

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200455188

Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200455188

Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200455188

Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **077**

Agência: **000000001**

Conta: **000006298504-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200455188

Cidade: Limoeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

Data do acidente: 05/10/2019

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura-luxação da tíbia distal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: A periciada apresentou na fase aguda das lesões fratura-luxação da tíbia distal direita, conforme documentos de pronto atendimento de 05/10/2019. Como medida terapêutica, restou submetida a tratamento conservador com imobilização e fisioterapia. Alta definitiva em dezembro de 2020. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com seqüela, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando a lesão consolidada.

Seqüelas permanentes: Perda parcial e incompleta em tornozelo direito, em grau médio, com redução da mobilidade.

Seqüelas: Com seqüela

Data do exame físico: 07/01/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: SEM CPF 4 - Nome completo da vítima: Erika Nicolly de Souza Monais

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

5 - Nome completo: Erika Nicolly de Souza Monais 6 - CPF: SEM CPF
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Vila João Alves 9 - Número: 21 10 - Complemento: Casa A
11 - Bairro: Parangaba 12 - Cidade: Fontaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60720551
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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0003 CONTA: 6298504 3

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vã nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fontaleza, 14/12/2020.

Jordania de Souza Almeida 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: SEM CPF 4 - Nome completo da vítima: Erika Nicolly de Souza Monais

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

5 - Nome completo: Erika Nicolly de Souza Monais 6 - CPF: SEM CPF
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Vila João Alves 9 - Número: 21 10 - Complemento: Casa A
11 - Bairro: Parangaba 12 - Cidade: Fontaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60720551
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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: INTER
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vã nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fontaleza, 14/12/2020.

Jordania de Souza Almeida 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: SEM CPF 4 - Nome completo da vítima: Érika Nicolly de Souza Monais

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

5 - Nome completo: Érika Nicolly de Souza Monais 6 - CPF: SEM CPF
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Vila João Alves 9 - Número: 21 10 - Complemento: Casa A
11 - Bairro: Parangaba 12 - Cidade: Fontaleza 13 - Estado: Recara 14 - CEP: 60720551
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: Jordania de Souza Almeida
18 - CPF do Representante Legal: 073.395.523-63 19 - Profissão do Representante Legal: Autônomo

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0004 CONTA: 6298504 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 deu ou nasceu? 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fontaleza/ce, 14/12/2020.

Jordania de Souza Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 1729 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/12/2020 09:57:35**
Data / Hora da Ocorrência: **05/10/2019 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 265, ANTONIO HOLANDA - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CLUBE BEZERRA PRIME**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS**
Nascimento: CPF:
REGISTRO CIVIL: **274779** Orgão Emissor: **CART.** UF:
Filiação: **JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA**
EMERSON GABRIEL DO CARMO DE OLIVEIRA MORAIS
Endereço: **RUA JOSE MALVEIRA MAIA CASA 10**
Bairro: **ANTONIO HOLANDA**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **EMERSON GABRIEL DO CARMO DE OLIVEIRA MORAIS**
Nascimento: **13/02/1994** CPF:
RG: **20081392197** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **BENEDITA DO CARMO DE OLIVEIRA**
FRANCISCO EELNILSON DE MORAIS
Endereço: **RUA JOSE MALVEIRA MAIA CASA 10**
Bairro: **ANTONIO HOLANDA** CEP:
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99636-7891**

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **OCB8970** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4110CR428880** Renavam: **406527423** Tipo do Veiculo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **ROXA** Proprietário: **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante afirma que no dia, local e hora acima mencionado, era o condutor do veículo tipo motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, ANO/MOD 2011/2012, COR ROXA, PLACA OCB 8970, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA e trazia em sua garupa, sua filha ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS; Que trafegava no sentido bairro Antonio Holanda-Centro de Limoeiro, quando nas imediações do clube Bezerra Prime, situado na rodovia da CE 265, o declarante afirma que um trator que vinha logo atrás e trafegava no mesmo sentido do declarante, teria feito uma manobra, fazendo com que o declarante tivesse que puxar o



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 1729 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **01/12/2020 09:57:35**
 Data / Hora da Ocorrência: **05/10/2019 13:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD CE 265, ANTONIO HOLANDA - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CLUBE BEZERRA PRIME**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS**
 Nascimento: _____ CPF: _____ UF: _____
 REGISTRO CIVIL: **274779** Orgão Emissor: **CART.**
 Filiação: **JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA**
EMERSON GABRIEL DO CARMO DE OLIVEIRA MORAIS
 Endereço: **RUA JOSE MALVEIRA MAIA CASA 10**
 Bairro: **ANTONIO HOLANDA** CEP: _____
 Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** Telefone: _____
 País: **BRASIL**

Noticiante(s)

Nome: **EMERSON GABRIEL DO CARMO DE OLIVEIRA MORAIS**
 Nascimento: **13/02/1994** CPF: _____ UF: **CE**
 RG: **20081392197** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **BENEDITA DO CARMO DE OLIVEIRA**
FRANCISCO ELELNILSON DE MORAIS
 Endereço: **RUA JOSE MALVEIRA MAIA CASA 10**
 Bairro: **ANTONIO HOLANDA** CEP: _____
 Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** Telefone: **(88) 99636-7891**
 País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCB8970** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4110CR428880** Renavam: **406527423** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **ROXA** Proprietário: **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante afirma que no dia, local e hora acima mencionado, era o condutor do veículo tipo motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, ANO/MOD 2011/2012, COR ROXA, PLACA OCB 8970, REGISTRADA NO DETRAN CE EM NOME DE ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA e trazia em sua garupa, sua filha ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS; Que trafegava no sentido bairro Antonio Holanda-Centro de Limoeiro, quando nas imediações do clube Bezerra Prime, situado na rodovia da CE 265, o declarante afirma que um trator que vinha logo atrás e trafegava no mesmo sentido do declarante, teria feito uma manobra, fazendo com que o declarante tivesse que puxar o



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2020883649



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 1729 / 2020

veículo mais para a direita; Que com isso, acabou vindo a colidir no "gelo baiano", vindo a cair; Que o condutor do trator, foi embora sem prestar socorro; Que o declarante afirma que na queda sofreu escoriações e um deslocamento de cavicula, no entanto sua filha apresentou fraturas na perna direita e também na perna esquerda; Que sua filha foi socorrida pelo SAMU; Que ela deu entrada no Hospital regional desta cidade e foi transferida para Fortaleza-CE, tendo dado entrada no IJF daquela cidade, onde ficou internada e veio se submeter a intervenção cirúrgica; Que o declarante afirma não ser habilitado.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Lucinda de Moura
LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404567-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x. Sr. Gabriel de Almeida

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

Vicente Dessoto Cavalcanti
VICENTE DESSOTO CAVALCANTI - MAT.: 30120426

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: SEM CPF 4 - Nome completo da vítima: Erika Nicolly de Souza Monais

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

5 - Nome completo: Erika Nicolly de Souza Monais 6 - CPF: SEM CPF
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Vila João Alves 9 - Número: 21 10 - Complemento: Casa A
11 - Bairro: Parangaba 12 - Cidade: Fontaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60720551
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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0003 CONTA: 6298504 3

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vã nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fontaleza, 14/12/2020.

Jordania de Souza Almeida 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS
Matrícula:
0204200155 2016 1 00388 003 0274779 57

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO			DIA	MÊS	ANO
Aos quatro (04) dias do mês de fevereiro (02) do ano de dois mil e dezesseis (2016)			04	02	2016
HORA	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO				
10:13	Fortaleza-CE				
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO			LOCAL DE NASCIMENTO		SEXO
Fortaleza-CE			HNSC-FORTALEZA-CE		feminino
FILIAÇÃO					
ÉMERSON GABRIEL DO CARMO DE OLIVEIRA MORAIS JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA					
AVÓS					
São avós paternos: FRANCISCO ELENILSON DE MORAIS e BENEDITA DO CARMO DE OLIVEIRA São avós maternos: JOÃO BATISTA DE ALMEIDA e VERANICE DE SOUZA ALMEIDA					
GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEOS				
Não					
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO			NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO		
aos vinte e um (21) dias do mês de março (03) do ano de dois mil e dezesseis (2016)			Declaração de Nascido Vivo nº 30-70359724-0.		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES					
Registro feito no Livro A-388, Folha 3, Termo 274779.					

CARTÓRIO JOÃO DE DEUS
1º Ofício do Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutelas da Sede
COMARCA DE FORTALEZA - ESTADO DO CEARÁ
Gustavo Linhares Beuttenmuller Neto - Oficial Titular
Marisaura Nogueira Diógenes Beuttenmuller - Substituta
Rua Major Facundo, 705, bairro Centro
CEP: 60.025-100 - Telefone: 85.3226-8330

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Fortaleza-CE, 21 de março de 2016.

Isento do pagamento de emolumentos
Valido somente com selo de autenticidade



Maria Valsicleide de Moura Vieira
Maria Valsicleide de Moura Vieira
Escrevente

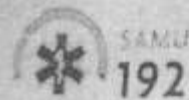
Maria Valsicleide de Moura Vieira
Escrevente Autorizada
CARTÓRIO JOÃO DE DEUS

Eu, *Maria Valsicleide de Moura Vieira*
DIGITEI E CONFERI.


arpençeará AA 000059261 P



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar a menor **ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS**, portadora do RG (não informado), inscrita no CPF (não informado), dia 05/10/2019, às 13h40, Município de Limoeiro do Norte-CE, na Avenida Manoel Fidelis Maia, Bairro Cidade Alta, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e caminhão, sendo removida para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 31 de agosto de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

2189301

Atividade: Atividade de Energia Elétrica
Est. criado pela Lei. n.º 10.438
de 26 de abril de 2002



Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160
CEP 60130-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.281/0001-70 | CDP 05.105.948-8

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 041934437

Rota FONE4U19 - 117800 Referência 12/2019
Nome MARIA ROSELI ALVES
Endereço VL JOAO ALVES, 80021 - CS A, PARANGABA, 60720-551,
FORTALEZA

Classificação Resid. Baixa Renda Emissão 10/12/2019
Modalidade Tarifária BI RESIDENCIAL Medidor 2234608 - FAE-006
Ligação Monofásico

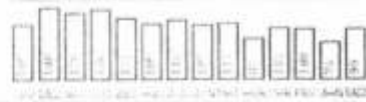
ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

2741175212810001-7000

DATA DE LEITURA P.P.: 30 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
08/11/2019	10/12/2019	09/01/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Inst. (kWh)	Consumo Ret. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EE	10.700	10.560	1,00	140	00	140	0,52771	45,88

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	10,92
PIS COMPL BX RENDA	-	0,14
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,66
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-28,54
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	28,54
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,18100	5,43
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,31100	21,77
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,46700	18,68
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01200	0,36
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,08600	2,58
MULTA	-	9,00

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	77,36	0,49	0,37
COFINS	77,36	2,24	1,73

23/12/2019 69,54

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
54,65	0,00	0,00%

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref:2019/11 Valor R\$83,99). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 00002189301.

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 09/11 - 30/11 Amarela : 01/12 - 10/12

SE VOCÊ RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

DEBITOS ANTERIORES

MES ANO	VALOR (R\$)
08/2019	252,95
09/2019	284,20
Total:	R\$ 537,15

Nº do Cliente: 2189301 Referência: 12/2019 V: [1.0.0.5]
 Data de Emissão: 10/12/2019 Total a Pagar (R\$): 69,54
 Nº da Nota Fiscal: 041934437 Nº de Controle: 40002162580

8384000000 6 69540031040 0 00216258007 6 00002189301 2

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898005134540278 Admissão: 05/10/2019 18:12
 Nome: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS
 Pront.: 5638780 Data Nasc.: 04/02/2016 Idade: 4 ano(s) 3 mes(es) e 8 dia(s) Tel.: 85 99926-2372
 Mãe: JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA
 Sexo: Feminino RG: Município: LIMOEIRO DO NORTE
 CEP 62930-000 Bairro: ANTONIO OLIVEIRA
 Endereço: RUA JOSE MALVEIRA MAIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador MORGANA NAZARETH P. SOUSA COREN:104552 Horário 05/10/2019 18:15
 Queixa: relato de colisão moto x trator, trauma fechado em mid, com deformidade. choro persistente

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: DOR MODERADA

Autoagressão: Não

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

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BERTRAND AGRA CRM: 5958 Nº: 559519 Horário 05/10/2019 20:19
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: 10 P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACTE FEM 3 ANOS VITIMA DE TRAUMA PERNA/PE DIR E PE/TORNOZELO ESQ C DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E ESCORIAÇÕES

RX PERNA DIR= FX OSSOS PERNA DIR 1/3 DISTAL C DESVIO

CD=

ENC CC P TTO CIRURGICO

RX PE E TORNOZELO ESQ

Data: 05/10/2019 20:47

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
05/10/2019 18:15	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR MODERADA	AMARELO	MORGANA NAZARETH P. SOUSA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORNOZELO E AP/P (0204060087)	05/10/2019 20:22	Não	Cancelado
RX PE E AP/OBLIQ (0204060150)	05/10/2019 20:22	Sim	Cancelado

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898005134540278 Admissão: 05/10/2019 18:12
 Nome: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS
 Pront.: 5638780 Data Nasc.: 04/02/2016 Idade: 4 ano(s) 3 mes(es) e 8 dia(s) Tel.: 85 99926-2372
 Mãe: JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA
 Sexo: Feminino RG: Município: LIMOEIRO DO NORTE
 CEP 62930-000 Bairro: ANTONIO OLIVEIRA
 Endereço: RUA JOSE MALVEIRA MAIA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição	Horário:
------------	----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta
 Observação
 Referência para:
 Óbito

SUS

Sistema
União de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
UNIDADE HOSPITALAR SÃO CARLOS - HOSPITAL SÃO BERNARDO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO CARLOS - HOSPITAL SÃO BERNARDO

1 - CRES
250701
4 - CRES
250701

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE
ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS
8 - Nº DO PRONTUÁRIO
NENH
7 - CNES NACIONAL DE SAÚDE
59.8005.134.8402-75
9 - DATA DE NASCIMENTO
30/03/19
10 - SEXO
M
11 - RAÇA/COR
Branca
12 - LOCALIDADE
13 - UF
CE
14 - CEP
63220-000
15 - NOME DA MÃE
JORDANA DE SOUZA ALMEIDA
16 - NOME DO RESPONSÁVEL
JORDANA DE SOUZA ALMEIDA
17 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)
RUA JOSÉ MALVEIRA MATA, 11, ANTONIO HOLANDA DE OLIVEIRA
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
LARANJEIRO DO NORTE
19 - COD. BOM MUNICÍPIO
250701
20 - UF
CE
21 - CEP
63220-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Crises de ansiedade recorrentes autossugestivas
com depansividade em MIO

23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

24 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

anamnese + Rx + Exame físico

25 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

físt. tórax e fíbula @

26 - CID 10 PRIMÁRIA

F03.0 - W06.0

27 - CID 10 SECUNDÁRIA

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

02 05 06 00 10

31 - CLÍNICA

FEIATÉRICA

32 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

33 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

34 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
7789333488392

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DANIEL BATISTA AQUINO

36 - DATA DE SOLICITAÇÃO

05/12/19

37 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO NO CONSELHO

[Assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- ACIDENTE DE TRÂNSITO
- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CHAVE DA EMPRESA

43 - CBOB

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

- EMPREGADO
- EMPREGADOR
- AUTÔNOMO
- DESEMPREGADO
- APOSENTADO
- NÃO SEGURO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO
[Assinatura]
MÉDICO
CREMEP 11986

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

CNES CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

rendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE									
Idade	Atendimento	Nome do Paciente			Ciag	Data de Autorização			
48	0007	ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS			898005134540278				
Identificação		Número Nascimento			Estado Civil		Sexo		
04/07/2016		02042001552016100388003027477959			Solteira		Feminino		
Local		Município			UF		Idade		
FORTALEZA/CE		LIMOEIRO DO NORTE			CE		3 Anos		
Pai					Mãe				
EMERSON GABRIEL DO CARMO DE OLIVEIRA MORAIS					JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA				
Endereço		Bairro		CEP		Município		UF	
SITIO JOSE MALVEIRA MAIA, 10		ANTONIO HOLANDA		52930-000		LIMOEIRO DO NORTE		CE	
Profissão		Empresa		Código		Município		UF	
MENOR						LIMOEIRO DO NORTE		CE	
Responsável		CPF do Responsável		Endereço		Município		UF	
JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA				SITIO JOSE MALVEIRA MAIA, 10		LIMOEIRO DO NORTE		CE	

DADOS DO ATENDIMENTO									
Data Atendimento		Hora		Convênio		Matrícula		C6	
05/10/2019		14:07		SUS					
Profissional do Atendimento				CRM/UF		Tipo Atendimento			
JOAO BATISTA AQUINO				19707/CE		CONSULTA CLINICA			
Indicador de Acidentes				Funcionário					
				ALDENIZA DA SILVA RODRIGUES					
Observação									
Sala									
Data Hora Liberação				Tipo de Sessão					
05/10/2019 14:07				Ata					
Vital Signs									
Peso (kg)		Altura (cm)		T (°C)		P (bpm)		R (rpm)	

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Crise de vômitos de coloração notável
 A - Ruído
 B - RCP. Sólidos
 C - pulso cheio abdominal incolor
 D = choro, Abgaw 15
 E - determinidade MID
 Pareuete leve e
 letargia.
 Tranque-seo das
 de Oliveira

João Batista Aquino

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

7 - CNES
2 5 2 7 7 0 7

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

4 - CNES
2 5 2 7 7 0 7

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Evika Tlicolky de Souza Moraes

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

10 - SEXO
MASC 1 FEM 3

12 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - TELEFONE DE CONTATO Nº 10 TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº 30 TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - CTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - CTDE

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 40 - CTDE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente necessita de acompanhante.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. João Batista Aquino

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - DOCUMENTO
 CNS () CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
71958030154890907

46 - ASSINATURA E COMPROVAÇÃO DO REGISTRO DO CONSELHO
Dr. João Batista Aquino
MEDICO
CRM 19.700

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

Atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 8 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Atendimento	0007	Nome do Paciente	ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS		CNS	898005134540278	Código de Autorização	
Cartão de Nascimento	02042001552015100388003027477959		Estado Civil	Solteiro(a)		Sexo	Feminino	
Data de Nascimento	04/02/2015		Cidade	FORTALEZA		Idade	3 Ano(s)	
Nome	EMERSON GABRIEL DO CARMO DE OLIVEIRA MORAIS		Mãe	JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA				
Endereço	SÍTIO JOSE MALVEIRA MAIA, 10		Bairro	ANTONIO HOLANDA		CEP	82930-000	
Profissão	MENOR		Município	LIMOEIRO DO NORTE		UF	CE	
Responsável	JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA		Cônjuge			Telefone	88981212589	
	CPF do Responsável		Endereço	SÍTIO JOSE MALVEIRA MAIA, 10		Município	LIMOEIRO DO NORTE	
						UF	CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	05/10/2019	Hora	14:07	Cobertura	SUS	Matrícula		CD	
Profissional de Atendimento	JOAO BATISTA AQUINO		CRM/UF	19707/CE		Tipo Atendimento			
Instituidor de Atendimento			Funcionário		ALDENIZA DA SILVA RODRIGUES				
Diagnóstico									
Exame	Distúrbio Liberação		35/39hs		Tipo de Saída				
					() Alta () Internação () Óbito				
Signais Vitais									
Peso (kg)	Altura (cm)	FPC	P (mmHg)	R (rpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)		

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Crise de vômito de coloração notável
lar

A - Vômito

B - Res P. adequadas

C - pulso cheio
abdome inerte

D = choro, Alargou 15

E - Refor unidade MID
diante boca

Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HAADAH V Município: Jacarecanga 15420081326
 Distrito Sanitário: _____
 Nome: ELIENE VICOLLY DE S. MORAIS Prontuário N° _____
 Sexo: M F Idade: 30 Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: paciente vítima de acidente motor - ferimentos por machucado no
braço direito - fratura de tíbia e fíbula
 Resultado de Exames: RT
na = fr. tíbia e fíbula
 Conduta já Realizada: _____
 Impressão Diagnóstica: fr. tíbia e fíbula CID: _____
fr. tíbia e fíbula CID: PSM 119
Atividade de Encaminhamento - N° registro Função Sexo Idade

Agendamento
 Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
 Especialidade: TRAUMATOLOGIA Profissional: _____
 Unidade de Saúde: _____ Data: 1/1/ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M F Idade: _____
 Unidade de Referência: _____ Prontuário N° _____
 Município: _____ Alta: 1/1/

Resumo Clínico: _____
 Resultado de Exames: _____
 Diagnóstico: _____ CID: _____
 Conduta Realizada: _____
 Proposta de Conduta para Seguimento: _____

- problema justificou a referência? SIM NÃO
 motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM NÃO

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS		
Idade: 3 ano(s) 8 mes(es) e 19 dia(s)	Sexo: Feminino	Pront.: 5638780
Endereço: RUA JOSE MALVEIRA MAIA		Bairro: ANTONIO OLIVEIRA
Num: 10	CEP: 62930-000	UF: CEARÁ
Cidade: LIMOEIRO DO NORTE		

Localização		
Clinica: UNIDADE 24(Pediatria)	Enfermaria: 243	Leito: 2416
Internação 05/10/2019	06:36	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório **Cancelada**
 Tipo de Saída: Alta Não

Resumo Clínico

PACIENTE VITIMA QUEDA DE POLITRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO EM 05/10/19. TRAUMA DE GRANDE IMPACTO. FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA PROCEDIMENTOS: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE TIBIA DISTAL DIREITA. ESTAVA EM INTERNAMENTO DEVIDO A LESÃO DE PARTES MOLES TENDO EVOLUIDO COM MELHORA, SEM SINAIS D EIN FECÇÃO LOCAL E AVALIADA PELA CCIH QUE NAO INDICOU USO DE ATB VO. REAVALIAÇÃO EM VISITA COM DR. PAULO C. DIA 22/10 QUE INDICOU ALTA COM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CD:TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA, MATER TALA, NAO PISAR, RETORNO COM 7 DIAS P/ AMBULATORIO DO DR. PAULO, TROCA DIARIA DE CURATIVO COM HIGIENIZAÇÃO ADEQUADA.

Exames Realizados

ULTIMO LAB(20/10): HB:12 HT:36,6 LEUCO:8640 PQT:518.000 VHS:28 PCR:<3,28
 RX

Terapêutica Utilizada

CLAVULIN(IVAS), ANALGESIA, CUIDADOS LOCAIS COM A PELE

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S829 - FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S829	FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 23/10/2019

Observações Complementares

CD:TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA, MATER TALA, NAO PISAR, RETORNO COM 7 DIAS P/ AMBULATORIO DO DR. PAULO, TROCA DIARIA DE CURATIVO COM HIGIENIZAÇÃO ADEQUADA.

Responsável

Médico: VICTOR AMON NUNES FERNANDES

Data: 23/10/2019

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





Av. Humberto Monte, 1440 - Parqueiândia - CEP: 60450-300
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

Atestado Pl O
Chave Para Gel
Exito Nikoll, L sur
Mansis, ol S-ful-
de Manolis, chull A, US
de Melitos, PANDA Gue
Roccon de rano pnt.
ampla imbu

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5165
CPF: 228.775.923/91

Fortaleza, 10 02 2010

Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Localidade de Origem: Itapipub V Município: Itapipub 15420031326
Distrito Sanitário: _____
Nome: ELIENE VICENTE DE SOUZA Prontuário Nº _____
Sexo: M F Idade: 30 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: lesões de vítimas de violência sexual - fator agravante de ferimentos
Resultado de Exames: VID
RX = fratura tibial e fibular
Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: frat. tibia CID: _____
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: Medico Data: 25/10/13 Hora: _____

Agendamento
Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Especialidade: TRAUMATOLOGIA Profissional: _____
Unidade de Saúde: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M F Idade: _____
Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº _____
Município: _____ Alta: ___/___/___

Resumo Clínico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____
O problema justificou a referência? SIM NÃO
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM NÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

 Polegar Direito 

Jordania de Souza Almeida
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
071.395.523-63

Nome
JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

Nascimento
27/02/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



REGISTRO GERAL 2007507164 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/04/2010

NOME
JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

RELACÃO
JOÃO BATISTA DE ALMEIDA
VERANICE DE SOUZA ALMEIDA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO
27/02/1994

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:3 ZONA TERMO:205616 FOLHA:355
LIVRO:A-161 FORTALEZA - CE

1 VTA  ASSINATURA DO DIRETOR  P.: 1

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

 Polegar Direito



Jordania de Souza Almeida

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
071.395.523-63

Nome
JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

Nascimento
27/02/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007507164 - 3 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/04/2010

NOME
JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

RELACÃO
JOÃO BATISTA DE ALMEIDA
VERANICE DE SOUZA ALMEIDA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO
27/02/1994

DOC. ORDEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:3 ZONA TERMO:205616 FOLHA:355
LIVRO:A-161 FORTALEZA - CE

1 VTA

 ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 1

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200455188

Nome do(a) Examinado(a): ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

Endereço do(a) Examinado(a): Vila João Alves, 21, Casa A, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: - / 274779

Data e local do acidente: 05/10/2019 - Limoeiro do Norte/CE

Data e local do exame: 07/01/2021 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura-luxação da tíbia distal direita.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Restou submetida a tratamento conservador com imobilização e fisioterapia. Alta definitiva em dezembro de 2020. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta em tornozelo direito, com redução da mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Grete Freitas Casabante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363626/20

Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

CPF: 071.395.523-63

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA : 071.395.523-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS : 071.395.523-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/12/2020
Nome: JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA
CPF: 071.395.523-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/12/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
2018002

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

2 - CNES
2527707

4 - CNES
2527707

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
96348

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
89.8005.134.5402-78

8 - DATA DE NASCIMENTO
04/03/2016

9 - SEXO
Masc 1, Fem 2

10 - RAÇA/COR
02 - Branca

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 98121-2589

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

14 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 8145-2960

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)
SÍTIO JOSE MALVEIRA MAIA, 10, ANTONIO HOLANDA DE OLIVEIRA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
LIMOEIRO DO NORTE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2307601

18 - UF
CE

19 - CEP
62930-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Crise aguda de acidente automobilístico com lesão medular em M15

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco Complicação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Amem nasal + Rx + Exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
H27 Tetra e fibula @

24 - CID 10 PRINCIPAL
H033

25 - CID 10 SECUNDÁRIO
W06.9

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
internamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
03.04.06.00.10

29 - CLÍNICA
PEDIÁTRICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Urgência

31 - DOCUMENTO
 CNS CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
709803054880697

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JOÃO BATISTA AQUINO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
05/10/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)
João Batista Aquino
MEDICO
CREMEX 15.197

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- ACIDENTE DE TRÂNSITO
- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

ICMS JCPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200455188

Cidade: Limoeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

Data do acidente: 05/10/2019

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura-luxação da tíbia distal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: A periciada apresentou na fase aguda das lesões fratura-luxação da tíbia distal direita, conforme documentos de pronto atendimento de 05/10/2019. Como medida terapêutica, restou submetida a tratamento conservador com imobilização e fisioterapia. Alta definitiva em dezembro de 2020. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com seqüela, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando a lesão consolidada.

Seqüelas permanentes: Perda parcial e incompleta em tornozelo direito, em grau médio, com redução da mobilidade.

Seqüelas: Com seqüela

Data do exame físico: 07/01/2021

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200455188 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: 4 ANOS // PÁG. 8(ANEXO 1)_RELATÓRIO DE ALTA.
X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200455188 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: 4 ANOS // PÁG. 8(ANEXO 1)_RELATÓRIO DE ALTA.
X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES,
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS
ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363626/20

Número do Sinistro: 3200455188

Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

CPF: 071.395.523-63

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Outros

ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS : 071.395.523-63

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363626/20

Vítima: ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS

CPF: 071.395.523-63

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA : 071.395.523-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ERIKA NICOLLY DE SOUZA MORAIS : 071.395.523-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/12/2020
Nome: JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA
CPF: 071.395.523-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/12/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JORDANIA DE SOUZA ALMEIDA

ANDERSON DE SOUZA LEITE