



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
Processo: 02444359820218060001  
Classe do Processo: Petições Intermediárias Diversas  
Data/Hora: 29/06/2023 16:54:32

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2822167\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_01 - 1-3.pdf  
Documentação: 2822167\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02 - 1-23.pdf  
Documentação: 2822167\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02 - 24-37.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

Processo: 02444359820218060001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TAILANE CARNEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.438,56 (dois mil e quatrocentos e trinta e oito reais e cinquenta e seis centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 28 de junho de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO**  
**45542-A/CE**







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Carta nº 16669245



# 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

Valorização 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( OSTEOSÍNTESE 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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 Tailane Carneiro da Silva

4 - Nome completo da vítima:

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 Nogueira

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Camocim

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: NU-PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0005

CONTA: 52828938

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (viver):

Sim

Não

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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  
assinatura do  
beneficiário  
ou declarante

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Fortaleza/CE, 25/11/2020

\*Tailane Carneiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 Tailane Carneiro da Silva

4 - Nome completo da vítima:

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 Nogueira

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Camorá

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

61.753-000

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: NU-PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 52828938

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSSÉNCIA 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  
teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascituro (vániacer)?

Sim  
 Não

31 - Vítima  
teve irmãos?

Sim  
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou  
pais/avós vivos?  Sim  
 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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)

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 207 - 1649 / 2020

*Dados da Ocorrência*Natureza do Fato **ACIDENTE DE TRANSITO**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 SA SILVA****ROBERTO CARLOS SANTANA DA SILVA**Endereço **RUA FRANCISCO MOREIRA LIMA (MALVINAS), 10**Bairro **CAMARA**Município **AQUIRAZ/CE**País **BRASIL**

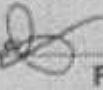
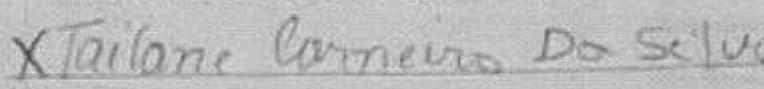
CEP:

Telefone **(85) 98759-8428***Historico*

Compareceu a noticiante acima qualificada, devidamente alertada das penas contidas no arts. 339 e 340 do CPB (Denunciaçao caluniosa e Comunicacão 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, Camara-Aquiraz, ocasião em que colidiu com um veiculo de cor branca, que no momento não informar o modelo e a placa do veiculo, onde saiu de uma rua paralela, invadindo a avenida. QUE logo após o acidente o condutor do veiculo se evadiu do local;QUE devido a colisão caiu ao solo, sendo socorrida por um veiculo que passava pelo local, onde lhe conduziu para o UPA de Eusébio, onde lá foi transfenda para o IFJ centro de Fortaleza; QUE não informar o nome do condutor do veiculo 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.: 106253-1-9RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  X Tailane Carneiro Da Silva

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

Cadastrado em: 25/11/2020 às 13:26

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/11/2020 às 13:26



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ  
Impresso n° 2020857847



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 207 - 1649 / 2020

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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 207 - 1649 / 2020

*Dados da Ocorrência*Natureza do Fato **ACIDENTE DE TRANSITO**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**

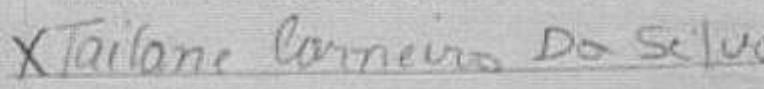
Ponto de Referência

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

Compareceu a noticiante acima qualificada, devidamente alertada das penas contidas no arts. 339 e 340 do CPB (Denunciaçao caluniosa e Comunicacão 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, Camara-Aquiraz, ocasião em que colidiu com um veiculo de cor branca, que no momento não informar o modelo e a placa do veiculo, onde saiu de uma rua paralela, invadindo a avenida. QUE logo após o acidente o condutor do veiculo se evadiu do local; QUE devido a colisão caiu ao solo, sendo socorrida por um veiculo 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 veiculo 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.: 106253-1-9RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  X Tailane Carneiro Da Silva

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

Consultado em: 26/11/2020 13:12:05

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/11/2020 13:11:06



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ  
Impresso n° 2020857847



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 207 - 1649 / 2020

RODRIGO AURELIO 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 Tailane Carneiro da Silva

4 - Nome completo da vítima:

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 Nogueira

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Camocim

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

61.753-000

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: NU-PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0005

CONTA: 52828938

3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (velho/velha)?

Sim

Não

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

NÃO ALFABETIZADO

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

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Fortaleza/CE, 25/11/2020

\*Tailane Carneiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 Tailane Carneiro da Silva**

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

**Tailane Carneiro da Silva**

6 - CPF:

**079.139.373-94**

7 - Profissão:

**Autônomo**

8 - Endereço:

**Rua Francisco Nonéia**

9 - Número:

**50**

10 - Complemento:

**Centro**

11 - Bairro:

**Centro**

12 - Cidade:

**Camorá**

13 - Estado:

**Ceará**

14 - CEP:

**61.753-000**

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **NU-PAGAMENTOS S.A**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0001**

CONTA: **52828938**

**8**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSSÉNCIA 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  
teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascituro (vániacer)?

Sim

Não

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: **Fortaleza/CE, 25/11/2020**

**\*Tailane Carneiro**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DINDA

31450

**FORT MOTOS**



100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000

CTCE FORTALEZA CE CID - AMARRADOS

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



72133416 375372 10033011-198630240320

Data da post

CartaQuesta:6067287364712010

*Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 28, No. 4, December 2003  
DOI 10.1215/03616878-28-4 © 2003 by The University of Chicago

卷之三

1

THE CONVERSATION

#### **OPPORTUNITY - 110**

**ONDA**

**BÁTICO**

**FORT MOTOS**



CTCE FORTALEZA CE CID - AMARRADOS

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



721334343753721000901498630240320

**Data da post**

CartaQuitação0057287364712020

MM TRIPUL  
DUE  
S  
AO BANCO NO

377 - SAÚDO Amarrado

**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 SÍCOPEN  
 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 CEFALÉIA E NAUSEAS AGORA.  
 NEGA ALERGIAS E GRAVIDEZ  
 GCS 15, ESTAVEL, CONTA A PRÓPRIA HISTÓRIA.  
 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
02/10/2020 07:50	CAIO LUCIO ALENCAR DE ANDRADE	#EM TEMPO 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)  
 Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA Tel.: 85 98863-6271  
 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
02/10/2022	01:13 ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ACIDENTE DE MOTO (DOR LEVE RECENTE)	VERDE	SUIANY MARQUES LEITE

## PRESCRIÇÃO

Médico: CARLOS EMANUEL VASCONCELOS CRM 5715 09/10/2020 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)  
**Mãe:** MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA **Tel.:** 85 98863-6271  
**Sexo:** Feminino **RG:** 20086301513 **Município:** AQUIRAZ  
**CEP:** 61700-000 **Bairro:** CAMARA  
**Endereço:** RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

**PRESCRIÇÃO**

**Médico:** ANGELO JOSE GURGEL LUZ **CRM:** 6256 **Data:** 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)

Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 20086301513

Município: AQUIRAZ

CEP 61700-000

Bairro: CAMARA

Endereço: RUA FRANCISCA RODRIGUES MONTEIRO

Médico: CAIO LUCIO ALENCAR DE ANDRADE

CRM 19414

02/10/20 07:43

**PRESCRIÇÃO****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.&gt; 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

Número: SN

CEP: 61700-000

UF: CEARÁ

Bairro: CAMARA

Cidade: AQUIRAZ

**Localização**

Unidade: UNIDADE 21

Enfermaria: 211

Leito: 2111

Admissão Emergência: 02/10/2020 01:04

Internação: 09/10/2020

18:29

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

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

**Resumo Clínico**

- FEMININO, 23 ANOS, RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM TRAUMA EM DIMÍDIO ESQUERDO.

- APRESENTA DOR, DEFORMIDADE EM MSE E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

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

- INDICADA 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**

- DEFINIR ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÕES MÉDICAS

- MANTER A TIPOIA

- AGendar 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

**Enquelas Apresentadas**

Chegou à Unidade:

0422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO

Dr. Lucas Silveira  
Oftopediatra Traumatologista  
Médico Residente  
CRM/CE/20.454

**DIAGNÓSTICOS**

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

**Condições de Alta**

- Não informado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: \* Não Informado \*

**Observações Complementares**

- Não Informado \*

**Responsável**

Nome: 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

Nº: SN

CEP: 61700-000

UF: CEARÁ

Cidade: AQUIRAZ

Localização

Clinica: 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
4U3026334	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 SÍCOPEN

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 N°: 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 CEFALÉIA E NAUSEAS AGORA.  
 NEGA ALERGIAS E GRAVIDEZ  
 GCS 15, ESTAVEL, CONTA A PRÓPRIA HISTÓRIA.  
 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
02/10/2020 07:50	CAIO LUCIO ALENCAR DE ANDRADE	#EM TEMPO APRESENTA FRATURA FECHADA DE 5º PODODACTILO DE PE DIREITO E EXPOSTA PUNTIFORME DE FALANGE DISTAL DE 4º

**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)  
**Mãe:** MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA **Tel.:** 85 98863-6271  
**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
02/10/2022	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)  
 Mãe: MARIA DE LOURDES CARNEIRO DA SILVA Tel.: 85 98863-6271  
 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    **Data:** 04/10/20 07:39

<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	
<b>DIETA ORAL - DIETA GERAL</b>	
<b>VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS</b>	
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	
<b>DIETA ORAL - DIETA GERAL</b>	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 2 G + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 4/4 H	
<b>VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS</b>	
AVALIAÇÃO FISIOTERÁPIA   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

Número: SN

CEP: 61700-000

UF: CEARÁ

Bairro: CAMARA

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**

MACHO, 23 ANOS, RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM TRAUMA EM DIMÍDIO ESQUERDO.

APRESENTA DOR, DEFORMIDADE EM MSE E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

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

NOMEADA 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**

DEIXAR 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**

S120 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO

 Dr. Lucas Silveira  
Orthopedic Traumatologist  
Médico Residente  
CRM/CE/20.454
**DIAGNÓSTICOS**

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

**Condições de Alta**

Com intuito ao Ambulatório

Data Programada da Alta: \* Não Informado \*

**Observações Complementares**

\* Não Informado \*

**Responsável**

Nome: 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

Nº: SN

CEP: 61700-000

UF: CEARÁ

Cidade: AQUIRAZ

Localização

Clinica: 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

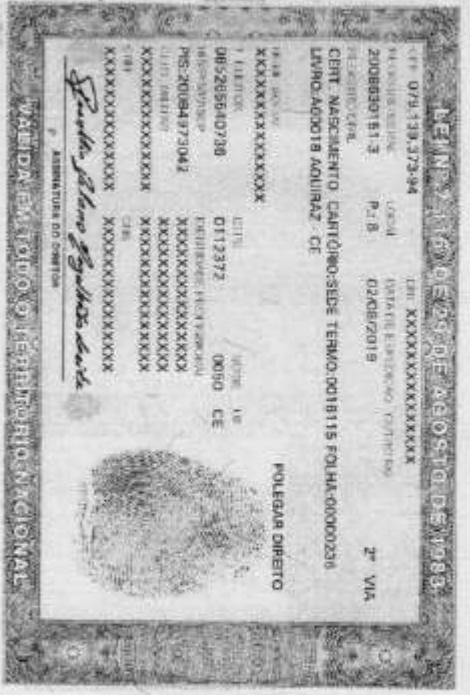
Data: 16/10/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
14U0020334	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

**CPF de:** Próprio

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

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**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

# 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 Tailane Carneiro da Silva

4 - Nome completo da vítima:

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 Nogueira

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Camorá

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

61.753-000

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: NU-PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 52828938

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSSÉNCIA 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vániacer)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso 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 voluntariado

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: Fortaleza/CE, 25/11/2020

\* Tailane Carneiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

A Seguradora Lider.

SINISTRO: 3200436895

CPF: 079.139.373-94.

Venho por meio deste pedir a seguradora Lider  
para dar seguimento ao meu processo Ligo sinistro  
Supracitado fui pago um valor inferior ao valor que eu  
deveria receber referente a minha lesão. Não estou de  
acordo com esse valor pago, e peço que penhores analistas  
para que façam uma reanálise no meu processo e  
marquem uma perícia para que um perito avalie  
as sequelas que fiquei em decorrência desse acidente  
e assim per fito o devido pagamento o qual eu  
tenho direito.

Fortaleza; 15/02/2021.

\*Talone Carmelino da Silva.



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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: 079.339.373-84

Nome do solicitante: Tailane Carneiro da Silva

CPF do solicitante: 079.139.373-94

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 19.8870-1298 Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail: [dfvataquiportal2@gmail.com](mailto:dfvataquiportal2@gmail.com)

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe quais(s) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: *Carta*

(DESCRIVER)

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

*Fontegealé, 15/02/2021.*

Local e Data

*Tailane Carneiro Da Silva*

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deve ser feita a 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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## 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