306 PN15266/CE

PLACA ANT. / UF CLASS
*****/CE 322K00550CP573956

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NOA AFILIC GASOL/ALCO

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES 2012 2012

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º *****

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º *****

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 80.43 13/06/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
LIMOEIRO DO NORTE 10/07/2019

Assinatura do Detran-CE

DETRAN

CONTRAN

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia confere com o original existente nestas notas Dou fe
Limoeiro do Norte-CE 05 DEZ 2019
Avani Fernandes Maia - Tabelião
Bel. Cláudia José Fernandes Maia - Substituta
Bel. Cláudia Maria Fernandes Maia - Substituta
Ellyberlândia Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
Rosilene Roberto Lima Alves - Esc. Compromissada
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS E ROUBOS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 015038410840 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03336884306 PN15266 /CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15038410840 21560183006

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 10/07/2019

VIA CDD. RENAVAM RJN. JRG. EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
1 03336884306 PN15266

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. CAP. / POT. / CIL. Nº CHASSI
2012 09 9C2K00550CP573956

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO DATA DE OUTGAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 13/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DATA 10/07/2019

015038410840
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE
ASSINATURA

PN15266
COD. RENAVAM
1058159361

235108/36



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719541 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCILEIDE XAVIER **Data do acidente:** 01/11/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
(P6,8,12,22)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

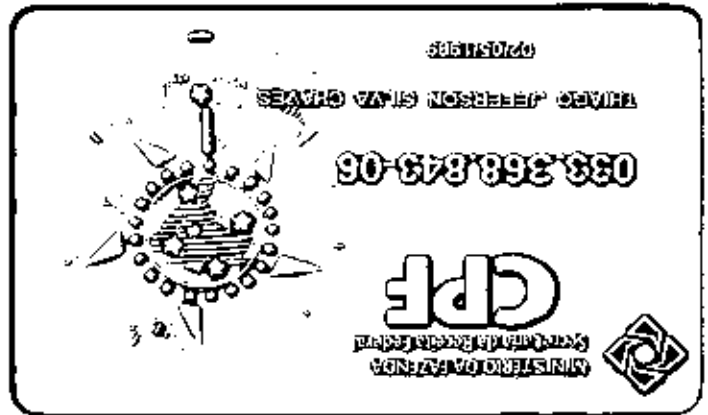
**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROIBIDO PLASTIFICAR

1403744174

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1403744174

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA		THIAGO JEFERSON SILVA CHAVES	
SEX OBSERVAÇÃO:		DATA DE NASCIMENTO: 02/05/1989	
LOCAL: LIMOEIRO DO NORTE, CE		DATA DE EMISSÃO: 05/10/2015	
ASSINATURA DO DETENTOR		ASSINATURA DO EMISSOR	
CPF: 033.368.843-06		CPF: 033.368.843-06	



03303



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 2007030030429	DATA DE EMISSÃO 5/6/2007
NOME THIAGO JEFERSON SILVA CHAVES	
FILIAÇÃO FRANCISCO BATISTA CHAVES E ANA MARIA VIANA SILVA CHAVES	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
LIMOEIRO DO NORTE-CE	2/5/1989
DOC ORIGINÁRIO CERT.NASC. 16.701 L A-15 F	
230 LIM. DO NORTE/CE.	
CPF 03336884306	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI N° 7.116 DE 29/09/83	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA	
THIAGO JEFERSON SILVA CHAVES	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

811249

Para obter em andamento, utilize o e-mail
sempre que chegar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 021929884

Rota LHM03U01 - 219000 Referência 10/2019
Nome ANA MARIA VIANA SILVA
Endereço RUA JOAO MARIA, 01239, SÍTIO TABULEIRO ALTO,
62930-000, LIM. DO NORTE
Classificação Resid. Baixa Renda
Modelidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Uso Monofásico
Emissão 05/10/2019
Medidor 2035251-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWH)

DATAS DE LEITURA F.F. 30 dias
Anterior 05/05/2019 Atual 05/10/2019 Próxima prevista 07/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Cont.	Consumo (Mês (KWh))	Consumo Incl. (KWh)	Consumo Excl. (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FF	25.016	25.372	1.03	136	00	136	0,31732	43,79

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	14,29
PIS COMPL BX RENDA	-	0,02
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,04
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-27,83
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	27,83
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,17633	5,29
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,30300	21,21
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,45500	17,20
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00667	0,20
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,09633	2,88

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	74,71	0,03	0,02
COFINS	74,71	0,14	0,10

11/10/2019 61,23

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSOR DE CO₂ (kg/kWh) Compensação das emissões
pel consumo de energia elétrica.
Em tCO₂/kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Credência Ecológica (tCO₂/t) 100

53,87 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 06/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 05/10

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOEIRO DO NORTE
 Av. DOM ADELINO MANTOVANI, 1400 - CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE-CE
 CEP: 62930-000 - CNPJ: 07.625.822/0001-70
 Fone: (88) 3423.4268 - Site: www.saae-limoeiro.com.br

LIMOEIRO DO NORTE

INSCRIÇÃO: 0013672.0 CLASSE: PAR TARIFA: R-1 ECONOMIA: RESSEAT: 11/2018

INSCRIÇÃO: 377329 INSCRIÇÃO: 01708701 LOCALIZAÇÃO: 00.00.21.0000000680 TABELA: 180208297

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
 MARIA DE FATIMA XAVIER
 VILA DE FATIMA 309, SÍTIO TOME
 CEP: 62.930-000 LIMOEIRO DO NORTE-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		30,00

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR: 1726	15/10/19
ATUAL: 1726	14/11/19
CONSUMO: 04	DIAS: 29
LEITURISTA: 62	OCO: 06

MÉDIA: 4 m³

ÚLTIMOS CONSUMOS

MES	CONSUMO
MAI	3
JUN	3
JUL	3
AGO	10
SET	4
OUT	6
NOV	4

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO	PERÍODO
21-TOME	01/11/19 A 11/11/19

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
ODP	ATÉ 15UI	01	2,20
PH	6,0 A 9	01	7,40
CLORO	ATÉ 5,0	01	1,35

PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO: 11/12/2019 VALOR R\$: 30,00

LEITURA NÃO REALIZADA (HID. NÃO LOCALIZADO)

CONTA EM QUE A COMPASSA NA MÊDIA DE CONSUMO

Comprovante de residência - genitora da vítima

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468277/19

Vítima: MARIA LUCILEIDE XAVIER

CPF: 013.854.873-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2018

Titular do CPF: MARIA LUCILEIDE XAVIER

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA LUCILEIDE XAVIER : 013.854.873-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/12/2019
Nome: MARIA LUCILEIDE XAVIER
CPF: 013.854.873-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora.

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

MARIA LUCILEIDE XAVIER

Paulo Victor Soares Sant'Ana