
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

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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 068.535.153-07 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. BARTHO BRANCO 9 - Número: 11 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MOSSA SRA DE FÁTIMA 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63100000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (89) 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 0454 5 CONTA: 48877 1
(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 (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 custas da Seguradora Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (val 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 - ☐ Imprescrita digital de última geração ou ☐ Imprescrita de última geração
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 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, CRATO 13-08-2020

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: 068.535.153-07 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. BARTHO BRANCO 9 - Número: 11 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MOSSA SRA DE FÁTIMA 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63100000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (89) 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 0454 5 CONTA: 48877 1
(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 (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 custas da Seguradora Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (val 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 - ☐ Imprescritível digital de ☐ Imprescritível de ☐ Imprescritível de ☐ Imprescritível de
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 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, CRATO 13-08-2020

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 Nº 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 SA - MAT.: 133981-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria das Dores R. de Sousa

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 Nº 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 SA - MAT.: 133981-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria das Dores R. de Sousa

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: 068.535.153-07 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. BARTHO BRANCO 9 - Número: 11 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MOSSA SRA DE FÁTIMA 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63100000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (89) 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 0454 5 CONTA: 48877 1
(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 (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 custas da Seguradora Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (val 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 - ☐ Imprescrita digital de ☐ Imprescrita de ☐ Imprescrita de ☐ Imprescrita de ☐ Imprescrita de
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 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: CRATO - 13-08-2020

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

BRADESCO1509202005000000000023700454000000048877472500 PAGO

enel

CNPJ: 00.047.738/0001-79 | 027-08 175.348.7

Referência: 07/2020

Medidor 4827719-ELC-446

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

1998年11月

Age Group	Percentage
18-24	10
25-34	15
35-44	20
45-54	25
55-64	30
65-74	35
75-84	30
85-94	25
95+	10

Posico	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo MEds (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Pot. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
15								
17	9.744	9.730	1.00	11	60	36	0.5555	17.55

VALOR (R\$)

16,58

73,84

BONUS ITAIPU

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	16,58	0,34	0,06
COFINS	16,58	1,59	0,26

GENCINVEST	30/07/2020	711144 A [1000000]	88,45
------------	------------	-----------------------	-------

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSEUR DE CO. (Nasdaq) Compense aux émissions

polo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO ₂)	Compensado
0,78	0,63

CPF/CNPJ

2.000

INTERVIEW **INTERVIEW** **INTERVIEW**

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2020/06 Valor R\$102,30). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos 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 debito para pagamento. Caso ja tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000010297130.

REUTED PATS/1/000

DOI: 10.1002/for

00/0000 1.00

04-2020	1.12
04-2021	29.71

94/2028	95.11
95/2000	96.17

02/28/2017
7:14 PM EST

2023-09-10:24

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

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

10297130 07/2020 V:[1.0.0.14]

Nº do Cliente: 23/07/2020 Referência: 88.45
Total a Pagar (R\$): 1.150,00

Data de Emissão: 07/3/2018 18:86 Total a Pagar (R\$): 100100,79086
Nº de Controle: 10010079086

Nº da Nota Fiscal: 884590310108 016079086078 000102971307

838-86000000 © 1984-1985

DOI: 10.1002/for

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:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/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.:

Elxo: 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 FISIOLÓGICA 0,9% - FR
ADMINISTRAR NA 1ª, 2ª, 3ª, 4ª 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

1 2 3 4

DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DNIDADE: 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA: ENFEITO 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:

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

LARISSA CALDAS MIRANDA
CRM: 12753

PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DNIDADE: 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA: ENFEITO 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:

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

LARISSA CALDAS MIRANDA
CRM:12753

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA			Pront.: 188722
Idade: 22 ano(s) 0 mes(es) e 2 dia(s)	Sexo: Feminino		
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 Salda: Alta

Resumo Clínico

fratura exposta de patela e da diafise de femur direito

Exames Realizados

radiografias

Terapêutica Utilizada

Tratamento cirurgico

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Cancelada

Não

DIAGNÓSTICOS

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

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Observações Complementares

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

Responsável

Médico: LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO

Data: 23/05/2020

Data Programada da Alta: 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
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050098	Urgência	22/05/2020 15:15	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO	TISSIANO DANTAS SAMPAIO
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
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
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: TISSIANO DANTAS SAMPAIO
1º Auxiliar: ULISSES SILVA PEREIRA
Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE
Instrumentador:
Dt. Nascimento: 21/05/1998
Enfermaria: Sala Cirurgica
Anestesiologia: HERMES MELO TEIXEIRA BATISTA
Leito: 03G
2º Auxiliar:
Circulante:

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:

Acidentes 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 + ANTISSEPSIA
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 AO TENDAO PATELAR
REALIZADO DISSECCAO POR PLANOS
USUO DE INICIADOR PARA ACESSO AO CANAL MEDULAR
PASSAGEM DE FIO GUIA
FRESAGEM DO CANAL MEDULAR
FIXAÇÃO COM HIM + BLOQUIOS DISTAIS E PROXIMAIS
IRRIGAÇÃO COM SF0.9
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO ESTÉRIO
REALIZADO IRRIGAÇÃO + DEBRIDAMENTO EM JOELHO ESQUERDO COM RETIRADA DE CORPO EXTRANNHO (PEDRA)
IRRIGAÇÃO COM SF 0.9
SUTURA
CURATIVO



107 00776406 4
Dr. Ulisses Silva Pereira
Cirurgia do Ombro
CREMEC-1491 TEGT-1491

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

INFUSÃO COM SF 0,9%

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

CURATIVO

Data 22/05/2020Cintya Pinto Silva
Cirurgiã de Cabeça e Maxilo-Facial
CRM - 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 RODRIGUES 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:

Município: CRATO

CEP 63113-000

Bairro:

Endereço:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: DANIELA BARBOZA SABÓIA CRUZ

Queixa: paciente trazida pelo samu vítima de acidente trânsito com dor em mid Horário Classificação: 22/05/2020 02:14

Fragma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

Risco de Queda: Não

Alergia a medicamento: Não

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/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.:

Elxo: 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

TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% /
INTRAVENOSA / 12/12 H

Nº TOTAL DE FASES: 4
</BR>SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - FR
ADMINISTRAR NA 1ª, 2ª, 3ª, 4ª 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

DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DNIDADE: 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA: ENFEITO 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:

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

LARISSA CALDAS MIRANDA
CRM: 12753

PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DNIDADE: 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA: ENFEITO 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:

1. Não há evidências de fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
2. 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: Feminino 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 Salda: Alta

Resumo Clínico

fratura exposta de patela e da diafise de femur direito

Exames Realizados

radiografias

Terapêutica Utilizada

tratamento cirurgico

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Cancelada

Não

DIAGNÓSTICOS

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

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Observações Complementares

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

Responsável

Médico: LEONARDO COELHO DE ALENCAR BARRETO

Data: 23/05/2020

Data Programada da Alta: 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
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050098	Urgência	22/05/2020 15:15	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO	TISSIANO DANTAS SAMPAIO
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
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
Clínica: CENTRO CIRURGICO
Cirurgião: TISSIANO DANTAS SAMPAIO
1º Auxiliar: ULISSES SILVA PEREIRA
Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE
Instrumentador:
Dt. Nascimento: 21/05/1998
Enfermaria: Sala Cirurgica
Anestesiologia: HERMES MELO TEIXEIRA BATISTA
Leito: 03G
2º Auxiliar:
Circulante:

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:

Acidentes 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 + ANTISSEPSIA
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 AO TENDAO PATELAR
REALIZADO DISSECCAO POR PLANOS
USUO DE INICIADOR PARA ACESSO AO CANAL MEDULAR
PASSAGEM DE FIO GUIA
FRESAGEM DO CANAL MEDULAR
FIXAÇÃO COM HIM + BLOQUIOS DISTAIS E PROXIMAIS
IRRIGAÇÃO COM SF0.9
SUTURA POR PLANOS
CURATIVO ESTÉRIO
REALIZADO IRRIGAÇÃO + DEBRIDAMENTO EM JOELHO ESQUERDO COM RETIRADA DE CORPO EXTRANNHO (PEDRA)
IRRIGAÇÃO COM SF 0.9
SUTURA
CURATIVO



107 00776406 4
Dr. Ulisses Silva Pereira
Cirurgia do Ombro
CREMEC-1491 TEGT-1491

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

INFUSÃO COM SF 0,9%

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

CURATIVO

Data 22/05/2020Cintya Pinto Silva
Cirurgiã de Otorrinolaringologia e
Cirurgia de Cabeça e Pescoço - 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 RODRIGUES 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
GOV. GERAL: SODORATO DE MOURA
 GOV. GERAL: SODORATO DE MOURA
 GOV. GERAL: SODORATO DE MOURA

IDENTIFICADO
MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

FEIÇÃO
FRANCISCO TEODORO DE SOUSA

SÉLIA RODRIGUES DA SILVA

DATA NASCIMENTO 21/05/1998 **NATURALIDADE** VARZEA ALEGRE - CE
CÓDIGO EMISSÃO SSPDS CE **TITULO** XXXX
ASSINATURA XXXXXXXXXXXXXXXX

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TELEFONE 7-116 DE 00 DE AGOSTO DE 1981

CPF XXXXXXXXXXXXXXXX **CPF** XXXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL (CÓDIGO) 2002200000000000 **DATA DE EMISSÃO** 19/07/2019 **2ª VIA**

REGISTRO GERAL
CÓDIGO NASCIMENTO CARTÃO-LAMEIRO TERMO:0018913 FOLHA:00000218
LIVRO 4 0014 CRATO - CE

NOME SOCIAL XXXXXXXXXXXXXXXX **CPF** XXXXXXXXXXXXXXXX **SÉRIE** UP
REGISTRO GERAL XXXXXXXXXXXXXXXX **REGISTRO GERAL** XXXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL XXXXXXXXXXXXXXXX **REGISTRO GERAL** XXXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL XXXXXXXXXXXXXXXX **REGISTRO GERAL** XXXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL XXXXXXXXXXXXXXXX **REGISTRO GERAL** XXXXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL XXXXXXXXXXXXXXXX **REGISTRO GERAL** XXXXXXXXXXXXXXXX

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
068.535.153-07

Nome
MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

Nascimento
21/05/1998

CÓDIGO DE CONTROLE
A8FC.E4CE.0030.CED8



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 18:08:17 do dia 25/05/2020 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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