Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Acessar nova versão do e-SAJ

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRT.21.00300072-0** em **06/01/2021 11:54:02**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Crato
Processo : 0052627-22.2020.8.06.0071
Protocolo : WCRT.21.00300072-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 06/01/2021 11:54:02

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>Exibir 3 primeiros

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2776533_CONTESTACAO_02 - 1-9.pdf
Documentação : 2776533_CONTESTACAO_Anexo_01 - 1-34.pdf
Procuração/Substabelecimento : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-6.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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

Pag. 01781/01782 - carta_01 - INVALIDEZ
00020891
Carta nº 16045254

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

Pag. 01707/01708 - carta_01 - INVALIDEZ
00020854
Carta nº 16095959

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, 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

Pag. 00349/00350 - carta_15R - INVALIDEZ
00020175

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: [X] DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [X] 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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA			6 - CPF: 068.535.153-07
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: ST BAIRRO BRANCO	9 - Número: 22	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MASSA SRA DE FATIMA	12 - Cidade: CRATO	13 - Estado: CEARÁ	14 - CEP: 63700000
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): (88) 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:

[X] 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: [X] 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)

[X] **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

INVALIDEZ PERMANENTE

[X] **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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: [ ] Solteiro [ ] Casado (no Civil) [ ] Divorciado [ ] Separado Judicialmente [ ] Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): [ ] Sim [ ] Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? [ ] Sim [ ] Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? [ ] Sim [ ] Não | 31 - Vítima teve irmãos? [ ] Sim [ ] Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? [ ] Sim [ ] Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

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

x Maria D. Rodrigues de Sousa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FDS-001-V002/2012

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: [X] DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [X] 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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA			6 - CPF: 068.535.153-07
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: ST BAIRRO BRANCO	9 - Número: 22	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MASSA SRA DE FATIMA	12 - Cidade: CRATO	13 - Estado: CEARÁ	14 - CEP: 63700000
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): (88) 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:

[X] 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: [X] 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)

[X] **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

INVALIDEZ PERMANENTE

[X] **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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: [ ] Solteiro [ ] Casado (no Civil) [ ] Divorciado [ ] Separado Judicialmente [ ] Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): [ ] Sim [ ] Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? [ ] Sim [ ] Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? [ ] Sim [ ] Não | 31 - Vítima teve irmãos? [ ] Sim [ ] Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? [ ] Sim [ ] Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

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

x Maria D. Rodrigues de Sousa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FDS-001-V002/2012

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
Impresso nº 2020491661

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

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) Vitima(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) Veiculo(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 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

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

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) Vitima(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) Veiculo(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 Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: [X] DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [X] 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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA			6 - CPF: 068.535.153-07
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: ST BAIRRO BRANCO	9 - Número: 22	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MASSA SRA DE FATIMA	12 - Cidade: CRATO	13 - Estado: CEARÁ	14 - CEP: 63700000
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): (88) 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:

[X] 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: [X] 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)

[X] **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

INVALIDEZ PERMANENTE

[X] **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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: [ ] Solteiro [ ] Casado (no Civil) [ ] Divorciado [ ] Separado Judicialmente [ ] Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): [ ] Sim [ ] Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? [ ] Sim [ ] Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? [ ] Sim [ ] Não | 31 - Vítima teve irmãos? [ ] Sim [ ] Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? [ ] Sim [ ] Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

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

x Maria D. Rodrigues de Sousa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FDS-001-V002/2012

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: [X] DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [X] 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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA			6 - CPF: 068.535.153-07
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: ST BAIRRO BRANCO	9 - Número: 22	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MASSA SRA DE FATIMA	12 - Cidade: CRATO	13 - Estado: CEARÁ	14 - CEP: 63700000
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): (88) 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:

[X] 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: [X] 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)

[X] **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

INVALIDEZ PERMANENTE

[X] **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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: [ ] Solteiro [ ] Casado (no Civil) [ ] Divorciado [ ] Separado Judicialmente [ ] Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): [ ] Sim [ ] Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? [ ] Sim [ ] Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? [ ] Sim [ ] Não | 31 - Vítima teve irmãos? [ ] Sim [ ] Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? [ ] Sim [ ] Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

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

x Maria D. Rodrigues de Sousa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FDS-001-V002/2012

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
BRADESCO150920200500000000002370045400000004887747250 0 PAGO

10297130

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 154
CEP 60135-042 | Fortaleza-CE

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 073291886

Rota CR315850 - 330000 Referência 07/2020

Nome JOSE RODRIGUES DE SOUSA
Endereço ST BARRO BRANCO, 00011 - 00011 CS B, NOSSA SENHORA DE FATIMA, 63105-000, CRATO
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 23/07/2020
Medidor 4827719-ELO-446

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
23/06/2020	23/07/2020	22/08/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
1P	9.744	9.733	1,00	11	00	00	0,[illegible]	[illegible]

DADOS DO FATURAMENTO	TARIFA	VALOR (R$)
CUSTO DE DISPONIBILIDADE	-	16,58
PARCELAMENTO NORMAL 6/8	-	73,84
BONUS ITAIPU	-	-1,97

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

VENCIMENTO 30/07/2020

TOTAL A PAGAR (R$) 88,45

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 063.139.743-95

EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
0,78	0,00	0,00%

MENSAGEM AO CLIENTE

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 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 possa ter o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

DEBITOS ANTERIORES MES/ANO	VALOR(R$)
03/2020	1,78
04/2020	89,71
05/2020	96,13
Total: 03	187,54

Nº do Cliente: 10297130
Data de Emissão: 23/07/2020
Nº da Nota Fiscal: 073291886
Referência: 07/2020
Total a Pagar (R$): 88,45
Nº de Controle: 100160790 86
V:[1.0.0.14]

83860000000 0 88450310108 0160790860 7 00010297130 7

10297130

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 154
CEP 60135-042 | Fortaleza-CE

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 073291886

Rota CR315850 - 330000 Referência 07/2020

Nome JOSE RODRIGUES DE SOUSA
Endereço ST BARRO BRANCO, 00011 - 00011 CS B, NOSSA SENHORA DE FATIMA, 63105-000, CRATO
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico

Emissão 23/07/2020
Medidor 4827719-ELO-446

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
23/06/2020	23/07/2020	22/08/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
1P	9.744	9.733	1,00	11	00	00	0,[illegible]	[illegible]

DADOS DO FATURAMENTO	TARIFA	VALOR (R$)
CUSTO DE DISPONIBILIDADE	-	16,58
PARCELAMENTO NORMAL 6/8	-	73,84
BONUS ITAIPU	-	-1,97

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

VENCIMENTO 30/07/2020

TOTAL A PAGAR (R$) 88,45

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 063.139.743-95

EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
0,78	0,00	0,00%

MENSAGEM AO CLIENTE

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 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 possa ter o reajuste tarifário médio de 3,94% publicado na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19.

DEBITOS ANTERIORES MES/ANO	VALOR(R$)
03/2020	1,78
04/2020	89,71
05/2020	96,13
Total: 03	187,54

Nº do Cliente: 10297130
Data de Emissão: 23/07/2020
Nº da Nota Fiscal: 073291886
Referência: 07/2020
Total a Pagar (R$): 88,45
Nº de Controle: 100160790 86
V:[1.0.0.14]

83860000000 0 88450310108 0160790860 7 00010297130 7

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

ATO DECLARATORIO

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:** **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.:**
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

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

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.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

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 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	02 22 35 47
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

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

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DN/IDADE: 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA.ENF.LEITO 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 avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas.

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

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 **DN/IDADE:** 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA **CLÍNICA.ENF.LEITO** PEQUENAS CIRURGIAS, Pequenas Cirurgias, 01 **EXAME:** TC FACE SEM CONSTRASTE (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.

ÁLISE:

- 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.

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI ISGH AUTÊNTICO AO ORIGINAL

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

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

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 Saída: Alta

Cancelada
Não

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

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 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

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

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

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 22/05/20 15:36

Paciente: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA
Prontuário: 188722 Dt. Nascimento: 21/05/1998
Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 03G
Cirurgião: TISSIANO DANTAS SAMPAIO Anestesiologia: HERMES MELO TEIXEIRA BATISTA
1º Auxiliar: ULISSES SILVA PEREIRA 2º Auxiliar:
Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE Circulante:
Instrumentador:

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
US[illegible]E INICIADOR PARA ACESSO AO CANAL MEDULAR
PA[illegible]SGEM DE FIO GUIA
FRESAGEM DO CANAL MEDULAR
FIX[illegible]ÃO COM HIM + BLOQUIOS DISTAIS E PROXIMAIS
IRR[illegible]AÇÃO 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

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

107 007 6406 4
Dr. Ulisses Silva Pereira
Cirurgia do Ombro
CREMEC-14491 TEOT: 14491

Data | |

Assinatura Cirurgião | CREMEC

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 / ANEXOS E MUCOSA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

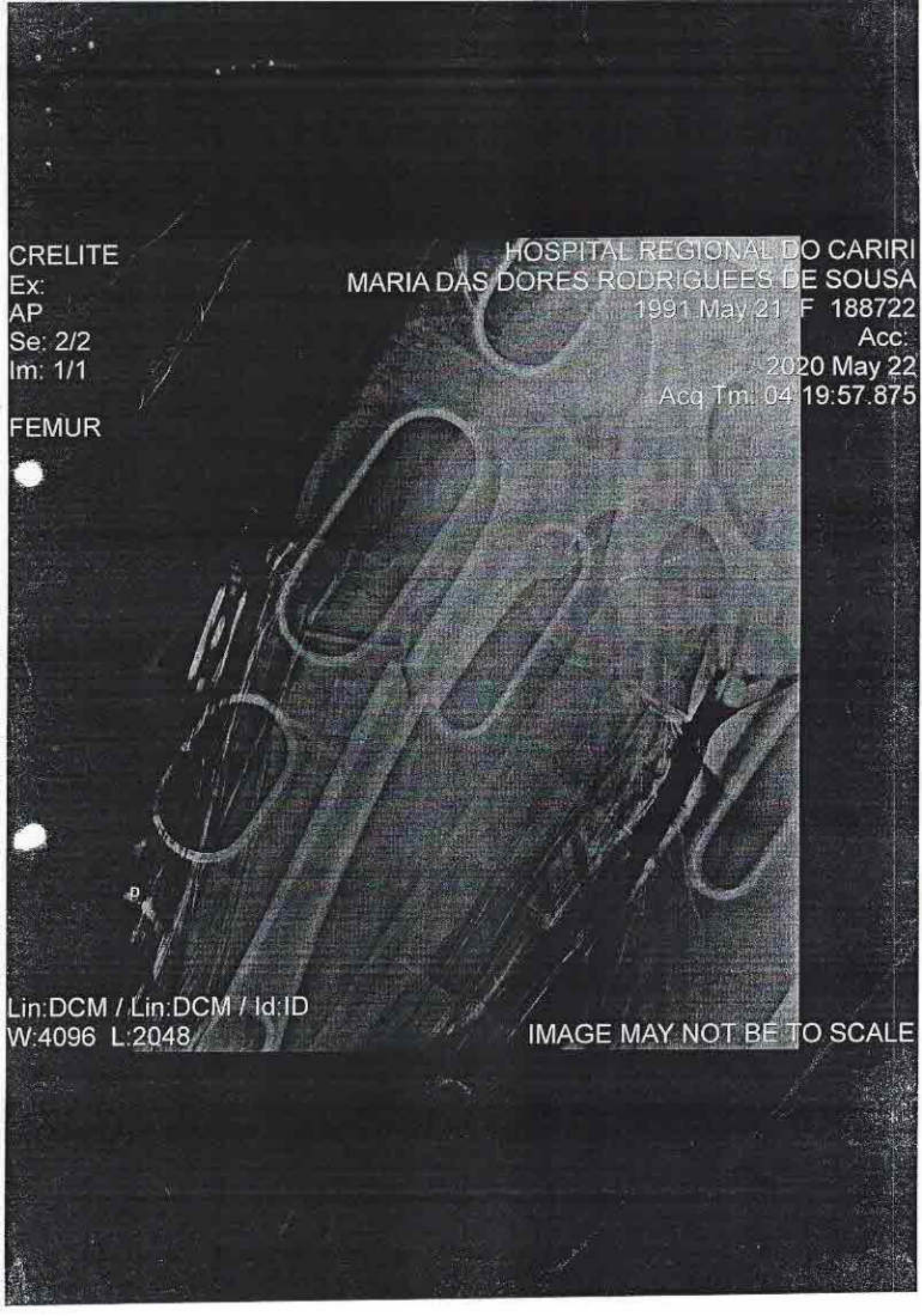
REALIZADA ANTISSEPSIA EXTRA ORAL COM CLOREXIDINE DEGERMANTE
REALIZADA ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA COM LIDOCAÍNA SEM VASO
IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%
REALIZO SUTURA COM VICRYL 4-0 E COM NYLON 4-0
CURATIVO

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

Data 22/05/2020

Dra. Cinthya Pinto Silva
CIRURGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
CRO-CE - 5133

Assinatura


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
P
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:4096 L:2048
IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

ATO DECLARATORIO

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:** **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.:**
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

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

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.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

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 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	02 22 35 47
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

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

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

PACIENTE: MARIA DAS DORES RODRIGUES DE SOUSA PRONTUÁRIO: 188722 DN/IDADE: 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA CLÍNICA.ENF.LEITO 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 avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas.

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

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 **DN/IDADE:** 21/05/1991 | 29 ano(s)
MÃE: SELMA RODRIGUES DA SILVA **CLÍNICA.ENF.LEITO** PEQUENAS CIRURGIAS, Pequenas Cirurgias, 01 **EXAME:** TC FACE SEM CONSTRASTE (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.

ÁLISE:

- 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.

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI ISGH AUTÊNTICO AO ORIGINAL

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

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

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 Saída: Alta

Cancelada
Não

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

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 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

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

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

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 22/05/20 15:36

Paciente: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA
Prontuário: 188722 Dt. Nascimento: 21/05/1998
Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 03G
Cirurgião: TISSIANO DANTAS SAMPAIO Anestesiologia: HERMES MELO TEIXEIRA BATISTA
1º Auxiliar: ULISSES SILVA PEREIRA 2º Auxiliar:
Enfermeiro: PRISCILA CRISTINA ARAUJO SANTOS DE ANDRADE Circulante:
Instrumentador:

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
US[illegible]E INICIADOR PARA ACESSO AO CANAL MEDULAR
PA[illegible]SGEM DE FIO GUIA
FRESAGEM DO CANAL MEDULAR
FIX[illegible]ÃO COM HIM + BLOQUIOS DISTAIS E PROXIMAIS
IRR[illegible]AÇÃO 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

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

107 007 6406 4
Dr. Ulisses Silva Pereira
Cirurgia do Ombro
CREMEC-14491 TEOT: 14491

Data | |

Assinatura Cirurgião | CREMEC

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 / ANEXOS E MUCOSA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

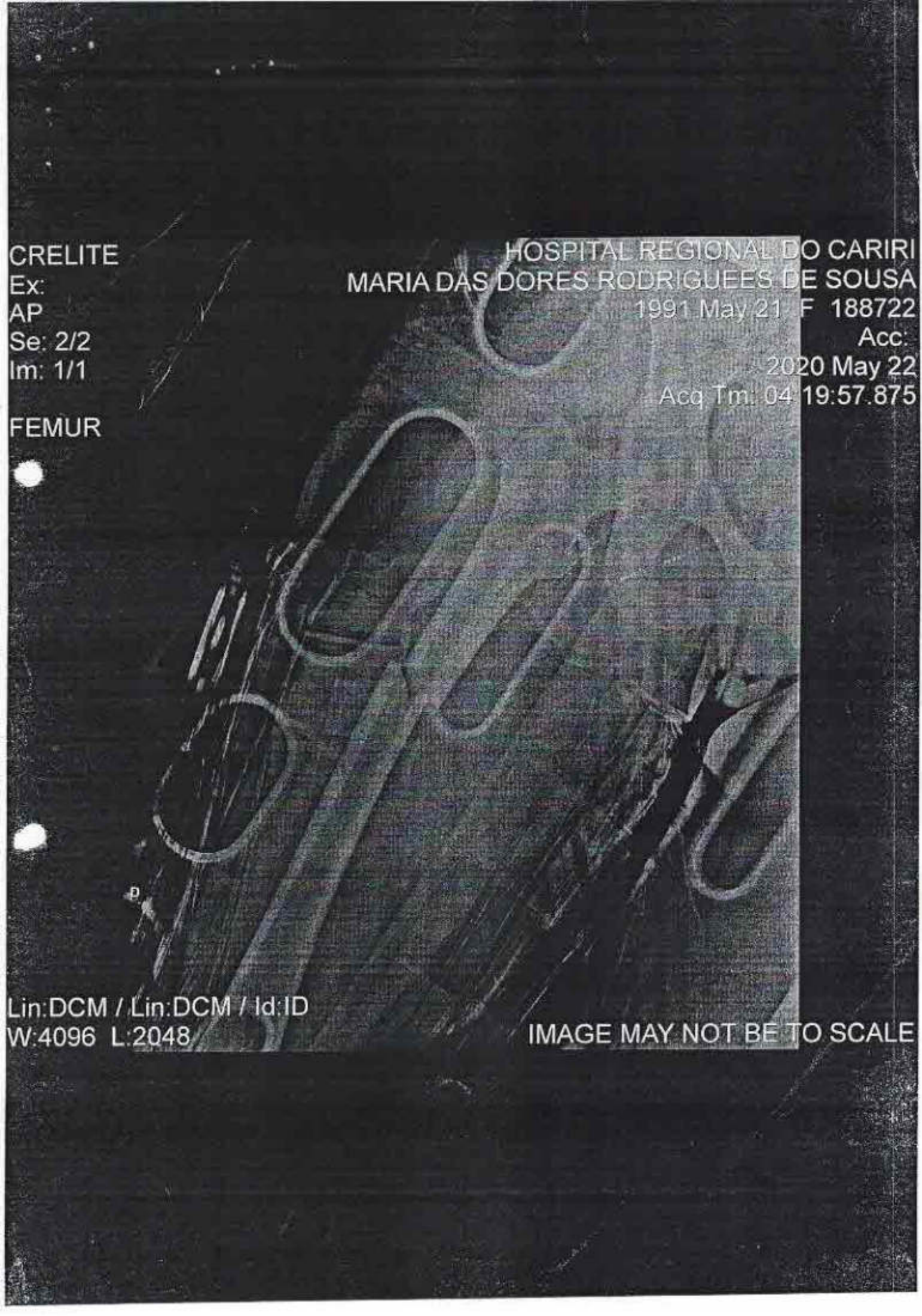
REALIZADA ANTISSEPSIA EXTRA ORAL COM CLOREXIDINE DEGERMANTE
REALIZADA ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA COM LIDOCAÍNA SEM VASO
IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%
REALIZO SUTURA COM VICRYL 4-0 E COM NYLON 4-0
CURATIVO

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - ISGH
AUTÊNTICO AO ORIGINAL
ASS:

Data 22/05/2020

Dra. Cinthya Pinto Silva
CIRURGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
CRO-CE - 5133

Assinatura


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
P
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:4096 L:2048
IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

NOME
MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

FILIAÇÃO
FRANCISCO TEODOZIO DE SOUSA

SELMA RODRIGUES DA SILVA

DATA NASCIMENTO 21/05/1998
NATURALIDADE VARZEA ALEGRE - CE
ORGÃO EXPEDIDOR SSPDS CE
TIPO SANGUÍNEO XXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXX

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF XXXXXXXXXXXXXX
DN XXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL 2002200453-8
ÓRGÃO P. SS
DATA DE EXPEDIÇÃO 19/07/2010
2ª VIA
REGISTRO GERAL
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO:LAMBIRO TERMO:0018813 FOLHA:00000218 LIVRO:A 0014 CRATO - CE

NOME SOCIAL
XXXXXXXXXXXXXXX

FOLEGAR DIREITO

TÍTULO ELEITOR XXXXXXXXXXXXXX
CTPS XXXXXXXXXXXX SÉRIE XXXX UF XX
REGISTRO ANEST XXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO DE PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXX
CERT MILITAR XXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX
CNH XXXXXXXXXXXXXX
CNS XXXXXXXXXXXXXXX

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

NOME
MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA

FILIAÇÃO
FRANCISCO TEODOZIO DE SOUSA

SELMA RODRIGUES DA SILVA

DATA NASCIMENTO 21/05/1998
NATURALIDADE VARZEA ALEGRE - CE
ORGÃO EXPEDIDOR SSPDS CE
TIPO SANGUÍNEO XXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXX

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF XXXXXXXXXXXXXX
DN XXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO GERAL 2002200453-8
ÓRGÃO P. SS
DATA DE EXPEDIÇÃO 19/07/2010
2ª VIA
REGISTRO GERAL
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO:LAMBIRO TERMO:0018813 FOLHA:00000218 LIVRO:A 0014 CRATO - CE

NOME SOCIAL
XXXXXXXXXXXXXXX

FOLEGAR DIREITO

TÍTULO ELEITOR XXXXXXXXXXXXXX
CTPS XXXXXXXXXXXX SÉRIE XXXX UF XX
REGISTRO ANEST XXXXXXXXXXXXXX
REGISTRO DE PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXX
CERT MILITAR XXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX
CNH XXXXXXXXXXXXXX
CNS XXXXXXXXXXXXXXX

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

DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE — Nº 015279494325

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
CAPL 01	1122600418	0000000000	2019

NOME
MARIA DE SOUSA MARINHO
****
****
CRATO/CE

CPF/CNPJ	PLACA
60407946314	PNJ3175

PLACA ANT/UF	CHASSI
PNJ3175/CE	9C6RG3810J0008770

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NÃO APLIC	GASOL/ALCO

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
YAMAHA/YS150 FAZER SED	2017	2018

CAPACIDADE	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0CV/149CC	PARTIC	BRANCA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
******,**	**/**/**	1ª *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
***	******* **	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
80,11	0,32	84,58	01/07/201

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
CRATO	03/03/2020

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015279494325 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

60407946314 — PNJ3175

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

015279494325 — 65130962883

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	03/03/20

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
0	60407946314	PNJ3175

RENAVAM	MARCA/MODELO
1122600418	YAMAHA/YS150 FAZER SED

ANO FAB	CAT. VEÍC.	Nº CHASSI
2017	09	9C6RG3810J0008770

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
36,05	4,01	40,05

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
4,15	0,32	84,58

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	01/07/2019

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC: [illegible]
MOTOR: G3F7E-020260

SEGURADORA LIDER DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

ACO-2019

DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE — Nº 015279494325

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
CAPL 01	1122600418	0000000000	2019

NOME
MARIA DE SOUSA MARINHO
****
****
CRATO/CE

CPF/CNPJ	PLACA
60407946314	PNJ3175

PLACA ANT/UF	CHASSI
PNJ3175/CE	9C6RG3810J0008770

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NÃO APLIC	GASOL/ALCO

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
YAMAHA/YS150 FAZER SED	2017	2018

CAPACIDADE	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0CV/149CC	PARTIC	BRANCA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
******,**	**/**/**	1ª *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *****
***	******* **	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
80,11	0,32	84,58	01/07/201

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
CRATO	03/03/2020

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015279494325 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

60407946314 — PNJ3175

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

015279494325 — 65130962883

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	03/03/20

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
0	60407946314	PNJ3175

RENAVAM	MARCA/MODELO
1122600418	YAMAHA/YS150 FAZER SED

ANO FAB	CAT. VEÍC.	Nº CHASSI
2017	09	9C6RG3810J0008770

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
36,05	4,01	40,05

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
4,15	0,32	84,58

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	01/07/2019

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC: [illegible]
MOTOR: G3F7E-020260

SEGURADORA LIDER DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

ACO-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230835/20

Vítima: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUS

Data do acidente: 22/05/2020

CPF: 068.535.153-07

CPF de: Próprio

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 18/08/2020	Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA	Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 068.535.153-07	CPF: 167.398.762-15
MARIA DASDORES RODRIGUES DE SOUSA	LEVI OLIVEIRA AMANCIO