
Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401350

Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

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, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190401350

Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

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

Documentação médico-hospitalar

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, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401350

Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

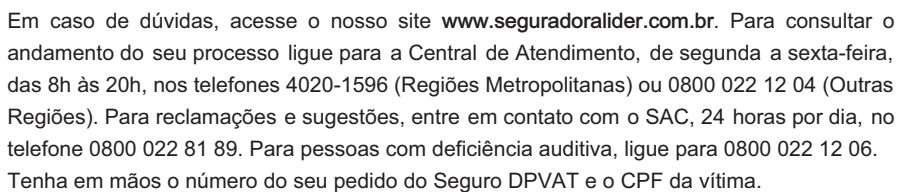
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401350

Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000684

Conta: 0000074243-2

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

987.665.383-00 Lucimar de Oliveira Nascimento

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

5 - Nome completo: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO 6 - CPF: 987665383-00
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUA RAIMUNDO NORÕES MILFON 9 - Número: 180 10 - Complemento:
11 - Bairro: VILA ALTA 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.119-140
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88-98118-8802

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0684 03 CONTA: 000000074243 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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

Impressão
Júri de
vítima ou
beneficiário
ou representante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CRATO-CE, 27 de junho 2019

RECEBIDO EM:

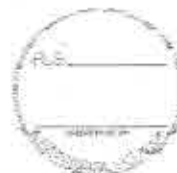
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
Impressão nº 201904025



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 4243 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: LESÃO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/06/2019 15:15:47
Data / Hora da Ocorrência: 24/02/2019 00:00:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA THOMAS OSTERNE DE ALENCAR
Complemento:
Bairro: VILA ALTA Município: CRATO/CE
Ponto de Referência: BAR DA LIDUINA

Notificante(s)

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Nascimento: 24/08/1967 CPF:
RG: 98065985 Órgão Emissor: SSPDC UF:
Filiação: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEIÇÃO
OTACILIO JOSÉ DE OLIVEIRA
Endereço: RUA NORÓES MILFONT, 160
Bairro: VILA ALTA CEP:
Município: CRATO/CE
País: BRASIL Telefone: 3523-7517

Histórico

A notificante vem a esta delegacia comunicar que no dia 24/02/2019, por volta das 00h00min, ao fazer a travessia da Av. Thomas Osterne de Alencar, foi colhida por uma motocicleta. Em virtude do acidente, a notificante desmaiou, sendo socorrida pelo SAMU ao Hospital Regional do Cariri, onde ficou internada por sete dias. A placa da moto não foi anotada. Até esta data, não sabe de nenhuma testemunha do fato. O condutor da motocicleta envolvida não prestou socorro. Registra este fato para fins de seguro DPVAT e para tanto apresenta cópia de prontuário médico e Certidão Narrativa do SAMU. Nada mais disse!!!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSE RICARDO GOMES CAMATO - MAT.: 102186-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Lucimar de Oliveira Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A):

DIOGO GALINDO DE GOES - MAT.: 300837-1-2

VÁLIDO
SELO DE AUTENTICIDADE

Certificado de Autenticidade e Presença fotográfica
Doc. nº. Crato-CE 17-06-2019
Assinatura: [Assinatura]

☒ Francisca Silva - TITULAR
CPF: 015.317.273-87
☐ Francimary Silva de Figueiredo
CPF: 485.731.753-20 - ESC. SUB.
☐ Maria Rodrigues da Silva
CPF: 714.095.503-87 - ESC. SUB.

4º OFIC. FONE (85) 3523-4245

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

DELEGACIA DE TRÂNSITO E TRAFICANTE

Pág. 1 de 1

Impressão em 12/06/2019 15:15:47

RECEBIDO EM:

28/06/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

987.665.383-00 Lucimar de Oliveira Nascimento

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

5 - Nome completo: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO 6 - CPF: 987665383-00
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUA RAIMUNDO NORÕES MILFON 9 - Número: 180 10 - Complemento:
11 - Bairro: VILA ALTA 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.119-140
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 88-98118-8802

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0684 03 CONTA: 000000074243 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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

Impressão
Júri de
vítima ou
beneficiário
ou representante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CRATO-CE, 27 de junho 2019

RECEBIDO EM:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



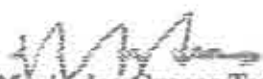
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



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. **LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO**, portadora do RG n.º 2016178215-3, SSP-CE, inscrita no CPF n.º 987.665.383-00, dia 23/02/2019, às 23h47, no Município de Crato-CE, na Avenida Thomas Osterne de Alencar, Bairro Vila Alta, próximo ao Global, vítima de acidente de trânsito, atropelamento, sendo removida para **HRC – Hospital Regional do Cariri**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 05 de junho de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Marco Antônio Bezerra Rulim
Dirção Médica Adm.
192 Base Juazeiro do Norte

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 000000074243-2

Nr. da Autenticação DC007D5FD3975D31

Nº DO CLIENTE
2863703
Para solicitar 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 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valsalva, 150
CEP 00195-040 - Fátima C2
CNPJ 07.047.261/0001-70 | CDP 06.100.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 570930181
Rota 13 11000 04 653600 - 8 Data de Emissão 18/04/2019
Nome LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
End. Postal RU RAIMUNDO DE NOROES MILFONTE 00180
VILA ALTA - CRATO - 63100000
Medidor 12360679 Poste 0000 0000
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX RENDA MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 987665383-00 CGF
Nome do Responsável

DADOS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Abr/2019	18/04/2019	20/05/2019	Conjunta	PROCHP	
			Mês	Fev/2019	BUSO 4,56
ICMS			DICEI = 0,00 P		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		
ISENTO			Mensal	Trím.	Anual
			DIC	5,19	0,38 20,77
			FIC	3,20	5,47 12,95
			DMIC	2,94	0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
R024.BA04.1E00.5B49.59AC.0F29.EB09.195A

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16080	16029	1,00	52	0,00	00	0,17436 0,29897	9,25 8,57
18/04/19	20/03/19		29 0146		52		11,80

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	11,80
QUOTA PARCELAMENTO 3/3	33,20
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,37
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,70
CR77DITO CREFAZ 0800-052-5051 2/10	97,30

VENCIMENTO 26/04/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 145,37

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	0,54	127	123
Transmissão	0,54	52	113
Distribuição	0,54	54	
Encargos Setoriais	1,28	47	
Tributos (PIS, COFINS)	1,28	138	
TOTAL	12,50	184	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido (kg CO₂) 20,50 Compensado (kg CO₂) 0,00
Obrigações Energéticas (kg CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
Para consultar sua conta em débito automático utilize seu número do cliente sem o dígito verificador.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal.
A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
Consta desta fatura R\$ 1,28 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,40% e COFINS:4,10%
Art. 1º, Inc. I da Lei 130-2005 - ANEEL e Lei nº 10.431-02 e 10.803-03.
Parcela vendida em abril/19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassada para o consumidor. Informações: www.ene.com.br

Nº do Cliente: 2863703 Referência: 145,37
Data de Emissão: 18/04/2019 Total a Pagar (R\$): 0002863703 00173 39172 82
Nº da Nota Fiscal: 83830000001-2, 45370031000-9 00028637030-1 01733917222-8



RECEBIDO EM
28/06/19

Nº DO CLIENTE
2863703
 Para utilizar 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 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valsalva, 150
 CEP 00195-040 - Fátima C2
 CNPJ: 07.047.261/0001-70 | CDP 06.100.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 570930181
 Rota 13 11000 04 653600 - 8 Data de Emissão 18/04/2019
 Nome LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
 End. Postal RU RAIMUNDO DE NOROES MILFONTE 00180
 VILA ALTA - CRATO - 63100000
 Medidor 12360679 Poste 0000 0000
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX RENDA MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 987665383-00 CGF
 Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Abr/2019	18/04/2019	20/05/2019	Conjunta	PROCHP	
			Mês	Fev/2019	BUSO 4,56
ICMS			DICEI = 0,00 P		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		
ISENTO			Mensal	Trím.	Anual
			DIC	5,19	0,38 20,77
			FIC	3,20	5,47 12,95
			DMIC	2,94	0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 0024.BA04.1E0D.5B49.59AC.0F29.EB09.195A

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16080	16028	1,00	52	0,00	00	0,17436 0,29897	9,05 8,57
18/04/19	20/03/19		29 0146		52		11,80

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	11,80
QUOTA PARCELAMENTO 3/3	33,20
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,37
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,70
CR77DITO CREFAZ 0800-052-5051 2/10	97,30

VENCIMENTO 26/04/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 145,37

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	9,05	127	127
Transmissão	0,54	52	52
Distribuição	0,54	54	54
Encargos Setoriais	0,54	47	47
Tributos (PIS, COFINS)	1,28	138	138
TOTAL	12,50	184	184

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido (kg CO₂) 20,50 Compensado (kg CO₂) 0,00
 Ocorrência Energética (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO
 PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.
 Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal.
 A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
 Consta desta fatura R\$ 1,28 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,66% e COFINS:4,10%
 Art. 11, Inc. I da Lei 130-2005 - ANEEL e Lei nº 10.431-02 e 10.803-03.
 Parcela vendida em abril/19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassada para o consumidor. Informações: www.eneel.gov.br

Nº do Cliente: 2863703 Referência: 145,37
 Data de Emissão: 18/04/2019 Total a Pagar (R\$): 0002863703 00173 39172 82
 Nº da Nota Fiscal: 83830000001-2, 45370031000-9 00028637030-1 01733917222-8
 Nº de Controle:



RECEBIDO EM
 28.06.19

**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70
CGF 06.105.848-3

Nº CLIENTE: 000002863703**MUNICÍPIO:** CRATO VILA ALTA**CEP:** 63105-000**NOME:** LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO**CPF:** 987.665.383-00**ENDEREÇO:** RU RAIMUNDO DE NOROES MILFONT 00180**MÊS/ANO**
07/2019**VENCIMENTO**
11/09/2019**CONSC. kWh**
34**VALOR EM R\$**
5,87**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA****TOTAL A PAGAR EM (R\$)****5,87****COMPROVANTE ENEL****MUNICÍPIO** 63105-000CRATOVILA ALTA**ROTA** RU RAIMUNDO DE NOROES MILFONT00180**TOTAL A PAGAR EM (R\$)****5,87****Nº DO CLIENTE** 000002863703

83800000000 9 05870031100 0 00655907329 0 00002863703 8

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Pront: 171604 Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 6 mes(es) e 0 dia(s) Admissão: 24/02/2019 00:29
Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO
Sexo: Feminino RG: 20161782153 Município: CRATO
CEP: 3113-000 Bairro: VILA ALTA
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT Tel.: 88 99359-1963
Num: 1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: KELE LEANDRO ALMEIDA Horário: 24/02/2019 00:34
Queixa: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC) APRESENTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO.
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA
Sato02 Glasgow: 14 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM: 6 Nº: 473656 Horário: 24/02/2019 00:35
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: REANIMACAO
Hipótese Diagnóstico: AGRESSAO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEICULO A MOTOR
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM RELATO DE ATROPELAMENTO NA CIDADE DE CRATO APRESENTANDO
HEMATOMA PERIOCULAR ESQUERDO E CORTE CONTUSO EM SUPERCÍLIO A DIREITA .
MIE COM DEFORMIDADE + EDEMA ASSOCIADO A PERDA DE SUBSTÂNCIA .
A- VIAS AÉREAS PERVIAS . B- VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA. C- ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE . GLASGOW 15 .
POSSÍVEL FRATURA EXPOSTA EM MIE.
ABD - SEM MIGLOBOSO , FLÁCIDO , INDOLOR . TORAX - SEM ALTERAÇÕES (RETRAÇÕES E /OU DEFORMIDADES)
CONDUZA : EXAMES DO TRAUMA + ANALGESIA

EXAME

Exame	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PERN E AP/P (0204060168)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente
RX TORAX (LEITO) (0204030170)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente
RX BACIA AP (0204060095)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Pront.: 17 604 Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 6 mes(es) e 0 dia(s) Admissão: 24/02/2019 00:29
Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO
Sexo: Feminino RG: 20161782153 Município: CRATO
CEP 63113-000 Bairro: VILA ALTA Tel.: 88 99359-1963
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONTE Num: 1

PRESCRIÇÃO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM 6442 24/02/19 00:45

Prescrição	Horário:
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR> SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR	
ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR> FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML;	
VAZÃO = 250 ML/H </BR> FASE(S) 2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 125 ML/H	
 </BR> INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - EXAMES (RM, TM, LAB OU US)	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% /	
INTRAVENOSA / 12/12 H	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% /	
INTRAVENOSA / 8/8 H	
PARACETAMOL 500MG + CODEINA 30MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 6/6 H	
SE DOR	
INSULINA REGULAR - FA / SUBCUTÂNEA CONFORME ESQUEMA - ATÉ 150: 0UI; 151	
A 200: 4UI; 201 A 250: 6UI; 251 A 300: 8UI; >=301: 10UI	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 4 AMP / INTRAVENOSA SE GLICEMIA	
<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6	
H	
CAPTOPRIL 25MG- COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL SE PA>=180/110	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

RDO. VALDETARIO B. SIEBRA
Cirurgião Geral
CPF: 052.466.733-87
CRM-CE 6442 CRM-PE 10.173



NOME: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO PRONTUARIO: 171604
DATA DE NASCIMENTO: 24/08/1967
SOLICITANTE: ANA CAROLINY CASTRO VENANCIO
SETOR SOLICITANTE: REANIMACAO ENFERMARIA/LEITO: EXTRA, EXT00
DATA DO EXAME: 24.02.2019 HORA DO EXAME: 02:34
DATA DO LAUDO: 24.02.2019 HORA DO LAUDO: 02:53
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

INDICAÇÃO:
TCE

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

ANÁLISE:

- Múltiplas fraturas faciais envolvendo as seguintes estruturas ósseas:
 - Assoalho, lâmina pirâmica e parede lateral da órbita direita, com leve desalinhamento dos fragmentos e leve herniação de gordura orbitária.
 - Assoalho da órbita esquerda, com desalinhamento dos fragmentos.
 - Arcos zigomáticos.
 - Alguns septos intercelulares etmoidais.
 - Paredes anterior e posterolateral dos seios maxilares, desalinhadas e com fragmentos ósseos intrassinusais.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Material com atenuação de partes moles em seios paranasais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Não há evidências de contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
- ② Fraturas faciais com envolvimento orbitário bilateral (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).
3. Hemossinus.


DRA. LARISSA CALDAS MIRANDA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM 12753



NOME: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO PRONTUARIO: 171604
DATA DE NASCIMENTO: 24/08/1967
SOLICITANTE: KRUIJFF STANISLAW PEDROSA DA COSTA
SE TOR SOLICITANTE: EMERGÊNCIA ENFERMARIA/LEITO: INTERMEDIARIA II, 17
DATA DO EXAME: 25.02.2019 HORA DO EXAME: 09:46
DATA DO LAUDO: 25.02.2019 HORA DO LAUDO: 10:41
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

INDICAÇÃO:

Trauma.

TÉCNICA:

Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados no plano axial da face, com reconstrução no plano coronal.

ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles com focos gasosos em permeio em região periorbitária bilateral.
- Fraturas faciais envolvendo as seguintes estruturas ósseas:
 - *Assoalhos orbitários, com herniação de gordura intra-orbitária e deslocamento de fragmento para o interior do seio maxilar à direita, porém sem infradesnivelamento significativo.*
 - *Parede lateral e medial da órbita direita, com desalinhamento variável e múltiplos fragmentos ósseos livres.*
 - *Disjunção frontozigomática direita.*
 - *Arco zigomático direito, discretamente desalinhada.*
 - *Todas as paredes dos seios maxilares, bilateralmente, com fragmentos ósseos intrassinais e múltiplos focos gasosos em permeio.*
- Mandíbula íntegra sem traços de fraturas ou lesões de caráter agressivo.
- Articulações temporomandibulares de aspecto anatômico.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Material com atenuação de partes moles em seios etmoidais e maxilares.
- Complexos de drenagem ostiomeatais pérvios com aspecto anatômico.
- Fóveas etmoidais simétricas.
- Septo nasal levemente desviado anteriormente para direita, por uma distância de 3,5 mm.
- Pneumatização das conchas médias bilateralmente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fraturas faciais com envolvimento orbitomaxilar bilateral e zigomático direito (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).
- Hemossinus
- Edema e enfisema periorbitário bilateral.


DR. JOSÉ CÉLIO COUTO VASCONCELOS

Médico Radiologista CRM-CE 13064
Radiologia e Diagnóstico por Imagem – RQE 6722
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO	Idade: 51 ano(s) 6	Prontuário: 171604
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT	UF: CEARÁ	Sexo: Feminino
Bairro: VILA ALTA	Cidade: CRATO	
CEP: 6113-000	Num:	

Localização	
Clinica: CLINICA CIRURGICA II Enfermaria: 05	Leito: 618
Internação: 06/02/2019 21:17	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório	Cancelada
Tipo de Saúde: Alta	Não

Resumo Clínico

paciente com historia de trauma de face ha 7 dias apresentando fraturas de face (maxila) e fcc em mie. evolui com bom estado geral, consciente, orientada, euforica, corada, acianotica, afebril, normotensa, evacuacao e diurese presentes. face: minimo edema, abertura bucal normal, ausencia de dor. nega alteracoes visuais. sem mobilidade maxilar. apresenta-se desdentada, maxilar e sem impedimento para dieta pastosa por via oral. tomografia de crânio: face nao revelam lesoes intracranianas. apresenta fr de maxila (le fort ii), sem mobilidade e sem indicacao cirurgica. apresenta fcc em mie com hiperemia local e area de necrose, que aguarda definicao da cirurgia geral. cd:1. alta da cirurgia bucomaxilofacial, com medicacao e orientacoes de retorno ambulatorial. 2. segue pela cirurgia geral

Exames Realizados

hematologico e de imagem

Terapêutica Utilizada

suporte clinico e cirurgico

Diagnóstico

S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 02/03/2019

Observações Complementares

marcar retorno, apos alta hospitalar, com ambulatorio de cirurgia bucomaxilofacial

Responsável

Médico: DAVI GOMES DE ALENCAR GONDIM

Data: 02/03/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO Prontuário: 171604 Admissão: 27/03/2019
Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 7 mes(es) e 3 dia(s) Sexo: Feminino RG: 20161782153
Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO Telefone: (88) 99359-1963
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT Bairro: VILA ALTA CEP:

ATENDIMENTO

Médico: EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO CRO: 4624 Nº Atendimento: 477845
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 21 dia(s)

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COM FRATURA DE MAXILA SEM DESLOCAMENTO, EVOLUI SEM MOBILIDADE DE SEGMENTO, SEM QUEIXAS, DESDENTADA EM MAXILA.
FERIMENTO EM PERNA COM CITRIZACAO POR SEGUNDA INTENCAO (AVALIACAO DA ESTOMATOTERAPEUTA)
CONDUTA CONSERVADORA MANTIDA + ORIENTACOES + RETORNO 21 DIAS

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------


Eduardo F. C. Moreno
Cirurgia e Traumatologia
BUCO-MAXILO-FACIAL
CRO/CE 7475



FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário orientando para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

Unidade de Origem: Centro de Saúde Pernambuco de Freitas

Distrito Sanitário: — Município: Crato

Nome: Imerson de Oliveira Nascimento Prontuário N° —

Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 51 anos Ocupação: —

Endereço: Rua Pernambuco N° 180 Bairro: — Fone: —

Motivo de Encaminhamento: Prostata total Superior e Inferior

Resultado de Exames: —

Conduta Realizada: Ausência Clínica

Impressão Diagnóstica: —
Assinatura do Encaminhante - N° Registro: — Função: Cirurgião Dentista Data: 04/04/19 Hora: 10:00

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°: — Atte: — / — / —

Resumo Clínico / Cirúrgico: —

Resultado de Exames: —

Diagnóstico Principal: — CID: —

Secundário 1: — CID: —

Secundário 2: — CID: —

Conduta Realizada: —

Proposta de Conduta para Seguimento: —

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Pront.: 171604 Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 6 mes(es) e 0 dia(s) Admissão: 24/02/2019 00:29

Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO

Sexo: Feminino RG: 20161782153 Município: CRATO

CEP 63113-000 Bairro: VILA ALTA Tel.: 88 99359-1963

Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT Num: 1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: KELE LEANDRO ALMEIDA Horário: 24/02/2019 00:34

Queixa: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC) APRESENTANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIENCIA

Sato02: Glasgow: 14 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM: 6 Nº: 473656 Horário 24/02/2019 00:35

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: REANIMACAO

Hipótese Diagnóstico: AGRESSAO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEICULO A MOTOR

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM RELATO DE ATROPELAMENTO NA CIDADE DE CRATO APRESENTANDO HEMATOMA PERIOcular ESQUERDO E CORTE CONTUSO EM SUPERCÍLIO A DIREITA.

MIE COM DEFORMIDADE + EDEMA ASSOCIADO A PERDA DE SUBSTÂNCIA.

A- VIAS AÉREAS PERVIAS. B- VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA. C- ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE. GLASGOW 15. POSSÍVEL FRATURA EXPOSTA EM MIE.

ABD - SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, INDOLOR. TORAX - SEM ALTERAÇÕES (RETRAÇÕES E/OU DEFORMIDADES)

CONDUTA: EXAMES DO TRAUMA + ANALGESIA



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PERNA E AP/P (0204060168)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente
RX TORAX (LEITO) (0204030170)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente
RX BACIA AP (0204060095)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	24/02/2019 00:45	Sim	Pendente

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Pront.: 171604 Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 6 mes(es) e 0 dia(s) Admissão: 24/02/2019 00:29

Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO

Sexo: Feminino

RG: 20161782153

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro: VILA ALTA

Tel.: 88 99359-1963

Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT

Num: 1

PRESCRIÇÃO

Médico: RAIMUNDO VALDETARIO BRITO SIEBRA CRM 6442 24/02/19 00:45

Prescrição	Horário: -
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR	
ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML;	
VAZÃO = 250 ML/H </BR>FASE(S) 2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 125 ML/H	
 </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - EXAMES (RM, TM, LAB OU US)	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% /	
INTRAVENOSA / 12/12 H	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% /	
INTRAVENOSA / 8/8 H	
PARACETAMOL 500MG + CODEINA 30MG -COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 6/6 H	
SE DOR	
INSULINA REGULAR - FA / SUBCUTÂNEA CONFORME ESQUEMA - ATÉ 150: 0UI; 151	
A 200: 4UI; 201 A 250: 6UI; 251 A 300: 8UI; >=301: 10UI	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 4 AMP / INTRAVENOSA SE GLICEMIA	
<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6	
H	
CAPTOPRIL 25MG- COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL SE PA>=180/110	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

Rdc. VALDETARIO B. Siebra
Cirurgião Geral
CPF: 092.466.733-87
CRM-CE 6442 CRM-PE 10.173



NOME: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO **PRONTUARIO:** 171604
DATA DE NASCIMENTO: 24/08/1967
SOLICITANTE: ANA CAROLINY CASTRO VENANCIO
SETOR SOLICITANTE: REANIMACAO **ENFERMARIA/LEITO:** EXTRA, EXT00
DATA DO EXAME: 24.02.2019 **HORA DO EXAME:** 02:34
DATA DO LAUDO: 24.02.2019 **HORA DO LAUDO:** 02:53
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

INDICAÇÃO:
TCE

TÉCNICA:

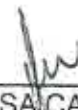
Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

ANÁLISE:

- Múltiplas fraturas faciais envolvendo as seguintes estruturas ósseas:
 - Assoalho, lâmina papirácea e parede lateral da órbita direita, com leve desalinhamento dos fragmentos e leve herniação de gordura orbitária.
 - Assoalho da órbita esquerda, com desalinhamento dos fragmentos.
 - Arcos zigomáticos.
 - Alguns septos intercelulares etmoidais.
 - Paredes anterior e posterolateral dos seios maxilares, desalinhadas e com fragmentos ósseos intrassinuais.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Material com atenuação de partes moles em seios paranasais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Não há evidências de contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
- ② Fraturas faciais com envolvimento orbitário bilateral (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).
3. Hemossinus.



DRA. LARISSA CALDAS MIRANDA
MEDICA RADIOLOGISTA
CRM 12753



NOME: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO PRONTUARIO: 171604
DATA DE NASCIMENTO: 24/08/1967
SOLICITANTE: KRUIFF STANISLAW PEDROSA DA COSTA
SETOR SOLICITANTE: EMERGÊNCIA ENFERMARIA/LEITO: INTERMEDIARIA II, 17
DATA DO EXAME: 25.02.2019 HORA DO EXAME: 09:46
DATA DO LAUDO: 25.02.2019 HORA DO LAUDO: 10:41
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

INDICAÇÃO:

Trauma.

TÉCNICA:

Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados no plano axial da face, com reconstrução no plano coronal.

ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles com focos gasosos em permeio em região periorbitária bilateral.
- Fraturas faciais envolvendo as seguintes estruturas ósseas:
 - Assoalhos orbitários, com herniação de gordura intra-orbitária e deslocamento de fragmento para o interior do seio maxilar à direita, porém sem infradesnivelamento significativo.
 - Parede lateral e medial da órbita direita, com desalinhamento variável e múltiplos fragmentos ósseos livres.
 - Disjunção frontozigomática direita.
 - Arco zigomático direito, discretamente desalinhada.
 - Todas as paredes dos seios maxilares, bilateralmente, com fragmentos ósseos intrassinais e múltiplos focos gasosos em permeio.
- Mandíbula íntegra sem traços de fraturas ou lesões de caráter agressivo.
- Articulações temporomandibulares de aspecto anatômico.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Material com atenuação de partes moles em seios etmoidais e maxilares.
- Complexos de drenagem ostiomeatais pervingos com aspecto anatômico.
- Fóveas etmoidais simétricas.
- Septo nasal levemente desviado anteriormente para direita, por uma distância de 3,5 mm.
- Pneumatização das conchas médias bilateralmente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fraturas faciais com envolvimento orbitomaxilar bilateral e zigomático direito (vide descrição detalhada e reconstruções 3D).
2. Hemossinus
3. Edema e enfisema periorbitário bilateral.


Dr. JOSÉ CÉLIO COUTO VASCONCELOS

Médico Radiologista CRM-CE 13064
Radiologia e Diagnóstico por Imagem – RQE 6722
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT

Bairro: VILA ALTA

CEP: 63113-000

Num: .

Idade: 51 ano(s) 6

UF: CEARÁ

Cidade: CRATO

Prontuário: 171604

Sexo: Feminino

Localização

Clinica: CLINICA CIRURGICA II **Enfermaria:** 05

Leito: 618

Internação 26/02/2019 21:17 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

paciente com historia de trauma de face ha 7 dias apresentando fraturas de face (maxila) e fcc em mie. evolui com bom estado geral, consciente, orientada, eupneica, corada, acianotica, afebril, normotensa, evacuacao e diurese presentes. face: minimo edema, abertura bucal normal, ausencia de dor. nega alteracoes visuais. sem mobilidade maxilar. apresenta-se desdentado maxilar e sem impedimento para dieta pastosa por via oral.

face nao revelam lesoes intracranianas. apresenta ft de maxila (le fort ii), sem mobilidade e sem indicacao

apresenta fcc em mie com hiperemia local e area de necrose, que aguarda definicao da cirurgia geral.

cd:1. alta da cirurgia bucomaxilofacial, com medicacao e orientacoes de retonro ambulatorial.

2. segue pela cirurgia geral

Exames Realizados

hematologicos e de imagem

Terapêutica Utilizada

suporte clinico e cirurgico

Diagnóstico

S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 02/03/2019

Observações Complementares

marcar retonro , apos alta hospilatar, com ambulatorio de cirurgia bucomaxilofacial

Responsável

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

Data: 02/03/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 7 mes(es) e 3 dia(s)
Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT Bairro: VILA ALTA
Prontuário: 171604 Admissão: 27/03/2019
Sexo: Feminino RG: 20161782153
Telefone: (88) 99359-1963
CEP:

ATENDIMENTO

Médico: EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO CRO: 4624 Nº Atendimento: 477845
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 21 dia(s)

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COM FRATURA DE MAXILA SEM DESLOCAMENTO, EVOLUI SEM MOBILIDADE DE SEGMENTO, SEM QUEIXAS, DESDENTADA EM MAXILA.
FERIMENTO EM PERNA COM CITRAZICAO POR SEGUNDA INTENCAO (AVALIACAO DA ESTOMATOTERAPEUTA)
CONDUTA CONSERVADORA MANTIDA + ORIENTACOES + RETORNO 21 DIAS

EXAME

Nome

Data Solicitação

Urgente

Situação

PRESCRIÇÃO

Prescrição

Horário:


Eduardo F. C. Moreno
Cirurgião e Traumatologista
CRO/CE 7473



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 7 mes(es) e 24 dia(s)

Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO

Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT

Bairro: VILA ALTA

Prontuário: 171604 Admissão: 17/04/2019

Sexo: Feminino RG: 20161782153

Telefone: (88) 99359-1963

CEP:

ATENDIMENTO

Médico: EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO

CRO: 4624

Nº Atendimento: 480726

Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 30 dia(s)

HDA/Exame Físico:

paciente portadora de fratura de maxila pouco deslocada, desdentada total superior, sem mobilidade do segmento, refere melhora da parestesia dos n.infra orbitais.
sem queixas
cd- mantenho conduta conservadora / reavaliacao 30 dias

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

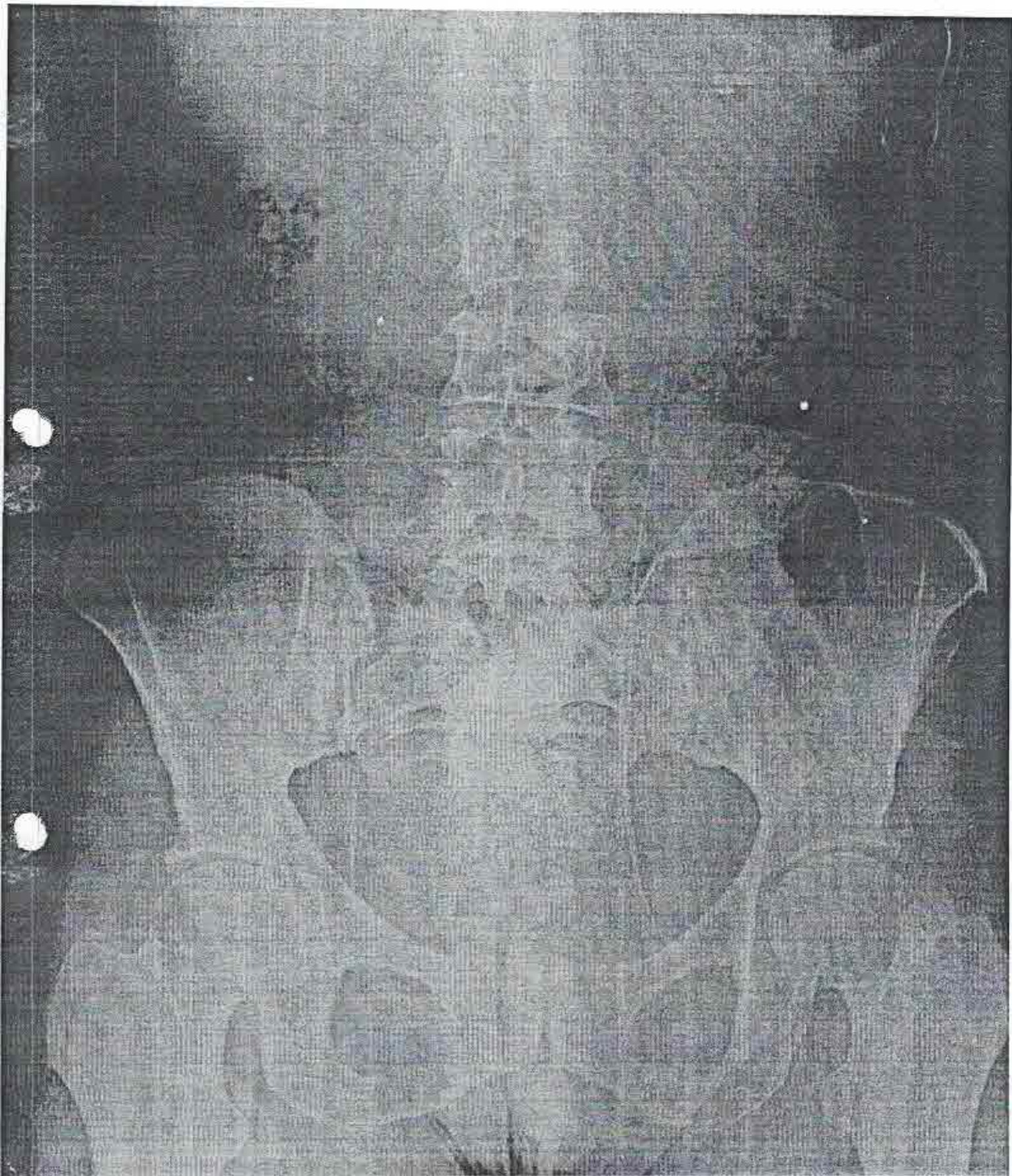


Eduardo F. S. Moreno
Cirurgia e Traumatologia
Buro-Maxilo-Facial
CROCE 7475

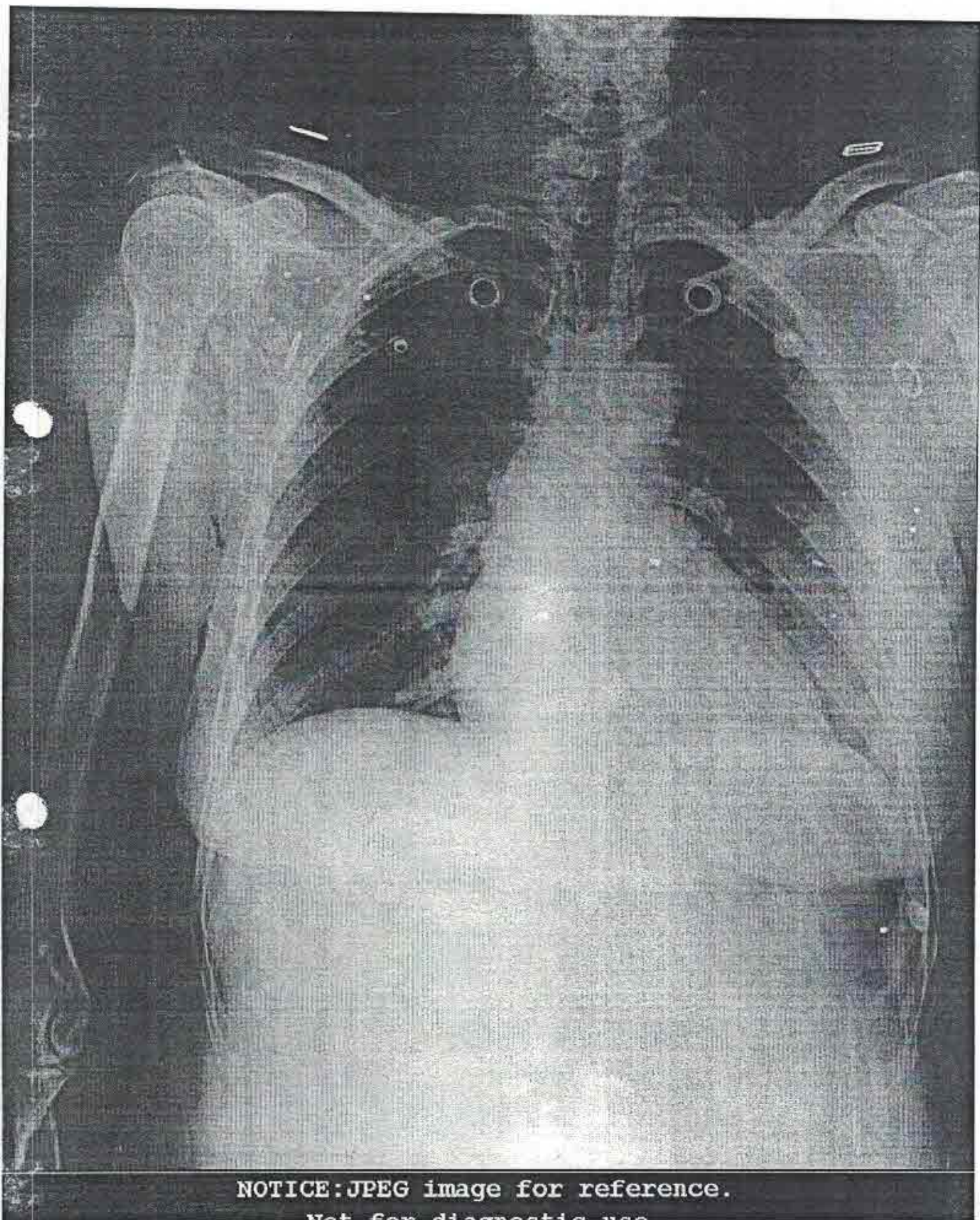


NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.



NOTICE:JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use

LAUDO MÉDICO

PACIENTE **LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO**, PRONTUÁRIO 171604, COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA (SIC), E ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI DIA 24/02/19, RECEBENDO ALTA DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI NO DIA 02/03/2019, COM DEFINIÇÃO DE CONDUTA CONSERVADORA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, PORTADORA DE FRATURA ORBITOZIGOMÁTICOMAXILAR BILATERAL SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO. RECEBE ALTA AMBULATORIAL BUCOMAXILOFACIAL NO DIA DE HOJE, 07/08/19. REFERE COMO SEQUELA PARESTESIA DA REGIÃO INERVADA PELOS NERVOS INFRA-ORBITAIS.

CID:S0.4



Eduardo F. C. Moreno
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCO-MAXILO-FACIAL
CRO-CE 7475

JUAZEIRO DO NORTE, 7 de agosto de 2019

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO Prontuário: 171604 Admissão: 07/08/2019
Data Nasc.: 24/08/1967 Idade: 51 ano(s) 11 mes(es) e 14 dia(s) Sexo: Feminino RG: 20161782153
Mãe: ZULMIRA ANTONIA DA CONCEICAO Telefone: (88) 99359-1963
Endereço: RUA RAIMUNDO NOROES MILFONT Bairro: VILA ALTA CEP:

ATENDIMENTO

Médico: EDUARDO FERNANDO CHAVES MORENO CRO: 4624 Nº Atendimento: 496245
Destino Interno: DECISÃO MÉDICA

HDA/Exame Físico:

história de atropelamento há cerca de 6 meses, portadora de fratura orbitozigomaticomaxilar sem deslocamento significativo, boa abertura bucal, sem queixa ocular, movimentos oculares preservados, refere parestesia residual de região inervada pelos ramos dos nervos infraorbitários bilateralmente, paciente edentula maxilar total.
- conservadora mantida
alta ambulatorial ctbmf

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------


Eduardo F. C. Moreno
Cirurgião - E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL
CROCE 7478



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA YCHENIL DO ESTADO DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

Polegar Direto

PROIBIDO PLASTIFICAR

Lucimar de Oliveira Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016178215 - 3 DATA DE EMISSÃO 27/06/2016

NOME
LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

FILIAÇÃO
**OTACILIO JOSÉ DE OLIVEIRA
ZULMIRA ANTONIA DA CONCEIÇÃO**

NATURALIDADE
CRATO - CE

DATA DE NASCIMENTO
24/08/1967

DOC. ORIGEM
**CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MESSEJANA TERMO: 10295 FOLHA: 154
LIVRO: B-19 FORTALEZA - CE
CPF 987.665.383-00**

RG: Ani: 98065985
P.: 56

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
Janeiro 2011

CORREIOS
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
987.665.383-00

Nome
LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Nascimento
24/08/1967

RECEBIDO EM
28 06 15

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190401350
Nome do(a) Examinado(a): Lucimar de Oliveira Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): R Dr Raimundo Noroies de Milfont, 180
VI Alta Crato CE CEP: 63119-240
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20161782153
Data local do acidente: [24/02/2019]
Data local do exame: [09/09/2019] CRATO [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DOS OSSOS DA FACE DO COMPLEXO ORBITO MAXILAR BILATERAL E ZIGOMÁTICO DIREITO E LESÃO CORTO CONTUSA EM PERNA ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM REPOUSO E MEDICAÇÕES E SUTURA DE LESÃO EM PERNA ESQUERDA.
Complicações: LIITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAIS DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Renan de Almeida Silva
CPF - 007.164.663-92
CRM/CE - 12076


Dr. Renan Almeida
Médico
CREMEC 12076

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401350 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE DO COMPLEXO ORBITO MAXILAR BILATERAL E ZIGOMÁTICO DIREITO E LESÃO CORTO CONTUSA EM PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAIS DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM REPOUSO E MEDICAÇÕES E SUTURA DE LESÃO EM PERNA ESQUERDA. COMPLICAÇÕES: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401350 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE DO COMPLEXO ORBITO MAXILAR BILATERAL E ZIGOMÁTICO DIREITO E LESÃO CORTO CONTUSA EM PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAIS DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM REPOUSO E MEDICAÇÕES E SUTURA DE LESÃO EM PERNA ESQUERDA. COMPLICAÇÕES: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401350 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS MALARES E MAXILARES.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FACE, DEMAIS NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO/ALTA;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401350 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO.
MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE (ANEXO 1 P 3).
TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 11.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 11
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401350 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURAS DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217653/19

Número do Sinistro: 3190401350

Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

CPF: 987.665.383-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: LUCIMAR DE OLIVEIRA
NASCIMENTO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/08/2019
Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
CPF: 987.665.383-00

LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217653/19

Número do Sinistro: 3190401350

Vítima: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

CPF: 987.665.383-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: LUCIMAR DE OLIVEIRA
NASCIMENTO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO : 987.665.383-00

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: 03/09/2019
Nome: LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO
CPF: 987.665.383-00

LUCIMAR DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2019
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO