

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200294301

Vítima: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200316022

Vítima: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200316022

Vítima: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000454-5

Conta: 0000048877-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 918.535.153-07 4 - Nome completo da vítima: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA

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

5 - Nome completo: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA	6 - CPF: 068.535.153-07		
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: ST BONHO BRANCO	9 - Número: 11	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CASA SAI DE FÁTIMA	12 - Cidade: COSTA	13 - Estado: CE	14 - CEP: 63100000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (69) 94560116	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ RS2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE RS5.000,00

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: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0454

CONTA: 48877

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às cintas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (varíaseco)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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
INSCRIÇÃO
digital da
assinatura
digitalizada
não autorizada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 01/07/13-08-2020

x Maria D. Rodrigues de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 918.535.153-07 4 - Nome completo da vítima: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA

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

5 - Nome completo: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA 6 - CPF: 068.535.153-07

7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: ST BONHO BRANCO 9 - Número: 11 10 - Complemento: CORPO

11 - Bairro: VILA SAI DE FÁTIMA 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63100000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (62) 94560116

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:

- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ RS2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE RS5.000,00 |

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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0454

CONTA: 48877

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às cintas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (varíaseco)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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
INSCRIÇÃO
digital da
assinatura
digitalizada
não autorizada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO 04/08/2020

x Maria D. Rodrigues de Souza

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

Impresso nº 2020491661



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 2724 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **13/08/2020 14:33:19**

Data / Hora da Ocorrência: **22/05/2020 02:10:00**

Endereço da Ocorrência: **R KALORÉ, MURITI - CRATO/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA**

Nascimento: **21/05/1998** CPF:

REGISTRO CIVIL: **16619** Orgão Emissor: **CARTORIO**

UF: **CE**

Filiação: **SELMA RODRIGUES DA SILVA**

FRANCISCO TEODOZIO DE SOUSA

Endereço: **SITIO BARRO BRANCO, 11**

Bairro: **NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**

Município: **CRATO/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNJ3175** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:

9C6RG3810J0008770 Renavam: **1122600418** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YS150 FAZER SED** Ano

Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **BRANCA** Proprietário: **MARIA DE SOUSA MARINHO** Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa o noticiante que na data, hora e local acima mencionados, quando conduzia o veículo descrito pela Rua Kaloré, deparou-se com um bueiro em sua frente e ao tentar se desviar do mesmo, foi de encontro a uma árvore com a qual colidiu, tendo sofrido lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU para o hospital Regional do Cariri (apresentou prontuário médico), onde recebeu atendimento. Apresenta documentos das testemunhas: RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA, RG. Nº 2009098113598 - SSP/CE, residente no barro Branco, Crato/CE; TALITA JOSIANE DA SILVA, RG. Nº 41591176-x - SSP/SP, residente no Barro Branco, Crato/CE e CARLOS HENRIQUE ALVES DA SILVA, RG Nº 415911849 - SSP/CE, residente no Barro Branco, Crato/CE. Nada mais a lavrar dou por encerrada a presente ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LUIS LINDOMAR DE SÁ - MAT.: 133981-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria dasdores R. de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Impresso nº 2020491661



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 2724 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **13/08/2020 14:33:19**

Data / Hora da Ocorrência: **22/05/2020 02:10:00**

Endereço da Ocorrência: **R KALORÉ, MURITI - CRATO/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA**

Nascimento: **21/05/1998** CPF:

REGISTRO CIVIL: **16619** Orgão Emissor: **CARTORIO**

UF: **CE**

Filiação: **SELMA RODRIGUES DA SILVA**

FRANCISCO TEODOZIO DE SOUSA

Endereço: **SITIO BARRO BRANCO, 11**

Bairro: **NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**

Município: **CRATO/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNJ3175** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:

9C6RG3810J0008770 Renavam: **1122600418** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YS150 FAZER SED** Ano

Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **BRANCA** Proprietário: **MARIA DE SOUSA MARINHO** Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa o noticiante que na data, hora e local acima mencionados, quando conduzia o veículo descrito pela Rua Kaloré, deparou-se com um bueiro em sua frente e ao tentar se desviar do mesmo, foi de encontro a uma árvore com a qual colidiu, tendo sofrido lesões corporais e foi socorrido pelo SAMU para o hospital Regional do Cariri (apresentou prontuário médico), onde recebeu atendimento. Apresenta documentos das testemunhas: RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA, RG. Nº 2009098113598 - SSP/CE, residente no barro Branco, Crato/CE; TALITA JOSIANE DA SILVA, RG. Nº 41591176-x - SSP/SP, residente no Barro Branco, Crato/CE e CARLOS HENRIQUE ALVES DA SILVA, RG Nº 415911849 - SSP/CE, residente no Barro Branco, Crato/CE. Nada mais a lavrar dou por encerrada a presente ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LUIS LINDOMAR DE SÁ - MAT.: 133981-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria dasdores R. de Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

918.535.153-07

4 - Nome completo da vítima:

MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA

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

5 - Nome completo:

MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA

6 - CPF:

068.535.153-07

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

ST BONHO BRANCO

9 - Número:

11

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NOSSA SENHA DE FÁTIMA

12 - Cidade:

COSTA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

63100000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(69) 94560116

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO:

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0454

CONTA:

48877

(informar o dígito se existir)

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às cintas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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

29 - Se tinha filhos, informar

 Vivos

30 - Vítima deixou

nasceu(nascer)?

Falecidos:

 Não Sim Não Não

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

01/07/2020

x Maria D. Rodrigues de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFAFETIZADO
INSCRIÇÃO DIGITAL
NOME DO
BENEFICIÁRIO
NOME ALFAFETIZADO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 918.535.153-07 4 - Nome completo da vítima: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA

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

5 - Nome completo: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA	6 - CPF: 068.535.153-07		
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: ST BONHO BRANCO	9 - Número: 11	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CASA SAI DE FÁTIMA	12 - Cidade: COSTA	13 - Estado: CE	14 - CEP: 63100000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (69) 94560116	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ RS2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE RS5.000,00

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: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0454

CONTA: 48877

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às cintas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (varíaseco)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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
INSCRIÇÃO
digital da
assinatura
digitalizada
não autorizada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 01/07/13-08-2020

x Maria D. Rodrigues de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00454-5

CONTA: 000000048877-1

Nr. Autenticação

BRADESCO15092020050000000002370045400000048877472500 PAGO

10297130

A Tarifa Social de Energia Elétrica:

Foi criada pela Lei nº 10.408

de 18 de junho de 2002.

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Valverde, 104

CEP 60135-040 | Fortaleza/CE

CNPJ: 01.047.751/0001-10 | CNPJ: 07.058.943/0001-10

enel

Para agilizar seu atendimento, utilize o QR abaixo

para entrar no nosso canal

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO E | SÉRIE URCA | Nº: 073291306

Rota CR315950 - 330000

Referência: 07/2020

Nome: JOSE RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: ST BARRO BRANCO, 00011 - 00011 CS B, NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 63185-000, CRATO

Classificação: Residencial Pleno

Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL

Emissão: 23/07/2020

Ligação: Monofásico

Medidor: 4827719-EL0-446

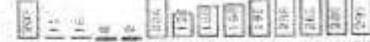
ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

25407-4508-0147-427800

DATAS DE LEITURA P.F.: 30/06

Anterior: 23/06/2020 Atual: 07/07/2020 Próxima leitura: 22/08/2020



DADOS DA MEDIDAÇÃO

Ponto	Luz Atual	Luz Anterior	Consumo	Consumo Média (kWh)	Consumo Último (kWh)	Consumo Faz (kWh)	Tarifa (IPSI)	Valor (R\$)
PF	3.744	3.730	1,06	111	88	91	0,2251	16,53

DADOS DO FATURAMENTO

CUSTO DE DISPONIBILIDADE	TARIFA	VALOR (R\$)
PARCELAMENTO NORMAL: 6/5	-	16,53
BONUS ITAIPU	-	73,64
	-	-1,97

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,53	0,34	0,06
COFINS	16,53	1,59	0,26

30/07/2020	TARIFA	88,45
		CPF/CNPJ: 063-110-743-95

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo da energia elétrica.Emitido kg(CO₂) | Compensado kg(CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂)

0,78 | 0,00 | 0,00

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETTRICA Voce possui conta(s) em atraso. (Ref:2020/06 Valor R\$102,36). A inadimplencia possilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio dos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000010297130.

DEBITOS ANTERIORES
Mês Ano Valor(R\$)
03/2020 1,78
04/2020 89,71
05/2020 36,17
Total: R\$ 107,54

Periodos: Bandr. Tarif.: Verde : 24/06 - 23/07

Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 possuirá reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Anel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

Nº do Cliente: 10297130 Referência: 07/2020 V: [1.0.0.14]
Data de Emissão: 23/07/2020 Total a Pagar (R\$): 88,45
Nº da Nota Fiscal: 073291306 N° de Controle: 000010297130 7
838600000000 8 88450031010 8 0160790607 8 00010297130 7

10297130

A Tarifa Social de Energia Elétrica:

Foi criada pela Lei nº 10.408

de 18 de junho de 2002.

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Valverde, 104

CEP 60135-040 | Fortaleza/CE

CNPJ: 01.047.751/0001-10 | CNPJ: 07.058.943/0001-10

enel

Para agilizar seu atendimento, utilize o QR abaixo

para entrar no nosso canal

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO E | SÉRIE URCA | Nº: 073291306

Rota CR315950 - 330000

Referência: 07/2020

Nome: JOSE RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: ST BARRO BRANCO, 00011 - 00011 CS B, NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 63185-000, CRATO

Classificação: Residencial Pleno

Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL

Emissão: 23/07/2020

Ligação: Monofásico

Medidor: 4827719-EL0-446

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

254074508 0147452800

DATAS DE LEITURA P.F.: 30/06

Anterior: 23/06/2020 Atual: 07/07/2020 Próxima leitura: 22/08/2020



DADOS DA MEDIDAÇÃO

Poss.	Lef. Atual	<input type="radio"/> Lef. Anterior	<input type="radio"/> Consul.	<input type="radio"/> Consumo Mês (kWh)	<input type="radio"/> Consumo Int. (kWh)	<input type="radio"/> Consumo Faz. (kWh)	<input type="radio"/> Tarifa (R\$/kWh)	<input type="radio"/> Valor (R\$)
PF	1.744	1.740	1.00	111	88	35	0.2251	16,53

DADOS DO FATURAMENTO

CUSTO DE DISPONIBILIDADE	TARIFA	VALOR (R\$)
PARCELAMENTO NORMAL: 6/5	-	16,53
BONUS ITAIPU	-	73,64
	-	-1,97

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,53	0,34	0,06
COFINS	16,53	1,59	0,26

30/07/2020 TURFA 88,45

CPF/CNPJ: 063.113.743-95

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões

pelo consumo da energia elétrica.

Emitido kg(CO₂) Compensado kg(CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

0,78 0,00

DEBITOS ANTERIORES
Mês Ano Valor(R\$)
03/2020 1,78
04/2020 89,71
05/2020 36,17
Total: R\$ 137,54

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETTRICA Voce possui conta(s) em atraso. (Ref:2020/06 Valor R\$102,36). A inadimplencia possilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio dos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000010297130.

Periodos: Band. Tarif.: Verde : 24/06 - 23/07

Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 possuirá o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Anel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

Nº do Cliente: 10297130 Referência: 07/2020 V: [1.0.0.14]
 Data de Emissão: 23/07/2020 Total a Pagar (R\$): 88,45
 N.º de Nota Fiscal: 073291306 N.º de Controle: 0000102971307
 838600000000 8 88450031010 8 0160790607 8 00010297130 7

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): Admissão: 22/05/2020 02:07
 Nome: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA
 Pront.: 188722 Data Nasc.: 21/05/1991 Idade: 29 ano(s) 0 mes(es) e 1 dia(s) Tel.:
 Mãe: SELMA RODRIGUES DA SILVA
 Sexo: Feminino RG: Municipio: CRATO
 CEP 63113-000 Bairro: .
 Endereço: .

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: DANIELA BARBOZA SABÓIA CRUZ
 Queixa: paciente trazida pelo samu vitima de acidente transito com dor em mid Horário Classificação: 22/05/2020 02:14
 Fluxograma: TRAUMA MAIOR
 Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
 Risco de Queda: Não
 Alergia a medicamento: Não

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulo/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES CRM: 6529 Nº: 534141 Horário 22/05/2020 02:30
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE DE 29 ANOS, SOFREU ACIDENTE DE MOTO HÁ 30 MIN; REFERE DOR EM MID;

EXAME FÍSICO:

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS

B: MV+ S/RA

C: RCR, 2T, BNF

D: GLASGOW 15

E: EDEMA , DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
22/05/2020 02:14	TRAUMA MAIOR	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	DANIELA BARBOZA SABÓIA CRUZ

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Admissão: 22/05/2020 02:07

Nome: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA

Pront.: 188722 Data Nasc.: 21/05/1991 Idade: 29 ano(s) 0 mes(es) e 1 dia(s) Tel.:

Mãe: SELMA RODRIGUES DA SILVA

Sexo: Feminino RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro:

Endereço: .

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	22/05/2020 02:34	Sim	Pendente
RX FEMUR D AP/P (0204060117)	22/05/2020 02:34	Sim	Pendente

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

PRESCRIÇÃO

Médico: ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES

CRM 6529

22/05/2020

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS PARECER DO ORTOPEDISTA	ok
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	02:40
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR> SOLUCAO FISIOLOGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR NA 1 ^a , 2 ^a , 3 ^a , 4 ^a FASE(S) 500 ML </BR> FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 83,3 ML/H </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	✓ 2= 3= 4=
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	05

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DN/VIDADE: 21/05/1991 | 29 anno(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA: ENFLEITO PEQUENAS CIRURGIAS, Pequenas Cirurgias, 01 EXAME: TC CRANIO SEM
CONTRASTE (0206010079)
PROFISSIONAL: CINTHYA PINTO SILVA JUSTIFICATIVA: TRAUMA DE FACE DATA REALIZAÇÃO: 22/05/2020 06:21 DATA LAUDO:
22/05/2020 07:46 HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

TÉCNICA:

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

ANÁLISE:

- Calcificação nodular patológica encefálica em giro do cíngulo medindo 3,6 mm, sem evidências de edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, 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
- Seios paranasais bem aerados, com transparência preservada.
- Elementos ósseos avallados sem traços de fratura ou lesões agressivas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não há evidências de fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
- Calcificação patológica encefálica de aspecto tomográfico residual.

LARISSA CALDAS MIRANDA
CRM:12753



PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DN/IDADE: 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA: ENELITO PEQUENAS CIRURGIAS, Pequenas Cirurgias, 01 EXAME: TC FACE SEM
CONTRASTE (0206010044)
PROFISSIONAL: CINTHYA PINTO SILVA JUSTIFICATIVA: TRAUMA DE FACE DATA REALIZAÇÃO: 22/05/2020 06:21 DATA LAUDO:
22/05/2020 07:46 HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

TÉCNICA:

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

ANÁLISE:

- Calcificação nodular patológica encefálica em giro do cíngulo medindo 3,6 mm, sem evidências de edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, 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
- Seios paranasais bem aerados, com transparência preservada.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não há evidências de fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
- Calcificação patológica encefálica de aspecto tomográfico residual.

LARISSA CALDAS MIRANDA
CRM:12753

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA
Idade: 22 ano(s) 0 mes(es) e 2 dia(s) Sexo: Feminina Pront.: 188722
Endereço: . Bairro: .
Num: . CEP: 63113-000 UF: CEARÁ Cidade: CRATO

LOCALIZAÇÃO

Clinica: TRAUMATO-	Enfermaria: 03	Leito: 410
Internação: 22/05/2020	22:24	Alta: * Não Informado * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

fratura exposta de patela e da diafise de femur direito

Exames Realizados

radiografias

Terapêutica Utilizada

atamento cirúrgico

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Não	S820	FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 23/05/2020

Observações Complementares

1. tomar medicações prescritas
2. pisar conforme tolerância de dor
3. realizar fisioterapias
4. retorno em 30 dias no ambulatório de ortopedia

Responsável

Médico: LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO

Data: 23/05/2020



CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050527	Urgência	22/05/2020 15:15	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA (PATELECTOMIA)	TISSIANO DANTAS SAMPAIO
0408050098	Urgência	22/05/2020 15:15	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO	TISSIANO DANTAS SAMPAIO
0401010058	Urgência	22/05/2020 15:15	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	TISSIANO DANTAS SAMPAIO

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 22/05/20 15:36

Paciente: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Prontuário: 188722

Clinica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

1º Auxiliar: ULISSSES SILVA PEREIRA

Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE Circulante:

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 21/05/1998

Enfermaria: Sala Cirúrgica

Leito: 03G

Anestesiologia: HERMES MELO TEIXEIRA BATISTA

2º Auxiliar:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050098	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR	N
0408050527	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA (PATELECTOMIA)	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050527	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA (PATELECTOMIA)	S
0408050098	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR	N
0401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	N

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Acaentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Potencialmente Contaminada	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	----------------------------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PCT SOB EFEITO ANESTESICO

ASSEPSIA + ANTISEPSIA

APOSICAO DE CAMPOS

VISUALIZADO LESAO CORTOSONTUSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO + FRATURA DE PATELA SEM DESVIO, POREM SEM VIOLAR A INTEGRIDADE DO RETINÁCULO

REALIZADO DEBRIDAMENTO + LMC + IRRIGAÇÃO ABUNDANTE COM SF0.9

APROVEITADO A MESMA LESAO PARA ACESSO AO TENDAO PATELAR

REALIZADO DISSECCAO POR PLANOS

USTM DE INICIADOR PARA ACESSO AO CANAL MEDULAR

PA_{TM} ASSEG DE FIO GUIA

FRESAGEM DO CANAL MEDULAR

FIXTM COM HIM + BLOQUIOS DISTAIS E PROXIMAS

IRRIGAÇÃO COM SF0.9

SUTURA POR PLANOS

CURATIVO ESTÉRIO

REALIZADO IRRIGAÇÃO + DEBRIDAMENTO EM JOELHO ESQUERDO COM RETIRADA DE CORPO EXTRANHO (PEDRA)

IRRIGAÇÃO COM SF 0.9

SUTURA

CURATIVO



107 007164064
Dr. Ulisses Silva Pereira
Cirurgia do Ombro
CREMEC-1442/TEG-1449

Data

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Relatório de Cirurgia

Paciente: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA

Prontuário: 188722

Clínica: PEQUENAS CIRURGIAS

Enfermaria: EXTRA

Leito: EXT01

Cirurgião: CINTHYA PINTO SILVA

Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

PROCEDIMENTO(S) PROPOSTO(S)

0401010066

EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXO:
E MUCOSA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

REALIZADA ANTISSEPSIA EXTRA ORAL COM CLOREXIDINE DEGERMANTE

REALIZADA ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA COM LIDOCAÍNA SEM VASO

IF -GAÇÃO COM SF 0,9%

REALIZO SUTURA COM VICRYL 4-0 E COM NYLON 4-0

CURATIVO



Data 22 | 05 | 2020

Cinthy Pinto Silva
CIRURGIA DE O-MAXILO-FACIAL
CRMCE - 5133

Assinatura

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

CRELITE

Ex:

AP

Se: 2/2

Im: 1/1

FEMUR

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
MARIA DAS DORES RODRIGUEES DE SOUSA

1991 May 21 F 188722

Acc:

2020 May 22

Acq Tm: 04 19:57.875

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:4096 L:2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): Admissão: 22/05/2020 02:07
 Nome: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA
 Pront.: 188722 Data Nasc.: 21/05/1991 Idade: 29 ano(s) 0 mes(es) e 1 dia(s) Tel.:
 Mãe: SELMA RODRIGUES DA SILVA
 Sexo: Feminino RG: Municipio: CRATO
 CEP 63113-000 Bairro: .
 Endereço: .

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: DANIELA BARBOZA SABÓIA CRUZ
 Queixa: paciente trazida pelo samu vitima de acidente transito com dor em mid Horário Classificação: 22/05/2020 02:14
 Fluxograma: TRAUMA MAIOR
 Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
 Risco de Queda: Não
 Alergia a medicamento: Não

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulo/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES CRM: 6529 N°: 534141 Horário 22/05/2020 02:30
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE DE 29 ANOS, SOFREU ACIDENTE DE MOTO HÁ 30 MIN; REFERE DOR EM MID;

EXAME FÍSICO:

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS

B: MV+ S/RA

C: RCR, 2T, BNF

D: GLASGOW 15

E: EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
22/05/2020 02:14	TRAUMA MAIOR	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	DANIELA BARBOZA SABÓIA CRUZ

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Admissão: 22/05/2020 02:07

Nome: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA

Pront.: 188722 Data Nasc.: 21/05/1991 Idade: 29 ano(s) 0 mes(es) e 1 dia(s) Tel.:

Mãe: SELMA RODRIGUES DA SILVA

Sexo: Feminino RG:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro:

Endereço: .

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	22/05/2020 02:34	Sim	Pendente
RX FEMUR D AP/P (0204060117)	22/05/2020 02:34	Sim	Pendente

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição

PRESCRIÇÃO

Médico: ANTONIO OTAVIO LEITE FERNANDES

CRM 6529

22/05/2020

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS PARECER DO ORTOPEDISTA	ok
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	02:40
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR> SOLUCAO FISIOLOGICA 0,9% - FR ADMINISTRAR NA 1 ^a , 2 ^a , 3 ^a , 4 ^a FASE(S) 500 ML </BR> FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 83,3 ML/H </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	✓ 2= 3= 4=
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	05

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DN/VIDADE: 21/05/1991 | 29 anno(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA: ENFLEITO PEQUENAS CIRURGIAS, Pequenas Cirurgias, 01 EXAME: TC CRANIO SEM
CONTRASTE (0206010079)
PROFISSIONAL: CINTHYA PINTO SILVA JUSTIFICATIVA: TRAUMA DE FACE DATA REALIZAÇÃO: 22/05/2020 06:21 DATA LAUDO:
22/05/2020 07:46 HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

TÉCNICA:

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

ANÁLISE:

- Calcificação nodular patológica encefálica em giro do cíngulo medindo 3,6 mm, sem evidências de edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, 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
- Seios paranasais bem aerados, com transparência preservada.
- Elementos ósseos avallados sem traços de fratura ou lesões agressivas.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não há evidências de fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
- Calcificação patológica encefálica de aspecto tomográfico residual.

LARISSA CALDAS MIRANDA
CRM:12753

PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DN/IDADE: 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA: ENELITO PEQUENAS CIRURGIAS, Pequenas Cirurgias, 01 EXAME: TC FACE SEM
CONTRASTE (0206010044)
PROFISSIONAL: CINTHYA PINTO SILVA JUSTIFICATIVA: TRAUMA DE FACE DATA REALIZAÇÃO: 22/05/2020 06:21 DATA LAUDO:
22/05/2020 07:46 HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

TÉCNICA:

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

ANÁLISE:

- Calcificação nodular patológica encefálica em giro do cíngulo medindo 3,6 mm, sem evidências de edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, 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
- Seios paranasais bem aerados, com transparência preservada.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não há evidências de fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
- Calcificação patológica encefálica de aspecto tomográfico residual.

LARISSA CALDAS MIRANDA
CRM:12753

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA
Idade: 22 ano(s) 0 mes(es) e 2 dia(s) Sexo: Feminina Pront.: 188722
Endereço: . Bairro: .
Num: . CEP: 63113-000 UF: CEARÁ Cidade: CRATO

LOCALIZAÇÃO

Clinica: TRAUMATO-	Enfermaria: 03	Leito: 410
Internação: 22/05/2020	22:24	Alta: * Não Informado * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

fratura exposta de patela e da diafise de femur direito

Exames Realizados

radiografias

Terapêutica Utilizada

atamento cirúrgico

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Não	S820	FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 23/05/2020

Observações Complementares

1. tomar medicações prescritas
2. pisar conforme tolerância de dor
3. realizar fisioterapias
4. retorno em 30 dias no ambulatório de ortopedia

Responsável

Médico: LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO

Data: 23/05/2020



CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050527	Urgência	22/05/2020 15:15	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA (PATELECTOMIA)	TISSIANO DANTAS SAMPAIO
0408050098	Urgência	22/05/2020 15:15	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO	TISSIANO DANTAS SAMPAIO
0401010058	Urgência	22/05/2020 15:15	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	TISSIANO DANTAS SAMPAIO

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 22/05/20 15:36

Paciente: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Prontuário: 188722

Clinica: CENTRO CIRURGICO

Cirurgião: TISSIANO DANTAS SAMPAIO

1º Auxiliar: ULISSSES SILVA PEREIRA

Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE Circulante:

Instrumentador:

Dt. Nascimento: 21/05/1998

Enfermaria: Sala Cirúrgica

Leito: 03G

Anestesiologia: HERMES MELO TEIXEIRA BATISTA

2º Auxiliar:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050098	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR	N
0408050527	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA (PATELECTOMIA)	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050527	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA (PATELECTOMIA)	S
0408050098	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR	N
0401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	N

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Acaentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Potencialmente Contaminada	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	----------------------------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

PCT SOB EFEITO ANESTESICO

ASSEPSIA + ANTISEPSIA

APOSICAO DE CAMPOS

VISUALIZADO LESAO CORTOSONTUSO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO + FRATURA DE PATELA SEM DESVIO, POREM SEM VIOLAR A INTEGRIDADE DO RETINÁCULO

REALIZADO DEBRIDAMENTO + LMC + IRRIGAÇÃO ABUNDANTE COM SF0.9

APROVEITADO A MESMA LESAO PARA ACESSO AO TENDAO PATELAR

REALIZADO DISSECCAO POR PLANOS

USTM DE INICIADOR PARA ACESSO AO CANAL MEDULAR

PA_{TM} ASSEG DE FIO GUIA

FRESAGEM DO CANAL MEDULAR

FIXTM COM HIM + BLOQUIOS DISTAIS E PROXIMAS

IRRIGAÇÃO COM SF0.9

SUTURA POR PLANOS

CURATIVO ESTÉRIO

REALIZADO IRRIGAÇÃO + DEBRIDAMENTO EM JOELHO ESQUERDO COM RETIRADA DE CORPO EXTRANHO (PEDRA)

IRRIGAÇÃO COM SF 0.9

SUTURA

CURATIVO

Dr. 107 007164064
Dr. Ulisses Silva Pereira
Cirurgia do Ombro
CREMEC-1442/TEG-1449



Data

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Relatório de Cirurgia

Paciente: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA

Prontuário: 188722

Clínica: PEQUENAS CIRURGIAS

Enfermaria: EXTRA

Leito: EXT01

Cirurgião: CINTHYA PINTO SILVA

Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

PROCEDIMENTO(S) PROPOSTO(S)

0401010066

EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXO:
E MUCOSA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

REALIZADA ANTISSEPSIA EXTRA ORAL COM CLOREXIDINE DEGERMANTE

REALIZADA ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA COM LIDOCAÍNA SEM VASO

IF -GAÇÃO COM SF 0,9%

REALIZO SUTURA COM VICRYL 4-0 E COM NYLON 4-0

CURATIVO



Data 22/05/2020

Cinthy Pinto Silva
CIRURGIA DE O-MAXILO-FACIAL
CRMCE - 5133

Assinatura

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

CRELITE

Ex:

AP

Se: 2/2

Im: 1/1

FEMUR

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
MARIA DAS DORES RODRIGUEES DE SOUSA

1991 May 21 F 188722

Acc:

2020 May 22

Acq Tm: 04 19:57.875

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:4096 L:2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE





REBUROCA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA HABITAÇÃO

DE TRAM - GE
CATÁLOGO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

Nº 015279494325

DATA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CAR. 1 112260418 000000000 2019

MARIA DE SOUZA PEREIRA

CRATO/CE
00407946314 PNJ3175

015279494325 65130962883
2019 03/03/2019 PNJ3175

60407946314 PNJ3175

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATAÇÃO
www.seguradoratidir.com.br
SAC DPVAT 066 022 1264

CE Nº 015279494325 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PORTUGUÊSCA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NÃO, SEGURO DPVAT

PRÉMIO TARIFÁRIO		PRAZO DE VIGÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	NÚMERO DO BILHETE
VALOR DA PREMIADA	VALOR DA PREMIADA			
1.000,00	1.000,00	01/07/2019	01/07/2019	60407946314
2.000,00	2.000,00	01/07/2019	01/07/2019	112260418
3.000,00	3.000,00	01/07/2019	01/07/2019	956853810J0008770

PREMIAÇÃO		PRAZO DE VIGÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	NÚMERO DO BILHETE
VALOR DA PREMIADA	VALOR DA PREMIADA			
1.000,00	1.000,00	01/07/2019	01/07/2019	60407946314
2.000,00	2.000,00	01/07/2019	01/07/2019	112260418
3.000,00	3.000,00	01/07/2019	01/07/2019	956853810J0008770

LOTE/SEGURADOR: PROTECTOR
MOTOR: 0367679202690019

ACO-2019

CREATO / 03/03/2020

REBUROCA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA HABITAÇÃO

DE TRAM - GE
CATÁLOGO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

Nº 015279494325

DATA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CAR. 1 112260418 000000000 2019

MARIA DE SOUZA PEREIRA

CRATO/CE
00407946314 PNJ3175

015279494325 65130962883
2019 03/03/2019 PNJ3175

60407946314 PNJ3175

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATAÇÃO
www.seguradoratidir.com.br
SAC DPVAT 066 022 1264

CE Nº 015279494325 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE OU PORTUGUÇAGEM A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NÃO, SEGURO DPVAT

PRÉMIO TARIFÁRIO		PRAZO DE VIGÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	NÚMERO DO BILHETE
VALOR DA PREMIADA	VALOR DA PREMIADA			
1.000,00	1.000,00	01/07/2019	01/07/2019	60407946314
2.000,00	2.000,00	01/07/2019	01/07/2019	112260418
3.000,00	3.000,00	01/07/2019	01/07/2019	956853810J0008770

PREMIAÇÃO		PRAZO DE VIGÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	NÚMERO DO BILHETE
VALOR DA PREMIADA	VALOR DA PREMIADA			
1.000,00	1.000,00	01/07/2019	01/07/2019	60407946314
2.000,00	2.000,00	01/07/2019	01/07/2019	112260418
3.000,00	3.000,00	01/07/2019	01/07/2019	956853810J0008770

LOTE/SEGURADOR: PROTECTOR
MOTOR: 0367679202690016

ACO-2019

CREATO / 03/03/2020

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200316022 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA **Data do acidente:** 22/05/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO. P.1,5
FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.6,7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 MODERADA DE MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230835/20

Vítima: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUS.

CPF: 068.535.153-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2020

Titular do CPF: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA : 068.535.153-07

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: 18/08/2020
Nome: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA
CPF: 068.535.153-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

LEVI OLIVEIRA AMANCIO