
Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200132169

Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESSA SANTOS E SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200132169

Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ANDRESSA SANTOS E SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196830

Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESSA SANTOS E SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196830

Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRESSA SANTOS E SILVA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANDRESSA SANTOS E SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000002999-8

Conta: 000000053726-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 069.526.413-35 4 - Nome completo da vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

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

5 - Nome completo: ANDRESSA SANTOS E SILVA 6 - CPF: 069.526.413-35

7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO 8 - Endereço: RUA 128 9 - Número: 391 10 - Complemento:

11 - Bairro: TIMBÓ 12 - Cidade: MARACANAÚ 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 61.936-310

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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: BDA DE SCO

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 0053726 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MARACANAÚ - CE 25.03.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 069.526.413-35 4 - Nome completo da vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

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

5 - Nome completo: ANDRESSA SANTOS E SILVA 6 - CPF: 069.526.413-35

7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO 8 - Endereço: RUA 128 9 - Número: 391 10 - Complemento:

11 - Bairro: TIMBÓ 12 - Cidade: MARACANAÚ 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 61.936-310

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BDA DE SCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 0053726 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MARACANAÚ - CE 25.03.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL
Impressão nº 2020206510



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 114 - 268 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/03/2020 13:30:19**
Data / Hora da Ocorrência: **21/11/2019 18:28:00**
Endereço da Ocorrência: **AV MENDEL STEINBRUSCH, PAJUÇARA - MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência: **MAXXI ATACADO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANDRESSA SANTOS E SILVA**
Nascimento: **11/01/1997** CPF:
RG: **20082688405** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS**
JOSÉ EDILARDO CHAVES E SILVA
Endereço: **RUA 128, 391**
Bairro: **CONJUNTO TIMBO**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98576-1207**

Histórico

Advertida das penalidades de Falsa Comunicação de crime e contravenção penal (Artigo 340 do Código Penal Brasileiro), a Vítima informa que, na data, hora e local da ocorrência estava caminhando na Via pública quando, ao passar de um lado da via para o outro lado, pela faixa de pedestres, apesar de alguns carros estarem parados para esta ação da Vítima, uma motocicleta não realizou a parada e acabou atropelando a Vítima, que caiu ao solo desacordada; Que uma ambulância do SAMU foi chamada para o local, no qual conduziu a Vítima para o Instituto Doutor José Frota, em Fortaleza; Que o condutor da motocicleta não realizou nenhum tipo de acordo com a vítima; Que assim, de posse de toda a documentação necessária, juntamente com Laudos médicos, comparece a este distrito policial para registrar o ocorrido, bem como para dar início aos trâmites necessários para dar entrada no SEGURO DPVAT; E nada mais disse//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARCOS ROBERTO BARROS DA SILVA - MAT.: 30118618

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Andressa Santos e Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

AURELIO DE ARAUJO PEREIRA - MAT.: 014383-1-x



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL
Impressão nº 2020206510



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 114 - 268 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/03/2020 13:30:19**
Data / Hora da Ocorrência: **21/11/2019 18:28:00**
Endereço da Ocorrência: **AV MENDEL STEINBRUSCH, PAJUÇARA - MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência: **MAXXI ATACADO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANDRESSA SANTOS E SILVA**
Nascimento: **11/01/1997** CPF:
RG: **20082688405** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS**
JOSÉ EDILARDO CHAVES E SILVA
Endereço: **RUA 128, 391**
Bairro: **CONJUNTO TIMBO**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98576-1207**

Histórico

Advertida das penalidades de Falsa Comunicação de crime e contravenção penal (Artigo 340 do Código Penal Brasileiro), a Vítima informa que, na data, hora e local da ocorrência estava caminhando na Via pública quando, ao passar de um lado da via para o outro lado, pela faixa de pedestres, apesar de alguns carros estarem parados para esta ação da Vítima, uma motocicleta não realizou a parada e acabou atropelando a Vítima, que caiu ao solo desacordada; Que uma ambulância do SAMU foi chamada para o local, no qual conduziu a Vítima para o Instituto Doutor José Frota, em Fortaleza; Que o condutor da motocicleta não realizou nenhum tipo de acordo com a vítima; Que assim, de posse de toda a documentação necessária, juntamente com Laudos médicos, comparece a este distrito policial para registrar o ocorrido, bem como para dar início aos trâmites necessários para dar entrada no SEGURO DPVAT; E nada mais disse//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARCOS ROBERTO BARROS DA SILVA - MAT.: 30118618

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

AURELIO DE ARAUJO PEREIRA - MAT.: 014383-1-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: 069.526.413-35 4 - Nome completo da vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

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

5 - Nome completo: ANDRESSA SANTOS E SILVA 6 - CPF: 069.526.413-35

7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO 8 - Endereço: RUA 128 9 - Número: 391 10 - Complemento:

11 - Bairro: TIMBÓ 12 - Cidade: MARACANAÚ 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 61.936-310

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BDA DE SCO
AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 0053726 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seinsor)? ☐ 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, MARACANAÚ - CE 25.03.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 069.526.413-35 4 - Nome completo da vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

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

5 - Nome completo: ANDRESSA SANTOS E SILVA 6 - CPF: 069.526.413-35

7 - Profissão: AUX. PRODUÇÃO 8 - Endereço: RUA 128 9 - Número: 391 10 - Complemento:

11 - Bairro: TIMBÓ 12 - Cidade: MARACANAÚ 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 61.936-310

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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: BDA DE SCO

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 0053726 8 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MARACANAÚ - CE 25.03.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192

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** prestou atendimento pré hospitalar à Sra. **ANDRESSA SANTOS E SILVA**, portadora do RG n.º 2008268840-5, SSPDS-CE, inscrita no CPF n.º 069.526.413-35, no dia 21/11/2019 às 18h28, no Município de Maracanaú-CE, na Avenida Mendel Steinbruch, Bairro Pajuçara, próximo ao Maxxi Atacado, vítima de acidente de trânsito, atropelamento por motocicleta, sendo removida para a **IJF – Instituto Doutor José Frota**. 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, 17 de janeiro de 2020.



Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192

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** prestou atendimento pré hospitalar à Sra. **ANDRESSA SANTOS E SILVA**, portadora do RG n.º 2008268840-5, SSPDS-CE, inscrita no CPF n.º 069.526.413-35, no dia 21/11/2019 às 18h28, no Município de Maracanaú-CE, na Avenida Mendel Steinbruch, Bairro Pajuçara, próximo ao Maxxi Atacado, vítima de acidente de trânsito, atropelamento por motocicleta, sendo removida para a **IJF – Instituto Doutor José Frota**. 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, 17 de janeiro de 2020.



Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/06/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320019683001
VALOR TOTAL:	1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRESSA SANTOS E SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02999

CONTA: 000000053726

Número da Autenticação

7877504

A Tarifa Social de Energia Elétrica
é devido para clientes com 60 anos
ou mais em 31/03/2020

enei

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vitorino, 150
CEP 61735-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047231/0001-30 | CCE 06.105.815/0Para solicitar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que enviar um e-mail conosco

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 052564366

Rota MAT10114 - 264580

Referência: 02/2020

Nome MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

Endereço RUA 128 CASA, 00391, CENTRO, 61936-110, MARACANAU

Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifa B3 RESIDENCIAL

Emissão 21/02/2020

Medidor 506501-FAF-004

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA F.P.: 25 JANE

Anterior: 24-01-2020 Atual: 21-02-2020 Próxima previsão: 21-03-2020



DADOS DA MENSURAÇÃO

Posto	Leit.	Leit. Ant.	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
12	21.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - IIUM PLUI PREF ARNTE

CONSUMO

ADICIONAL BAND. AMARELA

0,78871
0,0050019,24
99,04
0,62

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	99,66	27,00	26,91
PIS	99,66	1,20	1,19
COFINS	99,66	5,53	5,51

11/03/2020

118,90

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 530.817.353-28

EMISSOR DE CO, SigWht, Companhia Saneamento
pela compra de energia elétrica.

Emissão de CO2 / Compensação de CO2

48,40 0,00

Período: Emissão Tarif.: Amarela: 25/01 - 31/01 Verificação: 01/02 - 21/02

Nº do Cliente: 7877504 Referência: 02/2020 V: [1.0.0.7]
 Data de Emissão: 21/02/2020 Total a Pagar (R\$): 118,90
 Nº da Nota Fiscal: 052564366 Nº de Controle: 10550571110

83800000001 7 18900031010 5 00957131007 2 00007877504 3



83800000001 7 18900031010 5 00957131007 2 00007877504 3

7877504

A Tarifa Social de Energia Elétrica
é devido para clientes com idade
de 60 (sessenta) anos ou mais.

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vitorino, 150
CEP 61735-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 0704723/0001-30 | CCF 06.105.815-0Para solicitar seu atendimento, utilize o número
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 052564366

Rota MAT10114 - 264580

Referência: 02/2020

Nome MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

Endereço RUA 128 CASA, 00391, CENTRO, 61936-110, MARACANAU

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifa B3 RESIDENCIAL

Ligação MINUTUÁRIO

Emissão 21/02/2020

Medidor 506501-FAF-004

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ENTREGA DE ENERGIA ELÉTRICA

DATAS DE LEITURA F.P.: 25 JANE

Anterior: 24-01-2020 Atual: 21-02-2020 Próxima previsão: 21-03-2020



DADOS DA MENSAGEM

Posição	Leitura	Consumo	Consumo	Consumo	Tarifa	Valor
1	21.000	2.000	1.000	1.000	1.000	1.000

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - IIUM PUEI PREF ARNTE

CONSUMO

ADICIONAL BAND. AMARELA

0,78871

0,00500

19,24

99,04

0,62

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	99,66	27,00	26,91
PIS	99,66	1,20	1,19
COFINS	99,66	5,53	5,51

11/03/2020

118,90

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 530.817.353-28

EMISSOR DE CO, SigWht, Companhia Saneamento

pela compra de energia elétrica.

Emissão de CO2 / Compensação de CO2: 48,40 / 0,00

48,40 0,00

Período: Emissão Tarif.: Amarela: 25/01 - 31/01 Verificação: 01/02 - 21/02

Nº do Cliente: 7877504 Referência: 02/2020 V: [1.0.0.7]
 Data de Emissão: 21/02/2020 Total a Pagar (R\$): 118,90
 Nº da Nota Fiscal: 052564366 Nº de Controle: 10550571110

83800000001 7 18900031010 5 00957131007 2 00007877504 3



83800000001 7 18900031010 5 00957131007 2 00007877504 3

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CAASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702507399267835 Admissão: 21/11/2019 19:44
 Nome: ANDRESSA SANTOS E SILVA
 PronL: 5645538 Data Nasc.: 11/01/1997 Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 18 dia(s) Tel.: 85 98836-3545
 Mãe: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS
 Sexo: Feminino RG: Município: MARACANAU
 CEP 61936310 Bairro: TIMBO
 Endereço: RUA 128

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador SUIANY MARQUES LEITE COREN:131295 Horário 21/11/2019 19:47
 Queixa: vítima de atropelamento por moto com relato de síncope apresentando laceração em lábio superior e dor em face,
 Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE
 Discriminador: ATROPELAMENTO POR MOTO
 Autoagressão: Não
 Sato02: 98 Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 98 PA: 120/80 FR: 18

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SANLIO CIRNE DE OLIVEIRA FILHO CRM: 8378 Nº: 576662 Horário 21/11/2019 19:52
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 1
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE JOVEM VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, TCE LEVE SINCOPE NO LOCAL
 REFRE APENAS CEFALIA E DOR EM REGIAO ANTRIOR DO TORAX
 SEM FRATURAS APARENTES E ECG 15, SEM DEFICIT FOCAL
 EUPNEICA, ABD FLACIDO.

ALTA

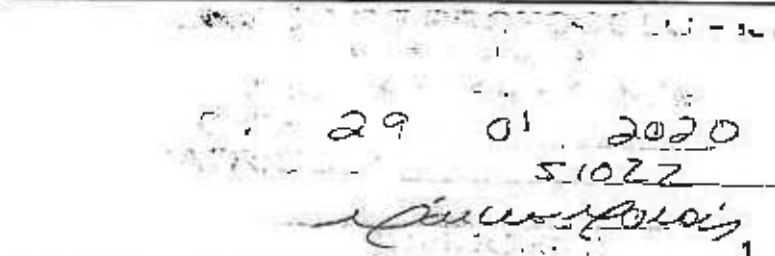
Data: 22/11/2019 22:42

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/11/2019 19:47	ACIDENTE COM PEDESTRE	ATROPELAMENTO POR MOTO	AMARELO	SUIANY MARQUES LEITE

EXAME

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

29 01 2020
 51022


FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702507399267835 Admissão: 21/11/2019 19:44
 Nome: ANDRESSA SANTOS E SILVA
 Pront.: 5645538 Data Nasc.: 11/01/1997 Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 18 dia(s) Tel.: 85 98836-3545
 Mãe: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS
 Sexo: Feminino RG: Município: MARACANAU
 CEP 61936310 Bairro: TIMBO
 Endereço: RUA 128

EVOLUÇÃO

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

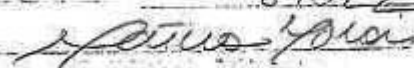
PRESCRIÇÃO

Médico: SUERBH EUZEBIO LEITE ALBUQUERQUE CRM 13253 21/11/19 19:58

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

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

29 01 2020
 51072


RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** ANDRESSA SANTOS E SILVA**Idade:** 23 ano(s) 0 mes(es) e 17 dia(s)**Sexo:** Feminino**Pront.:** 5645538**Endereço:** RUA 128**Bairro:** TIMBO**Num:** 391**CEP:** 61936310**UF:** CEARÁ**Cidade:** MARACANAU**Localização****Clinica:** UNIDADE 22**Enfermaria:** 229**Leito:** 2221**Internação:** 14/01/2020

06:24

Alta: * Não Informado *

* Não Informado

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

Não

Resumo Clínico

Paciente submetida a cirurgia para tto cirúrgico do hematoma subdural crônico em 14/01/20 sem intercorrências. Apresenta crise convulsiva no pos-op e na TC de controle exibe hematoma intraparenquimatoso. # Antecedente de TCE há 3 meses por acidente com veículo motorizado # Nega uso de anticoagulantes ou anti-agregantes # Evolui estável e sem queixas, sem novas crises convulsivas # Ao exame: GCS15, PIFR, mnoe+, sem déficits motores

Exames Realizados

TC de crânio com resultado pos-op satisfatório, porém tem hematoma intraparenquimatoso frontal direito. Em tc de controle de 27/01/20 há grata involução do HSDC e da contusão

Terapêutica Utilizada

tratamento cirúrgico de tratamento cirúrgico de hsdC e tratamento neurocirúrgico conservador de contusão

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S065 - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S065	HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

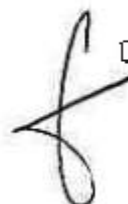
Condições de Alta

* Não Informado *

Data Programada da Alta: * Não Informado *

Observações Complementares

CD: Discutido caso com dr Tullo Spinola e optado por alta hospitalar
Repetir TC de Crânio em 30 dias
Retorno com 30 dias para o ambulatório do Dr Carlos Vinícius Mota

Responsável**Médico:** MARCELL ALVES MACEDO**Data:** 28/01/2020


Dr. Gleison A. Ribeiro
Médico Residente
Neurocirurgia
GREMEC -18149

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0403010306	Urgência	14/01/2020 19:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	DIOGO VARELA MAIA



Nome Paciente: Andressa Santos E Silva
Data Exame: 11/01/2020
Medico Solicitante: Savio Soares

Idade: 23
Sexo: feminino
Convenio: SUS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado em tomografo Multislice, sendo obtidas aquisições axiais volumétricas, sem contraste

DESCRIÇÃO:

Apagamento difuso dos sulcos e fissuras à direita

Coleção subdural com atenuação crônica frontal à esquerda e na alta convexidade parietal à direita com espessura máxima de 2,0 cm exercendo discreto efeito compressivo sobre o parênquima encefálico adjacente, determinando desvio da linha média para esquerda em cerca de 0,5 cm. Conveniente prosseguir investigação diagnóstica com a ressonância nuclear magnética, a critério clínico

Calota craniana sem anormalidades.

Espaço periencefálico conservado.

Sistemas basais de dimensões normais para a faixa etária.

Quarto ventrículo de morfologia, dimensões e situação normais.

Tronco cerebral sem alterações.

Terceiro ventrículo e ventrículos laterais de topografia, morfologia e dimensões conservadas.

CONCLUSÃO:

Apagamento difuso dos sulcos e fissuras à direita

Coleção subdural com atenuação crônica frontal à esquerda e na alta convexidade parietal à direita com espessura máxima de 2,0 cm exercendo discreto efeito compressivo sobre o parênquima encefálico adjacente, determinando desvio da linha média para esquerda em cerca de 0,5 cm. Conveniente prosseguir investigação diagnóstica com a ressonância nuclear magnética, a critério clínico


Dr. Alberto Luis Fukuda
CRM: 140906/SP

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CAASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702507399267835 Admissão: 21/11/2019 19:44
 Nome: ANDRESSA SANTOS E SILVA
 PronL: 5645538 Data Nasc.: 11/01/1997 Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 18 dia(s) Tel.: 85 98836-3545
 Mãe: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS
 Sexo: Feminino RG: Município: MARACANAU
 CEP 61936310 Bairro: TIMBO
 Endereço: RUA 128

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador SUIANY MARQUES LEITE COREN:131295 Horário 21/11/2019 19:47
 Queixa: vítima de atropelamento por moto com relato de síncope apresentando laceração em lábio superior e dor em face,
 Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE
 Discriminador: ATROPELAMENTO POR MOTO
 Autoagressão: Não
 Sato02: 98 Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 98 PA: 120/80 FR: 18

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: SANLIO CIRNE DE OLIVEIRA FILHO CRM: 8378 Nº: 576662 Horário 21/11/2019 19:52
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 1
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE JOVEM VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, TCE LEVE SINCOPE NO LOCAL
 REFRE APENAS CEFALIA E DOR EM REGIAO ANTRIOR DO TORAX
 SEM FRATURAS APARENTES E ECG 15, SEM DEFICIT FOCAL
 EUPNEICA, ABD FLACIDO.

ALTA

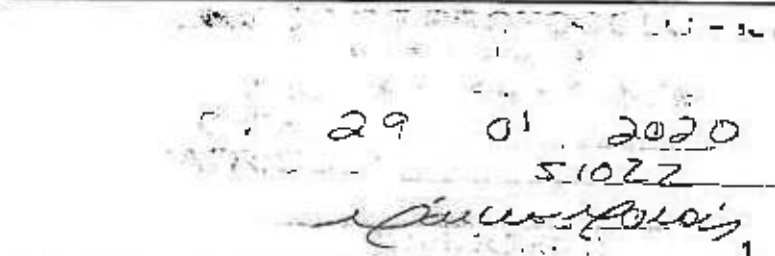
Data: 22/11/2019 22:42

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/11/2019 19:47	ACIDENTE COM PEDESTRE	ATROPELAMENTO POR MOTO	AMARELO	SUIANY MARQUES LEITE

EXAME

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

29 01 2020
 51022


FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702507399267835 Admissão: 21/11/2019 19:44
 Nome: ANDRESSA SANTOS E SILVA
 Pront.: 5645538 Data Nasc.: 11/01/1997 Idade: 23 ano(s) 0 mes(es) e 18 dia(s) Tel.: 85 98836-3545
 Mãe: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS
 Sexo: Feminino RG: Município: MARACANAU
 CEP 61936310 Bairro: TIMBO
 Endereço: RUA 128

EVOLUÇÃO

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

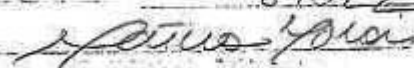
PRESCRIÇÃO

Médico: SUERBH EUZEBIO LEITE ALBUQUERQUE CRM 13253 21/11/19 19:58

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

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

29 01 2020
 51072


RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** ANDRESSA SANTOS E SILVA**Idade:** 23 ano(s) 0 mes(es) e 17 dia(s)**Sexo:** Feminino**Pront.:** 5645538**Endereço:** RUA 128**Bairro:** TIMBO**Num:** 391**CEP:** 61936310**UF:** CEARÁ**Cidade:** MARACANAÚ**Localização****Clinica:** UNIDADE 22**Enfermaria:** 229**Leito:** 2221**Internação:** 14/01/2020

06:24

Alta: * Não Informado *

* Não Informado

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

Não

Resumo Clínico

Paciente submetida a cirurgia para tto cirúrgico do hematoma subdural crônico em 14/01/20 sem intercorrências. Apresenta crise convulsiva no pos-op e na TC de controle exibe hematoma intraparenquimatoso. # Antecedente de TCE há 3 meses por acidente com veículo motorizado # Nega uso de anticoagulantes ou anti-agregantes # Evolui estável e sem queixas, sem novas crises convulsivas # Ao exame: GCS15, PIFR, mnoe+, sem déficits motores

Exames Realizados

TC de crânio com resultado pos-op satisfatório, porém tem hematoma intraparenquimatoso frontal direito. Em tc de controle de 27/01/20 há grata involução do HSDC e da contusão

Terapêutica Utilizada

tratamento cirúrgico de tratamento cirúrgico de hsdC e tratamento neurocirúrgico conservador de contusão

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S065 - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S065	HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

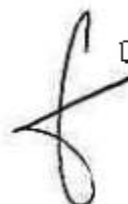
Condições de Alta

* Não Informado *

Data Programada da Alta: * Não Informado *

Observações Complementares

CD: Discutido caso com dr Tullo Spinola e optado por alta hospitalar
Repetir TC de Crânio em 30 dias
Retorno com 30 dias para o ambulatório do Dr Carlos Vinícius Mota

Responsável**Médico:** MARCELL ALVES MACEDO**Data:** 28/01/2020


Dr. Gleison A. Ribeiro
Médico Residente
Neurocirurgia
GREMEC -18149

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0403010306	Urgência	14/01/2020 19:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	DIOGO VARELA MAIA



Nome Paciente: Andressa Santos E Silva
Data Exame: 11/01/2020
Medico Solicitante: Savio Soares

Idade: 23
Sexo: feminino
Convenio: SUS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado em tomografo Multislice, sendo obtidas aquisições axiais volumétricas, sem contraste

DESCRIÇÃO:

Apagamento difuso dos sulcos e fissuras à direita

Coleção subdural com atenuação crônica frontal à esquerda e na alta convexidade parietal à direita com espessura máxima de 2,0 cm exercendo discreto efeito compressivo sobre o parênquima encefálico adjacente, determinando desvio da linha média para esquerda em cerca de 0,5 cm. Conveniente prosseguir investigação diagnóstica com a ressonância nuclear magnética, a critério clínico

Calota craniana sem anormalidades.

Espaço periencefálico conservado.

Sistemas basais de dimensões normais para a faixa etária.

Quarto ventrículo de morfologia, dimensões e situação normais.

Tronco cerebral sem alterações.

Terceiro ventrículo e ventrículos laterais de topografia, morfologia e dimensões conservadas.

CONCLUSÃO:

Apagamento difuso dos sulcos e fissuras à direita

Coleção subdural com atenuação crônica frontal à esquerda e na alta convexidade parietal à direita com espessura máxima de 2,0 cm exercendo discreto efeito compressivo sobre o parênquima encefálico adjacente, determinando desvio da linha média para esquerda em cerca de 0,5 cm. Conveniente prosseguir investigação diagnóstica com a ressonância nuclear magnética, a critério clínico


Dr. Alberto Luis Fukuda
CRM: 140906/SP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COMANDO-GERAL DE POLÍCIA (COPOL) FISCAL E PERÍCIA BOMBEIRÃO

 Polegar Direito



Andressa Santos e Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 2000260340 - 5 DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/07/2012

NOME
ANDRESSA SANTOS E SILVA

FILIAÇÃO
JOSÉ EDILANZO CHAVES E SILVA
MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

NATURALIDADE
MARACANAÚ - CE DATA DE NASCIMENTO
11/01/1997

DOC. ORIGINAL
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: QUEMEIRO TERMO: 57151 FOLHA: 67
LIVRO: A-49 MARACANAÚ - CE

VIA ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.118 DE 1984

P.: 13

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
069.526.413-35

Nome
ANDRESSA SANTOS E SILVA

Nascimento
11/01/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
COAA.6957.983C.0CBE

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 13:11:51 do dia 03/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Em caso de perícias
(85) 98841-6709

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FOMENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COMANDO-GERAL DE POLÍCIA FOMENSE E POLÍCIA BOMBEIRO

 Polegar Direito



Andressa Santos e Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2000260340 - 5 DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/07/2012

NOME
ANDRESSA SANTOS E SILVA

FILIAÇÃO
JOSÉ EDILANZO CHAVES E SILVA
MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

NATURALIDADE
MARACANAÚ - CE DATA DE NASCIMENTO
11/01/1997

DOC. ORIGINAL
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: QUEMEIRO TERMO: 57151 FOLHA: 67
LIVRO: A-49 MARACANAÚ - CE

VIA ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.118 DE 1984

P.: 13

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
069.526.413-35

Nome
ANDRESSA SANTOS E SILVA

Nascimento
11/01/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
COAA.6957.983C.0CBE

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 13:11:51 do dia 03/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Em caso de perícias
(85) 98841-6709

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103710/20

Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF: 069.526.413-35

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRESSA SANTOS E SILVA : 069.526.413-35

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: 26/03/2020
Nome: ANDRESSA SANTOS E SILVA
CPF: 069.526.413-35

ANDRESSA SANTOS E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números da nossa 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:

Data da solicitação: 29.05.2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF do beneficiário: 069.526.41335

Nome do solicitante: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF do solicitante: 069.526.41335

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98841-6709 Tel. Comercial: (85) 98576-1207 Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☒ NÃO ☐ SIM, Informe qual(is) documento(s) está sendo entregue(s):
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros: (DESCREVER)

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

Solicito reanálise do meu processo, pois não concordo com a negativa, declaro que por conta do tce que sofri, na ocasião do acidente e hemorragia que ocasionou um hematoma subdural agudo, motivo pelo qual fui submetido a um procedimento cirúrgico, me deixou como sequelado, com sequelas, incapacidade, impotência, permanência em um leito de corpo. por esta razão solicito pericia médica, para constatação e pagamento devido, para que não haja renúncia de uma ação judicial. Já que na qualidade de segurada, TENHO DIREITO.

maracanaú - 29.05.2020

Local e Data

x Andressa Santos e Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os campos, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido ao 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 rgo)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152868/20

Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF: 069.526.413-35

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRESSA SANTOS E SILVA : 069.526.413-35

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: 01/06/2020
Nome: ANDRESSA SANTOS E SILVA
CPF: 069.526.413-35

ANDRESSA SANTOS E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/06/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196830 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO/HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO FRONTAL DIREITO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LESÃO NEUROLÓGICAS DA FUNÇÃO COGNITIVA.

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 RESIDUAL DA FUNÇÃO COGNITIVA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200132169 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO/HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO FRONTAL DIREITO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3_RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR / PÁG. 4_LAUDO DE EXAME.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ÚLTIMO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (DATA: 14/01/2020) E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO QUE, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, E APRESENTAR AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200132169 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO/HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO FRONTAL DIREITO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3_RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR / PÁG. 4_LAUDO DE EXAME.
NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ÚLTIMO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (DATA: 14/01/2020) E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO,

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200196830 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO/HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO FRONTAL DIREITO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LESÃO NEUROLÓGICAS DA FUNÇÃO COGNITIVA.

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 RESIDUAL DA FUNÇÃO COGNITIVA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103710/20

Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF: 069.526.413-35

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRESSA SANTOS E SILVA : 069.526.413-35

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: 26/03/2020
Nome: ANDRESSA SANTOS E SILVA
CPF: 069.526.413-35

ANDRESSA SANTOS E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152868/20

Vítima: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF: 069.526.413-35

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: ANDRESSA SANTOS E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRESSA SANTOS E SILVA : 069.526.413-35

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: 01/06/2020
Nome: ANDRESSA SANTOS E SILVA
CPF: 069.526.413-35

ANDRESSA SANTOS E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/06/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA