

**Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200436895**

**Vítima: TAILANE CARNEIRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 01/10/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TAILANE CARNEIRO DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 62,71
Juros:	R\$ 13,35
Total creditado:	R\$ 2.438,56

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **TAILANE CARNEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.438,56**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000052828938-8**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2021

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200436895                      Vítima: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 01/10/2020                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/03/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.438,56

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000052828938-8

---

Nr. da Autenticação E842182324A5772A

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200436895 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TAILANE CARNEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 01/10/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO(.P-1)  
FRATURA FECHADA DA FALANGE DISTAL DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ÚMERO( OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.  
DEMAIS CONSERVADOR.  
P-7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X-&

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# 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: 079.139.373-94 4 - Nome completo da vítima: Tailane Carneiro da Silva

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

5 - Nome completo: Tailane Carneiro da Silva 6 - CPF: 079.139.373-94  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Francisco Meneça 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camará 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 61.753-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 9.88701298

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 52828938 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (hainascer)? ☐ 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

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,

Fortaleza/ce, 25/11/2020.

\*Tailane Carneiro

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: 079.139.373-94 4 - Nome completo da vítima: Tailane Carneiro da Silva

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

5 - Nome completo: Tailane Carneiro da Silva 6 - CPF: 079.139.373-94  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Francisco Moreira 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camará 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 61.753-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 9.88701298

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: NU-PAGAMENTOS S.A  
AGÊNCIA: 0001  CONTA: 52828938  8  
(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) ☐ 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 (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão 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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza/ce, 25/11/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **25/11/2020 12:34:04**  
 Data / Hora da Ocorrência: **01/10/2020 18:20:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AV MANUEL FELICIANO DE LIMA, CAMARA - AQUIRAZ/CE**  
 Ponto de Referência:


**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **TAILANE CARNEIRO DA SILVA**  
 Nascimento: **22/09/1997** CPF: **079.139.373-94**  
 RG: **20086301513** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
 Filiação: **MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA**  
**ROBERTO CARLOS SANTANA DA SILVA**  
 Endereço: **RUA FRANCISCO MOREIRA LIMA (MALVINAS), 10**  
 Bairro: **CAMARA**  
 Município: **AQUIRAZ/CE** CEP:  
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98759-8428**

**Histórico**

Compareceu a noticiante acima qualificada, devidamente alertada das penas contidas no arts. 339 e 340 do CPB (Denúnciação caluniosa e Comunicação falsa de crime), noticiando que vinha na garupa da motocicleta FAN 160 de placa POK7D33, cor vermelha, ano 2019 de propriedade de seu pai ROBERTO CARLOS SANTANA DA SILVA, que na hora do acidente era conduzida por seu pai, pela Av. Manuel Feliciano de Lima, Camará-Aquiraz, ocasião em que colidiu com um veículo de cor branca, que no momento não informou o modelo e a placa do veículo, onde saía de uma rua paralela, invadindo a avenida. QUE logo após o acidente o condutor do veículo se evadiu do local; QUE devido a colisão caiu ao solo, sendo socorrida por um veículo que passava pelo local, onde lhe conduziu para o UPA de Eusébio, onde lá foi transferida para o IFJ centro de Fortaleza; QUE não informou o nome do condutor do veículo que lhe socorreu; QUE devido o acidente teve várias escoriações pelo corpo e fraturas no ombro esquerdo; QUE seu pai ROBERTO CARLOS SANTANA DA SILVA, sofreu escoriações leve, não precisou atendimento médico; QUE tem como testemunhas do acidente as pessoas MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA, RG 96008016580 e FRANCISCA MIRLA LIMA GOMES, RG 2007474226. É nada mais disse.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Tailane Carneiro Da Silva

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

Consolidado em: 25/11/2020 13:13:05

Pág. 1 de 2

Impressão em: 25/11/2020 13:13:05



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ  
Impresso nº 2020857647



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 1649 / 2020**

**RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x**



**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2020 12:34:04**  
Data / Hora da Ocorrência: **01/10/2020 18:20:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV MANUEL FELICIANO DE LIMA, CAMARA - AQUIRAZ/CE**  
Ponto de Referência:


**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **TAILANE CARNEIRO DA SILVA**  
Nascimento: **22/09/1997** CPF: **079.139.373-94** UF: **CE**  
RG: **20086301513** Órgão Emissor: **SSPDS**  
Filiação: **MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA**  
**ROBERTO CARLOS SANTANA DA SILVA**  
Endereço: **RUA FRANCISCO MOREIRA LIMA (MALVINAS), 10**  
Bairro: **CAMARA** CEP:  
Município: **AQUIRAZ/CE** Telefone: **(85) 98759-8428**  
País: **BRASIL**

**Histórico**

Compareceu a noticiante acima qualificada, devidamente alertada das penas contidas no arts. 339 e 340 do CPB (Denúnciação caluniosa e Comunicação falsa de crime), noticiando que vinha na garupa da motocicleta FAN 160 de placa POK7D33, cor vermelha, ano 2019 de propriedade de seu pai ROBERTO CARLOS SANTANA DA SILVA, que na hora do acidente era conduzida por seu pai, pela Av. Manuel Feliciano de Lima, Camará-Aquiraz, ocasião em que colidiu com um veículo de cor branca, que no momento não informar o modelo e a placa do veículo, onde saía de uma rua paralela, invadindo a avenida. QUE logo após o acidente o condutor do veículo se evadiu do local; QUE devido a colisão caiu ao solo, sendo socorrida por um veículo que passava pelo local, onde lhe conduziu para o UPA de Eusébio, onde lá foi transferida para o IFJ centro de Fortaleza; QUE não informar o nome do condutor do veículo que lhe socorreu; QUE devido o acidente teve varias escoriações pelo corpo e fraturas no ombro esquerdo; QUE seu pai ROBERTO CARLOS SANTANA DA SILVA, sofreu escoriações leve, não precisou atendimento medico; QUE tem como testemunhas do acidente as pessoas MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA, RG 96008016580 e FRANCISCA MIRLA LIMA GOMES, RG 2007474226. E nada mais disse.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: **DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:  FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Tailane Carneiro Da Silva

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

Correspondido em: 25/11/2020 13:12:05

Pág. 1 de 2

Impressão em: 25/11/2020 13:13:05



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ  
Impresso nº 2020857847



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 1649 / 2020**

**RODRIGO AURÉLIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-x**

# 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: 079.139.373-94 4 - Nome completo da vítima: Tailane Carneiro da Silva

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

5 - Nome completo: Tailane Carneiro da Silva 6 - CPF: 079.139.373-94  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Francisco Meneça 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camará 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 61.753-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 9.88701298

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 52828938 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (haverá)? ☐ 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

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,

Fortaleza/ce, 25/11/2020.

\*Tailane Carneiro

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: 079.139.373-94 4 - Nome completo da vítima: Tailane Carneiro da Silva

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

5 - Nome completo: Tailane Carneiro da Silva 6 - CPF: 079.139.373-94  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Francisco Moneja 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camará 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 61.753-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 9.88701298

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: NU-PAGAMENTOS S.A  
AGÊNCIA: 0001  CONTA: 52828938  8  
(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) ☐ 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 (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão 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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza/ce, 25/11/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

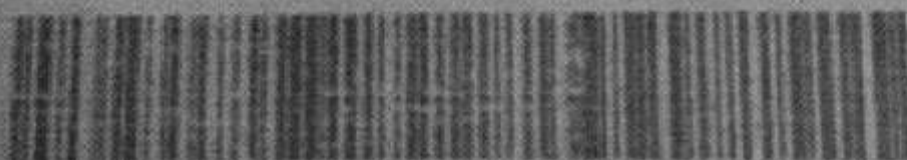
**ANDA**

Banco

**FORT MOTOS**



CTCE FORTALEZA CE CID - AMARRADOS  
ROBERTO CARLOS SANTANA DA SILVA  
RUA FRANCISCO MOREIRA LIMA 00010  
CENTRO  
61753-000 CAMARA CE



72133436375312100000-498630240320

Data da post

CartaQuilacac0067287364712020

RECEBUELA, 1999.1

Quilacac

S

Alo Banco Hon

377 - Santo Amaro



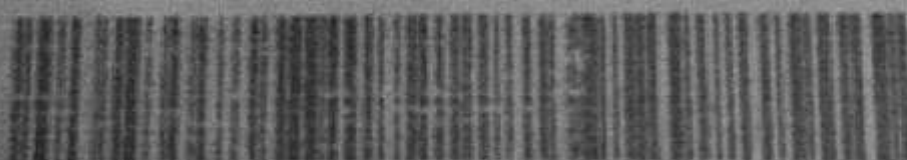
**ONDA**

Banco

**FORT MOTOS**



CTGE FORTALEZA CE CID - AMARRADOS  
ROBERTO CARLOS SANTANA DA SILVA  
RUA FRANCISCO MOREIRA LIMA 00010  
CENTRO  
61753-000 CAMARA CE



721334363753121000900-498630240320

Data da post

CartaQuilacag0057287364712020

RECEBIMOS

Quilacag

S

Alto Banco Hoi

377 - Santo Amaro

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703009850226470 Admissão: 02/10/2020 01:04  
 Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
 Pront.: 5684396 Data Nasc.: 22/09/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s) Tel.: 85 98863-6271  
 Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA  
 Sexo: Feminino RG: 20086301513 Município: AQUIRAZ  
 CEP 61700-000 Bairro: CAMARA  
 Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Risco: VERDE Classificador SUINY MARQUES LEITE COREN:131295 Horário 02/10/2020 01:13  
 Queixa: VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM PRESENÇA DE HEMATOMA GALEAL EM REGIÃO FRONTAL +  
 ESCORIAÇÕES + DOR EM mse. nEGA SÍNCOPE  
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA  
 Discriminador: ACIDENTE DE MOTO ( DOR LEVE RECENTE)  
 Autoagressão: Não  
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Médico: DIEGO GERMANO MAIA CRM: 11995 Nº: 674606 Horário 02/10/2020 01:45  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6  
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO  
 Comorbidade:

**HDA/Exame Físico:**

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO ATINGINDO REGIÃO FRONTAL, COM ESCORIAÇÕES. PROVAVEL  
 FRATURA FECHADA EM OMBRO ESQUERDO.  
 RELATA CEFALIA E NAUSEAS AGORA.  
 NEGA ALERGIAS E GRAVIDEZ  
 GCS 15, ESTAVEL, CONTA A PROPRIA HISTORIA.  
 CD: 1) SOL TC CRANIO, RX OMBRO ESQUERDO  
 2) NEUROC, TRAUMATO

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Data: 09/10/2020 16:27

**EVOLUÇÃO**

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
07/10/2020 11:17	CARLOS EMANUEL VASCONCELOS	5684396 - TAILANE CARNEIRO DA SILVA FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL SOLICITO RX + TC AGUARDA PARECER DO GRUPO DE OMBRO #EM TEMPO
02/10/2020 07:50	CAIO LUCIO ALENCAR DE ANDRADE	APRESENTA FRATURA FECHADA DE 5° PODODACTILO DE PE DIREITO E EXPOSTA PUNTIFORME DE FALANGE DISTAL DE 4°

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703009850226470

Admissão: 02/10/2020 01:04

Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Pront.: 5684396 Data Nasc.: 22/09/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s)

Tel.: 85 98863-6271

Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA

Sexo: Feminino

RG: 20086301513

Município: AQUIRAZ

CEP 61700-000

Bairro: CAMARA

Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**EXAME**

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

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
02/10/2020 01:13	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ACIDENTE DE MOTO (DOR LEVE RECENTE)	VERDE	SUIANY MARQUES LEITE

**PRESCRIÇÃO**

Médico: CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CRM 5715

09/10/20 08:49

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	



**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 703009850226470 **Admissão:** 02/10/2020 01:04  
**Nome:** TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
**Pront.:** 5684396 **Data Nasc.:** 22/09/1997 **Idade:** 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s) **Tel.:** 85 98863-6271  
**Mãe:** MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA  
**Sexo:** Feminino **RG:** 20086301513 **Município:** AQUIRAZ  
**CEP:** 61700-000 **Bairro:** CAMARA  
**Endereço:** RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**PRESCRIÇÃO****Médico:** ANGELO JOSE GURGEL LUZ**CRM:** 6256**08/10/20 07:55**

Prescrição	Horário:
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703009850226470

Admissão: 02/10/2020 01:04

Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Pront.: 5684396 Data Nasc.: 22/09/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s)

Tel.: 85 98863-6271

Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA

Sexo: Feminino

RG: 20086301513

Município: AQUIRAZ

CEP 61700-000

Bairro: CAMARA

Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**PRESCRIÇÃO**

Médico: ANGELO JOSE GURGEL LUZ

CRM 6256

06/10/20 08:29

Prescrição	Horário:
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	



**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703009850226470 Admissão: 02/10/2020 01:04  
 Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
 Pront.: 5684396 Data Nasc.: 22/09/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s) Tel.: 85 98863-6271  
 Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA  
 Sexo: Feminino RG: 20086301513 Município: AQUIRAZ  
 CEP 61700-000 Bairro: CAMARA  
 Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**PRESCRIÇÃO**

Médico: CARLOS EMANUEL VASCONCELOS CRM 5715 04/10/20 07:39

Prescrição	Horário:
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA   FISIOTERAPIA MOTORA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% /	

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703009850226470

Admissão: 02/10/2020 01:04

Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Pront.: 5684396 Data Nasc.: 22/09/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s)

Tel.: 85 98863-6271

Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA

Sexo: Feminino

RG: 20086301513

Município: AQUIRAZ

CEP 61700-000

Bairro: CAMARA

Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**PRESCRIÇÃO**

Médico: CAIO LUCIO ALENCAR DE ANDRADE

CRM

19414

02/10/20 07:43

Prescrição	Horário:
INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
SULFATO FERROSO 250MG (50 MG DE FERRO ELEMENTAR) - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 2 VEZES AO DIA   APÓS O ALMOÇO E APÓS O JANTAR	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
HEPARINA SODICA 5000UI/0,25ML - AMP ADMINISTRAR 5000 UI / SUBCUTÂNEA / 12/12 H   NA FALTA DE ENOXAPARINA 40MG/0,4ML	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

**RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**

Paciente: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 24 dia(s)

Sexo: Feminino

Pront.: 5684396

Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

Bairro: CAMARA

Município: SN

CEP: 61700-000

UF: CEARÁ

Cidade: AQUIRAZ

**Localização**

Clínica: UNIDADE 21

Enfermaria: 211

Leito: 2111

Admissão Emergência: 02/10/2020 01:04

Internação: 09/10/2020

16:29

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

**Relatório**

Tipo de Saída: Alta

**Cancelada**

Não

**Resumo Clínico**

FEMININO, 23 ANOS, RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM DÍMIDIO ESQUERDO.

APRESENTA DOR, DEFORMIDADE EM MSE E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

RADIOGRAFIA DA ADMISSÃO REVELAVA FRATURA FECHADA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE 4º PODODÁCTILO (REGIÃO DE FALANGE DISTAL)

FIMEMIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL COM PLACA BLOQUEADA DE ÚMERO PROXIMAL + 02 PARAFUSOS CORTICAIS + 09 PARAFUSOS BLOQUEADOS - DR. MARCO AURÉLIO - SEM INTERCORRÊNCIAS - 14/10/2020

**Alta Hospitalar**

SEGUIR ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÕES MÉDICAS

MANTER A TIPOIA

MARCAR RETORNO AMBULATORIAL COM DR. MARCO AURÉLIO EM 2 SEMANAS DA ALTA HOSPITALAR

TRAZER O RELATÓRIO DE ALTA/LAUDO MÉDICO PARA AS CONSULTAS NO AMBULATÓRIO

RETORNAR PRECOCEMENTE SE INTERCORRÊNCIAS TRAUMATOLÓGICAS

**Exames Realizados**

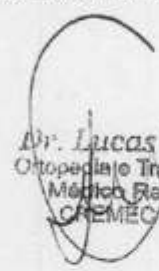
RADIOGRAFIAS

**Terapêutica Utilizada**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL COM PLACA BLOQUEADA DE ÚMERO PROXIMAL - 02 PARAFUSOS CORTICAIS + 09 PARAFUSOS BLOQUEADOS - DR. MARCO AURÉLIO - SEM INTERCORRÊNCIAS - 14/10/2020

**Sequelas Apresentadas****Diagnóstico**

S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEMO

  
Dr. Lucas Silveira  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico Residente  
CRM/EC 20.454**DIAGNÓSTICOS**

Principal	Código	Descrição
Sim	S422	FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEMO
Não	S423	FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

**Condições de Alta**

Continuando ao Ambulatório

Data Programada da Alta: \* Não Informado \*

**Observações Complementares**

\* Não Informado \*

**Responsável**

Paciente: TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 24 dia(s) Sexo: Feminino Pront.: 5684396  
Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO Bairro: CAMARA  
Num: SN CEP: 61700-000 UF: CEARÁ Cidade: AQUIRAZ

Localização  
Clínica: UNIDADE 21 Enfermaria: 211 Leito: 2111  
Admissão Emergência: 02/10/2020 01:04  
Internação 09/10/2020 16:29 Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

Médico: LUCAS SILVEIRA DO NASCIMENTO

Data: 16/10/2020

### CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0403020334	Procedimento Eletivo	14/10/2020 13:10	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO	MARCO AURELIO ALMEIDA LACERDA

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

*Dr. Lucas Silveira*  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico Residente  
CREMEC 20.454



**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703009850226470 Admissão: 02/10/2020 01:04  
 Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
 Pront.: 5684396 Data Nasc.: 22/09/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s) Tel.: 85 98863-6271  
 Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA  
 Sexo: Feminino RG: 20086301513 Município: AQUIRAZ  
 CEP 61700-000 Bairro: CAMARA  
 Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Risco: VERDE Classificador SUIANY MARQUES LEITE COREN:131295 Horário 02/10/2020 01:13  
 Queixa: VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM PRESENÇA DE HEMATOMA GALEAL EM REGIÃO FRONTAL +  
 ESCORIAÇÕES + DOR EM mse. nEGA SÍNCOPE  
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA  
 Discriminador: ACIDENTE DE MOTO ( DOR LEVE RECENTE)  
 Autoagressão: Não  
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Médico: DIEGO GERMANO MAIA CRM: 11995 Nº: 674606 Horário 02/10/2020 01:45  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6  
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO  
 Comorbidade:

**HDA/Exame Físico:**

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO ATINGINDO REGIÃO FRONTAL, COM ESCORIAÇÕES. PROVAVEL  
 FRATURA FECHADA EM OMBRO ESQUERDO.  
 RELATA CEFALIA E NAUSEAS AGORA.  
 NEGA ALERGIAS E GRAVIDEZ  
 GCS 15, ESTAVEL, CONTA A PROPRIA HISTORIA.  
 CD: 1) SOL TC CRANIO, RX OMBRO ESQUERDO  
 2) NEUROC, TRAUMATO

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Data: 09/10/2020 16:27

**EVOLUÇÃO**

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
07/10/2020 11:17	CARLOS EMANUEL VASCONCELOS	5684396 - TAILANE CARNEIRO DA SILVA FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL SOLICITO RX + TC AGUARDA PARECER DO GRUPO DE OMBRO #EM TEMPO
02/10/2020 07:50	CAIO LUCIO ALENCAR DE ANDRADE	APRESENTA FRATURA FECHADA DE 5° PODODACTILO DE PE DIREITO E EXPOSTA PUNTIFORME DE FALANGE DISTAL DE 4°



**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703009850226470

Admissão: 02/10/2020 01:04

Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Pront.: 5684396 Data Nasc.: 22/09/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s)

Tel.: 85 98863-6271

Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 20086301513

Município: AQUIRAZ

CEP 61700-000 Bairro: CAMARA

Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**EXAME**

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

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
02/10/2020 01:13	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ACIDENTE DE MOTO (DOR LEVE RECENTE)	VERDE	SUIANY MARQUES LEITE

**PRESCRIÇÃO**

Médico: CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CRM 5715

09/10/20 08:49

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 703009850226470 **Admissão:** 02/10/2020 01:04  
**Nome:** TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
**Pront.:** 5684396 **Data Nasc.:** 22/09/1997 **Idade:** 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s) **Tel.:** 85 98863-6271  
**Mãe:** MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA  
**Sexo:** Feminino **RG:** 20086301513 **Município:** AQUIRAZ  
**CEP:** 61700-000 **Bairro:** CAMARA  
**Endereço:** RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**PRESCRIÇÃO****Médico:** ANGELO JOSE GURGEL LUZ**CRM:** 6256**08/10/20 07:55**

<b>Prescrição</b>	<b>Horário:</b>
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703009850226470

Admissão: 02/10/2020 01:04

Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Pront.: 5684396 Data Nasc.: 22/09/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s)

Tel.: 85 98863-6271

Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA

Sexo: Feminino

RG: 20086301513

Município: AQUIRAZ

CEP 61700-000

Bairro: CAMARA

Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

### PRESCRIÇÃO

Médico: ANGELO JOSE GURGEL LUZ

CRM 6256

06/10/20 08:29

Prescrição	Horário:
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	



**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 703009850226470 **Admissão:** 02/10/2020 01:04  
**Nome:** TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
**Pront.:** 5684396 **Data Nasc.:** 22/09/1997 **Idade:** 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s) **Tel.:** 85 98863-6271  
**Mãe:** MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA  
**Sexo:** Feminino **RG:** 20086301513 **Município:** AQUIRAZ  
**CEP:** 61700-000 **Bairro:** CAMARA  
**Endereço:** RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**PRESCRIÇÃO**

**Médico:** CARLOS EMANUEL VASCONCELOS **CRM:** 5715 **04/10/20 07:39**

Prescrição	Horário:
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA   FISIOTERAPIA MOTORA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% /	

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703009850226470

Admissão: 02/10/2020 01:04

Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Pront.: 5684396 Data Nasc.: 22/09/1997 Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 5 dia(s)

Tel.: 85 98863-6271

Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA

Sexo: Feminino

RG: 20086301513

Município: AQUIRAZ

CEP 61700-000

Bairro: CAMARA

Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**PRESCRIÇÃO**

Médico: CAIO LUCIO ALENCAR DE ANDRADE

CRM

19414

02/10/20 07:43

Prescrição	Horário:
INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
SULFATO FERROSO 250MG (50 MG DE FERRO ELEMENTAR) - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 2 VEZES AO DIA   APÓS O ALMOÇO E APÓS O JANTAR	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE NÃO TIVER RANITIDINA	
HEPARINA SODICA 5000UI/0,25ML - AMP ADMINISTRAR 5000 UI / SUBCUTÂNEA / 12/12 H   NA FALTA DE ENOXAPARINA 40MG/0,4ML	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA   SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**☐ Alta, Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito



**RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**

Paciente: TAILANE CARNEIRO DA SILVA

Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 24 dia(s)

Sexo: Feminino

Pront.: 5684396

Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

Bairro: CAMARA

Número: SN

CEP: 61700-000

UF: CEARÁ

Cidade: AQUIRAZ

**Localização**

Clínica: UNIDADE 21

Enfermaria: 211

Leito: 2111

Admissão Emergência: 02/10/2020 01:04

Internação 09/10/2020

16:29

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

**Relatório**

Tipo de Saída: Alta

**Cancelada**

Não

**Resumo Clínico**

FEMININO, 23 ANOS, RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM DÍMIDIO ESQUERDO.

APRESENTA DOR, DEFORMIDADE EM MSE E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

RADIOGRAFIA DA ADMISSÃO REVELAVA FRATURA FECHADA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE 4º PODODÁCTILO (REGIÃO DE FALANGE DISTAL)

FUI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL COM PLACA BLOQUEADA DE ÚMERO PROXIMAL + 02 PARAFUSOS CORTICAIS + 09 PARAFUSOS BLOQUEADOS - DR. MARCO AURÉLIO - SEM INTERCORRÊNCIAS - 14/10/2020

**Alta Hospitalar**

RECEBER ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÕES MÉDICAS

MANTER A TIPOIA

MARCAR RETORNO AMBULATORIAL COM DR. MARCO AURÉLIO EM 2 SEMANAS DA ALTA HOSPITALAR

TRAZER O RELATÓRIO DE ALTA/LAUDO MÉDICO PARA AS CONSULTAS NO AMBULATÓRIO

RETORNAR PRECOCEMENTE SE INTERCORRÊNCIAS TRAUMATOLÓGICAS

**Exames Realizados**

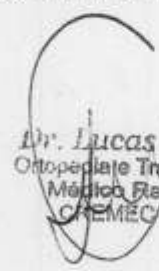
RADIOGRAFIAS

**Terapêutica Utilizada**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL COM PLACA BLOQUEADA DE ÚMERO PROXIMAL - 02 PARAFUSOS CORTICAIS + 09 PARAFUSOS BLOQUEADOS - DR. MARCO AURÉLIO - SEM INTERCORRÊNCIAS - 14/10/2020

**Sequelas Apresentadas****Diagnóstico**

S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEMO

  
Dr. Lucas Silveira  
Ortopedista e Traumatologista  
Médico Residente  
CREMEC/20.454**DIAGNÓSTICOS**

Principal	Código	Descrição
Sim	S422	FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEMO
Não	S423	FRATURA DA DIAFISE DO UMEMO

**Condições de Alta**

Alta encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: \* Não Informado \*

**Observações Complementares**

\* Não Informado \*

**Responsável**

Paciente: TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 24 dia(s) Sexo: Feminino Pront.: 5684396  
Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO Bairro: CAMARA  
Num: SN CEP: 61700-000 UF: CEARÁ Cidade: AQUIRAZ

Localização  
Clínica: UNIDADE 21 Enfermaria: 211 Leito: 2111  
Admissão Emergência: 02/10/2020 01:04  
Internação 09/10/2020 16:29 Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

Médico: LUCAS SILVEIRA DO NASCIMENTO

Data: 16/10/2020

#### CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0405020334	Procedimento Eletivo	14/10/2020 13:10	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO	MARCO AURELIO ALMEIDA LACERDA

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

*Dr. Lucas Silveira*  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico Residente  
CREMEC 20.454







# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339753/20

**Vítima:** TAILANE CARNEIRO DA SILVA

**CPF:** 079.139.373-94

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 01/10/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** TAILANE CARNEIRO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**TAILANE CARNEIRO DA SILVA : 079.139.373-94**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2020  
Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
CPF: 079.139.373-94

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

TAILANE CARNEIRO DA SILVA

ANDERSON DE SOUZA LEITE





À Seguradora Líder.

SINISTRO: 3200436895

CPF: 079.139.313-94.

Tenho por meio desta pedir a seguradora Líder para dar seguimento ao meu processo cujo sinistro prorrogado foi pago um valor inferior ao valor que eu deveria receber referente a minha lesão. Não estou de acordo com esse valor pago, e peço aos peritos analistas para que façam uma reanálise no meu processo e marquem uma perícia fora que um perito avalie as sequelas que fiquei em decorrência desse acidente e apóiem por meio o devido pagamento o qual eu tenho direito.

Fontalezalee; 15/02/2021.

x Tailane Carneiro da Silva.

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200436895

Data da solicitação: 15/02/2021  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Tailane Carneiro da Silva

CPF do beneficiário: 079.339.373-94

Nome do solicitante: Tailane Carneiro da Silva

CPF do solicitante: 079.139.373-94

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: (85) 19.8870-1248 Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail: chivataquiportal2@gmail.com

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is)  
documentos estão  
sendo entregues:☐ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☒ Outros: carta.

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Fortaleza, 15/02/2021.  
Local e Data  
Tailane Carneiro da Silva  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339753/20

**Vítima:** TAILANE CARNEIRO DA SILVA

**CPF:** 079.139.373-94

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 01/10/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** TAILANE CARNEIRO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**TAILANE CARNEIRO DA SILVA : 079.139.373-94**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2020  
Nome: TAILANE CARNEIRO DA SILVA  
CPF: 079.139.373-94

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

TAILANE CARNEIRO DA SILVA

ANDERSON DE SOUZA LEITE