



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8746460

A/C: DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS

Sinistro: 3160146057
Vitima: DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS
Data Acidente: 06/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2016

Carta nº: 9005102

A/C: DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS

Sinistro: 3160146057 ASL-0106620/16
Vítima: DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS
Data Acidente: 06/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2016

Carta nº: 9048824

A/C: DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS

Sinistro: 3160146057 ASL-0106620/16
Vítima: DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS
Data Acidente: 06/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000002843**

Conta: **0000022445-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Darling Mikaelle Corrêa dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3504055-7000 EXPEDIDO POR _____ EM 30 / 08 / 2000 E
 CPF 009493003-14 / CNPJ _____, PROFISSÃO proprêta de
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Darling M. C. dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

- Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:
- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
 - Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
 - Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
 - Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

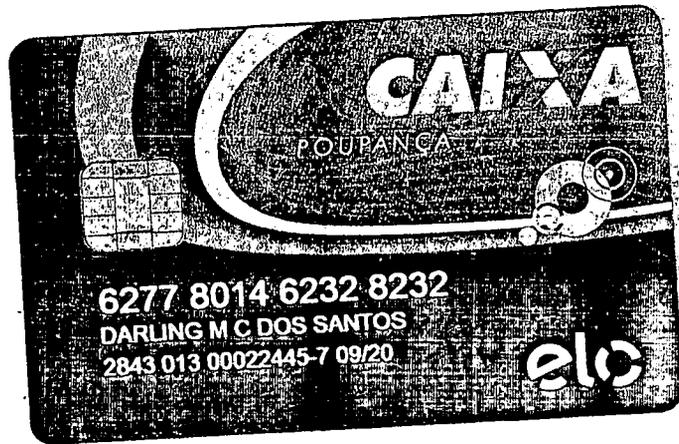
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8843 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8843-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Quixeramobim 08 de março de 2016. Darling Mikaelle Corrêa dos Santos
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



INVESTPREV
09 ABR 2016
ENTRADA

**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

Nome do(a) Examinado(a): Darling Mikaelle Correia dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Magalhaes, S/N
XX Quixeramobim CE CEP: 63800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 35040552000
Data local do exame: [27/04/2016] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**TRAUMA CONTUSO CERVICAL
APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR CERVICAL. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Data da alta: ABRI/2016

TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Complicações: AUSENTE

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Segmento da coluna vertebral exceto o sacral,
CERVICAL**

% do dano: () 10% residual () 25% leve
 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

SEM SEQUELA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Cláudia Pereira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM



Secretaria de Segurança Pública e
 Defesa Social - SSPDS
 Departamento de Polícia do Interior
 12º RPC / DELEGACIA MUNICIPAL DE
 QUIXERAMOBIM - CEARÁ
 Fone. (88) 3441-0302

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 479 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **12/02/2016 09:52:17**
 Data / Hora da Ocorrência : **06/02/2016 19:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **ROD. CE. 060 KM 209**

SEDE QUIXERAMOBIM / CE

Ponto de Referência: **NA VOLTA DA SERRA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA MILFENA DA SILVA**
 Nascimento : **10/10/1990**
 RG: Órgão Emissor: UF: - CPF: **04015889398**
 Filiação: **FRANCISCO MAURICIO DA SILVA**
FRANCISCA GUSTAVO DA SILVA
 Endereço: **R JORGE BORGES 339**
MARAVILHO
QUIXERAMOBIM - CE - BRASIL Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

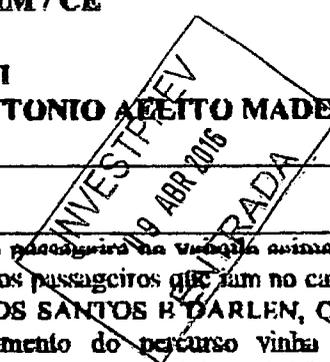
TIPO: **AUTOMÓVEL MARCA: FIAT/SIENA ELX**
 PLACA: **HWW6456 MUNICÍPIO / UF: QUIXERAMOBIM / CE**
 MODELO/FABRICAÇÃO: **2003/2002 COR: AZUL**
 RENAVAM: **785985727 CHASSI: 9BD17202433030686**
 SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MARCIO AUGUSTO FERNANDES DE SOUSA**
 ENVOLVIMENTO: **COLISÃO**

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: **AUTOMÓVEL MARCA: VW/GOLF 1.6 SPORTLINE**
 PLACA: **OR05662 MUNICÍPIO / UF: QUIXERAMOBIM / CE**
 MODELO/FABRICAÇÃO: **2013/2013 COR: BRANCA**
 RENAVAM: **532757785 CHASSI: 9BWAB41J9D4015081**
 SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: ANTONIO ALEIXO MADEIRO**
 ENVOLVIMENTO: **COLISÃO**

Histórico

QUE no dia, hora e local supracitados estava trafegando numa via pública no veículo acima descrito, a qual a condutor era o Sr. JEAN FERREIRA DOS SANTOS, ressalta que os outros passageiros que iam no carro era sua prima de nome ANA MILFENA DA SILVA, CIRELI, JERLAN FERREIRA DOS SANTOS e DARLEN, QUE informa que estavam indo para a Fazenda Cupim, quando em determinado momento do percurso vinha em sentido contrário uma RETROESCAVADEIRA E O SR. ALEX NOGUEIRA o qual conduzia o GOLF DE COR BRANCA DE PLACA OR-5662, ressalta que o Sr. ALEX NOGUEIRA foi ultrapassar a RETROESCAVADEIRA, ocasião em que colidiu contra a mesma, ocasião em que o mesmo perdeu o controle do veículo, vindo este a rodar, ocasião em que houve a colisão, envolvendo o veículo a qual estava e o veículo a qual ALEX NOGUEIRA conduzia, QUE informa que após a colisão ficou





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 479 / 2016

desacordada, ressalta que tomou conhecimento que ALEX NOGUEIRA evadiu-se do local sem prestar qualquer socorro as vítimas envolvidas, QUE informa que uma das passageira de ALEX de nome JULIANE veio a óbito no local do acidente, QUE informa que foi socorrida pelo SAMU juntamente com todas as outras pessoas, QUE informa que como consequência do acidente sofreu fratura de 02 (duas) costelas, poli-traumatismo crânio, pescoço, tórax e abdome, já sua prima acima qualificada sofreu trauma na perna esquerda e pancada nos peitos.

Noticiante(s)

Nome : DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS

Endereço : R JOSE MAGALHÃES 33

Bairro : MARAVILHA

Município/UF : QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone: 88994311824

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

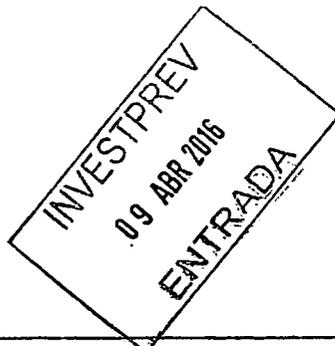
"INSCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Darling Mikaelle Correia dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7





AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO DE QUIXERAMOBIM

Av. Dr. Joaquim Fernandes, 60 - Fone: (88) 3441.1533 - Quixeramobim/Ce.

1

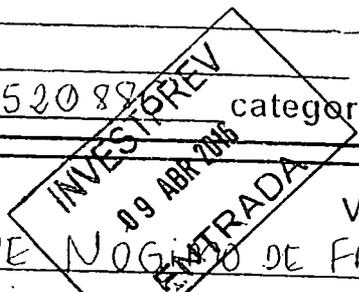
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

DESCRIÇÃO
Tipo: <u>COLISÃO TRASEIRA E LATERAL</u>
Data/hora/local: <u>06.02.2016 / 19:40 / CE 060 Km 208 (PRÓXIMO A LOCALIDADE DE SOSSEGO.)</u>

VEÍCULO E CONDUTOR 1
Veículo: <u>AUTOMÓVEL</u> cor: <u>BRANCA</u>
Marca: <u>VW/GOLF 1.6 SPORTLINE</u> ano fabricação e modelo: <u>2013/2013</u>
Chassi: _____ placa: <u>ORO-5662</u>
Proprietário: <u>ANTONIO AELITO MADEIRO</u>
Condutor: <u>SILVIO ALEX NOGUEIRA MADEIRO</u>
Filiação: <u>ANTONIO AELITO MADEIRO</u> <u>ROSA CRISTINA NOGUEIRA MADEIRO</u>
Endereço: <u>RUA PRINCESA ISABEL</u> n°. <u>210</u>
Cidade: <u>QUIXERAMOBIM</u> telefone: <u>(088) 99252 5549</u>
CNH n°. <u>03979275590</u> categoria: <u>AB</u> validade: <u>20.12.2016</u>

VEÍCULO E CONDUTOR 2
Veículo: <u>AUTOMÓVEL</u> cor: <u>AZUL</u>
Marca: <u>FIAT/ SIENA ELX</u> ano fabricação e modelo: <u>2002/2003</u>
Chassi: _____ placa: <u>HWW-6456</u>
Proprietário: _____
Condutor: <u>JEAN FERREIRA DOS SANTOS</u>
Filiação: <u>Fº LOPES DO SANTOS</u> <u>MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DOS SANTOS</u>
Endereço: _____ n°. _____
Cidade: _____ telefone: _____
CNH n°. <u>0564052088</u> categoria: <u>AB</u> validade: <u>25.06.2017</u>

Nome: <u>JULIANE NOGUEIRA DE FREITAS</u> VÍTIMA 1 (FATAL)
Naturalidade: <u>QUIXERAMOBIM</u> sexo: <u>FEMININO</u> estado civil: <u>SOLTEIRA</u> data de nasc.: <u>27 ANOS</u>
Profissão: <u>PROFESSORA</u> doc. de identificação: _____
Endereço: _____



VÍTIMA 2

Nome: PÂMELA FREITAS NÓGIMO data de nasc.:
Naturalidade: _____ sexo: _____ estado civil: _____
Profissão: _____ doc. de identificação: _____
Endereço: _____ nº. _____
Cidade: _____ telefone(s): _____

TESTEMUNHA 1

Nome: _____
Sexo: _____ estado civil: _____ profissão: _____
Endereço: _____ nº. _____
Cidade: _____ telefone(s): _____

TESTEMUNHA 2

Nome: _____
Sexo: _____ estado civil: _____ profissão: _____
Endereço: _____ nº. _____
Cidade: _____ telefone(s): _____

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS/RESUMO:

REALIZAMOS A SINALIZAÇÃO DO LOCAL COM CONES, FOI PRECISO INTERDITAR TOTALMENTE A RODOVIA PARA O ATENDIMENTO DE PRIMEIROS SOCORROS AS VÍTIMAS, QUE FOI PROCEDIDO PELAS EQUIPES DO SAMU E CORPO DE BOMBEIROS. POSTERIORMENTE LIBERAMOS UM LADO DA PISTA E PASSAMOS A CONTROLAR O TRÂNSITO. FICAMOS NO LOCAL ATÉ A VIA SER DESOBRSTRUÍDA, COM A RETIRADA DOS VEÍCULOS. SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS, O VEÍCULO QUE TRAFEGAVA PELA CEE OCC, QUANDO NO KM 208 COLIDIU NA TRASEIRA DE UMA RETRO-ESCAVADORA QUE SE ENCONTRAVA EM MOVIMENTO NO MESMO SENTIDO (INT/CAP), DEVIDO AO IMPACTO, O GOLF RODOU NA PISTA, VINDO A SER COLIDIDO LATERALMENTE POR UM SIENA (VEÍCULO 02), QUE VINHA EM SENTIDO DO CONTRÁRIO.

COMPOSIÇÃO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO:

Rolemberg / Kelnon / Carlos / Rodrigo.

RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO:

Rolemberg

07.346.890/0001-37

AUTARQUIA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES
RODOVIA



AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO DE QUIXERAMOBIM

Av. Dr. Joaquim Fernandes, 60 - Fone: (88) 3441.1533 - Quixeramobim/CE

2

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

DESCRIÇÃO

Tipo: _____

Data/hora/local: _____

CONTINUAÇÃO

VEÍCULO E CONDUTOR 1

Veículo: _____

cor: _____

Marca: _____

ano fabricação e modelo: _____

Chassi: _____

placa: _____

Proprietário: _____

Condutor: _____

Filiação: _____

Endereço: _____

nº. _____

Cidade: _____

telefone: _____

CNH nº. _____

categoria: _____

validade: _____

VEÍCULO E CONDUTOR 2

Veículo: _____

cor: _____

Marca: _____

ano fabricação e modelo: _____

Chassi: _____

placa: _____

Proprietário: _____

Condutor: _____

Filiação: _____

Endereço: _____

nº. _____

Cidade: _____

telefone: _____

CNH nº. _____

categoria: _____

validade: _____

VÍTIMA 03

Nome: _____

GERLAN FERREIRA DOS SANTOS data de nasc.: 27 ANOS

Naturalidade: _____

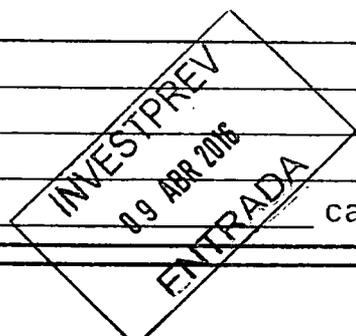
QUIXERAMOBIM sexo: MASCULINO estado civil: _____

Profissão: _____

doc. de identificação: _____

Endereço: _____

nº. _____



VÍTIMA 04

Nome: DARLI MIKAELLY CORREIA DOS SANTOS data de nasc.: 31 ANOS

Naturalidade: QUIXERAMOBIM/CE sexo: FEM estado civil: SOLT.

Profissão: COOPERADORA doc. de identificação: R6: 3504055-2000

Endereço: JOSÉ MAGALHÃES - MARAVILHA nº. 33

Cidade: QUIXERAMOBIM/CE telefone(s): _____

TESTEMUNHA 1

Nome: _____

Sexo: _____ estado civil: _____ profissão: _____

Endereço: _____ nº. _____

Cidade: _____ telefone(s): _____

TESTEMUNHA 2

Nome: _____

Sexo: _____ estado civil: _____ profissão: _____

Endereço: _____ nº. _____

Cidade: _____ telefone(s): _____

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS/RESUMO:

COMPOSIÇÃO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO:

RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO:

07.346.890/0001-37
AUTARQUIA DE TRÁNSITO E TRANSPORTE
RONDÔNIA DE LEMOS DO MUNICÍPIO
DI QUIXERAMOBIM



AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO DE QUIXERAMOBIM

Av. Dr. Joaquim Fernandes, 60 - Fone: (88) 3441.1533 - Quixeramobim/Ce.

3

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA

DESCRIÇÃO

Tipo: _____

Data/hora/local: _____

CONTINUAÇÃO

VEÍCULO E CONDUTOR 1

Veículo: _____ cor: _____

Marca: _____ ano fabricação e modelo: _____

Chassi: _____ placa: _____

Proprietário: _____

Condutor: _____

Filiação: _____

Endereço: _____ nº. _____

Cidade: _____ telefone: _____

CNH nº. _____ categoria: _____ validade: _____

VEÍCULO E CONDUTOR 2

Veículo: _____ cor: _____

Marca: _____ ano fabricação e modelo: _____

Chassi: _____ placa: _____

Proprietário: _____

Condutor: _____

Filiação: _____

Endereço: _____ nº. _____

Cidade: _____ telefone: _____

CNH nº. _____ categoria: _____ validade: _____

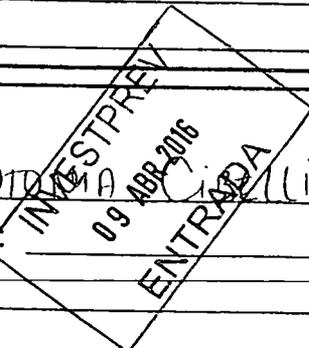
VÍTIMA 05

Nome: ANDRÉIA GOMES FERREIRA data de nasc.: 21 ANOS

Naturalidade: _____ sexo: _____ estado civil: _____

Profissão: _____ doc. de identificação: _____

Endereço: _____



VITIMA 06

Nome: ANA MILENA SILVA data de nasc.: 25 ANOS

Naturalidade: QUIXERAMOBIM-CE sexo: FGM estado civil: SOLT.

Profissão: DOMÉSTICA doc. de identificação: RG: 2007021015714

Endereço: JORGE BOZES - MURAVILHA n.º 339

Cidade: QUIXERAMOBIM-CE telefone(s): _____

TESTEMUNHA 1

Nome: _____

Sexo: _____ estado civil: _____ profissão: _____

Endereço: _____ n.º _____

Cidade: _____ telefone(s): _____

TESTEMUNHA 2

Nome: _____

Sexo: _____ estado civil: _____ profissão: _____

Endereço: _____ n.º _____

Cidade: _____ telefone(s): _____

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS/RESUMO: (CONTINUAÇÃO)

APENAS O CONDUTOR DO VEÍCULO 01 (GOLF) FOI SOCORRIDO POR POPULARES, O RESTANTE DAS VITIMAS FORAM ATENDIDAS NO LOCAL PELAS EQUIPES DOS BOMBEIROS E SAMU.

O VEÍCULO TIPO RETRO-ESCAVADORA NÃO FOI REBOCADO POR FALTA DE MEIOS, TAMBÉM NÃO SE APRESENTOU NINGUÉM NO LOCAL SE RESPONSABILIZANDO POR ESTA MÁQUINA, O CONDUTOR NÃO ESTAVA MAIS NO LOCAL QUANDO CHEGAMOS NA OCORRÊNCIA, OS DEMAIS VEÍCULOS ENVOLVIDOS NO SINISTRO FORAM REBOCADOS PARA A SEDE LOCAL DA POLÍCIA MILITAR.

ESTIVERAM PRESENTES NESTA OCORRÊNCIA A AMTQ, A PM, O SAMU, O CORPO DE BOMBEIROS E A PERÍCIA FORENSE.

ESTE ACIDENTE RESULTOU EM UMA VITIMA FATAL NO LOCAL.

OS DADOS DO CONDUTOR 03 FORAM COLHIDOS POSTERIORMENTE.

O CONDUTOR 02 SAIU DO LOCAL E FICOU NO LOCAL PRESTANDO INFORMAÇÕES.

COMPOSIÇÃO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO:

Rolemberg / Kelson / Carlos / Rodrigo

RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO:

Rolemberg

07.346.890/0001-87

AUTARQUIA DE TRÁNSITO E TRANSPORTE

DO MUNICÍPIO DE QUIXERAMOBIM

Rua Dr. Álvaro Ferraz, 30/42 - Centro

CEP: 63.600-000

Quixeramobim - Ceará

VISTO: _____

Diretor de Op. e Fiscalização



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Darling Mikaelle P. dos Santos, portador do RG nº: 3504055-0000 SSP-ce e inscrito no CPF sob o nº: 029.498.003-16, residente e domiciliado em um lugar denominado: R. José Gonçalves Magalhães, 30 - Maravilha, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

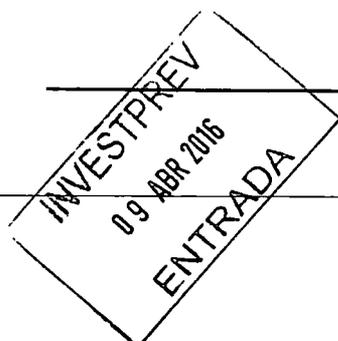
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Darling Mikaelle Pereira dos Santos

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Darling Mikaelle P. dos Santos, de 08 de março de 2016.



CERTIDÃO NARRATIVA

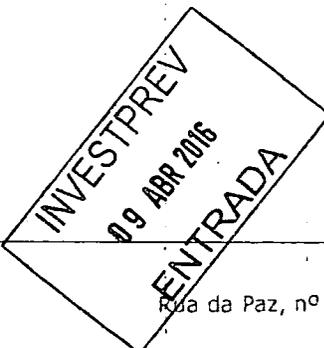
CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento a Sra. **DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS**, portadora do RG Nº 3504055-2000 e inscrita no CPF sob o Nº 009.493.003-14, o dia 6/02/2016, às 19h51 min, no município de QUIXERAMOBIM – CE, na CE 060. Paciente vítima de colisão carro com carro, onde a mesma foi encaminhada para o **Hospital Regional Dr. Pontes Neto**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 26 de fevereiro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

Carla Simeaux
ENFERMEIRA
COREN 258.434





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

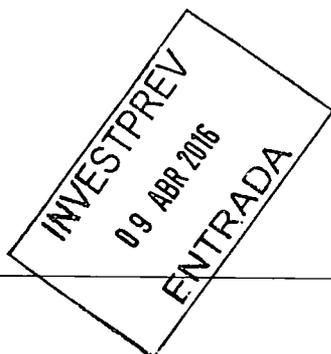
Eu, Darling Mikaelle Correia dos Santos, portador do RG nº: 3504055-2000 data de expedição: 30/08/2000, Órgão SSP/CE, e CPF nº: 009.493.003-54, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. José Magalhães</u>
Número	<u>30</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Maravilha</u>
Cidade	<u>Quixerambim</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9.9480-2841</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Quixerambim, 08 de março de 2016.

Assinatura do Declarante: Darling Mikaelle Correia dos Santos



Nº do Cliente: **690690-7**
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

fol criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
coelce
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 50135-040 Fortaleza CE
 Fone: (07) 047.2512001-70 CGF 06 105 548-3

AGÊNCIA ELÉTRICA GRUPO B.1 SÉRIE 4 DNE 417665296

Nota: 18 28030 03 292000 - 5 Data de Emissão: 25/01/2016
 Nome: MARIA LIDUINA DE SOUSA BARROS
 End Postal: RU JOSE MAGALHAES - QUIXERAMOBIM - 63800000
 2592348 Poste: 0000 0000
 Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência: 0,00
 RG / CPF / CNPJ: 186018472-34 CGF

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Letura
Jan/2016	25/01/2016	24/02/2016

ÍNDICE DE QUANTIDADE DE FORNECIMENTO

Veja a legenda na verso desta conta

Conjunto: QUIXERAMOBIM
 Mes: 2015 0,00 5,82
 DIFERENÇA: 0,00

Base de Cálculo (HS)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
95,76	27,00%	25,85	DIC 5,67	0,00	0,00	1,47	1,47	1,47
			FIC 0,48	0,00	0,00	2,00	2,00	2,00
			DMIC 3,29			1,30		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$ kWh)	Valor (R\$)
28522	20392	1,00	140	0,00	140	0,29104	95,76
25/01/16	23/12/15		73,6148		140		95,76

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 95,76
 MULTA MORATORIA REF 12/2015 0,29
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 16,85
 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 9,31)

VENCIMENTO 01/02/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 112,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	44,22
Transmissão	0,51
Distribuição	17,24
Encargos Setoriais	2,46
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	30,93
TOTAL	95,76

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh) (mês/mês)

MED	Jan	Fev	Marc	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	
	78	140	2	0	0	1	32	87	88	139	117	104	70												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.

Emitido kg(CO₂) 60,51 | Compensado kg(CO₂) 0,00 | Consciência Ecológica (% CO₂) 0%

informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Previsão de suspensão do fornecimento de energia elétrica

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso, seu débito em relação ao pagamento da dívida implícita na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta Nota R\$ 5,00 referente a PIS e COFINS.

DEBITOS ANTERIORES

Mês	Ano	Valor R\$
09/2015		17,21
11/2015		16,74
12/2015		16,71
Total		50,66

Poyula 15
 (SS) 9.94.80.8821

INVESTPRE
 19 ABR 2016
ENTRADA

Nº do Cliente: 690690-7 Referência: Total a Pagar (R\$): Jan/2016 112,90
 Data de Emissão: 25/01/2016 Nº de Controle: 0000690690 00493 39342 20
 Nº da Nota Fiscal: 417665296

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160146057 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/02/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO CERVICAL

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do segmento da coluna cervical

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

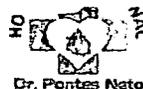
Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 06/02/16 HORÁRIO: 20:35 ATENDIMENTO Nº: 38

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Darlan Mickaelly Correia dos Santos
 SEXO: F DATA NASCIMENTO: 09/09/84 IDADE: 31 ESTADO CIVIL: Solteira
 MÃE: Perpetua Correia dos Santos SUS: _____
 NATURALIDADE: Amé PROFISSÃO: Cosmetóloga
 ENDEREÇO: Rua José Magalhães, 30 BAIRRO: Maravilha CEP: 63.800.00
 CIDADE: Quixeramobim ESTADO: Ceará TELEFONE: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 140 x 90 mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência ou dor tórax por mais de 30min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (cortes);	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquignéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39 - 40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais desconhecidos;	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoltados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; <input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

URGENTE
 09/02/2016
 ENTREGUE



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

HOS
 Dr. Pontes

DATA: 06, 02, 16

HORA: 20:50h

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Paciente vítima de colisão carro-carro, queixando-se de dor cervical à tentativa de mobilização

PRESCRIÇÃO:

- ① CETOPROFENO 300mg OI/FA IM. 20:50
- ② DEXAMETASONA (10mg/2,5ml) OI/FA IM. 20:50
- ③ TRAMAL 300mg + 400ml 3FO, 9% EV, CORRER EM 30min.

Dr. Bruno Germano de A. Vieira
 Médico
 CREMEC - 16.929

Francisca Sandra F. de Lima
 Tec. Enfermagem
 CREN-CE 909.463

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Paciente sempre se tornou torçoes frequentes; pedindo MID medicada e solicitação exames.
 @ correu 20:58

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

QUIXERAMOBIM - CE

ATESTADO

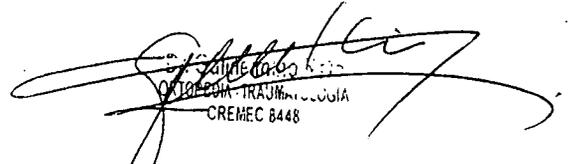
Atesto para os devidos fins, que Darlene Mikaelle Correia Santos

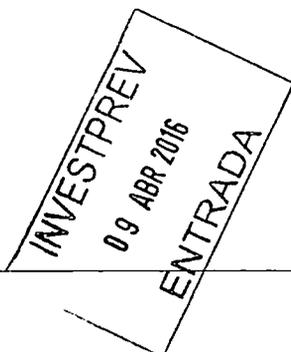
recebeu atendimento médico em

10 / 02 / 2016 com diagnóstico de: Politraumatizada + Contusão de Tórax e Coluna Cervical.

o (a) mesmo(a) está necessitando de: 30 (Trinta) dias de licença do trabalho, a partir da data do atendimento. cid. S20.0 + S10.0

Quixeramobim - CE 10 / 02 / 2016


MÉDICO - CRM





UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 7/2/2016

HORÁRIO: _____

ATENDIMENTO Nº: 38

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE:
 NOME: Darling Miekaly Loureia dos Santos
 SEXO: F DATA NASCIMENTO: 27, 09, 84 IDADE: 31a ESTADO CIVIL: solteira
 MÃE: Perpetua Loureia dos Santos SUS: 898 003266427841
 NATURALIDADE: Quixeramobim - CE PROFISSÃO: procuradora
 ENDEREÇO: Srta Magalhães, N° 30 BAIRRO: Maravilha CEP: _____
 CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: _____
 ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmhg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência ou dor tórax por mais de 30min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (coites);	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39 – 40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos; <input type="checkbox"/> Bronco espasmo.	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoltados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

INVEST-REV
 09 ABR 2016
 ENTRADA



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



DATA: 07, 02, 16

HORA: 07:00h

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Paciente, ♀, 31a, vítima de colisão carro-carro, apresentando-se com dor em região cervical anterior, que piora à mobilização.

PRESCRIÇÃO:

① CETOPIROFENO 100mg + 100ml 2% 0,9% EV. CORRER ABERTO

Dr. Bruno Germano de A. Vieira

Dr. F. J. J. J. J.
 CREMESP - 35.929

2145

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

6:00h - PA = 159/83 mmHg - T = 36°C
 SpO2 = 98%

Francisca Sandra F. de Lima
 Tec. Enfermagem
 COREN/CE 989.463

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 08/02/16

HORÁRIO: 08:30h

ATENDIMENTO N°: 73

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SO TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE:

NOME: DARLING MIKAELLE CORTEIA DOS SANTOS
 IDO: JEM DATA NASCIMENTO: 27/09/84 IDADE: 31M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 MÃE: PERPETUA CORTEIA DOS SANTOS
 NATURALIDADE: OUCEI PROFESSÃO: COOPERADO
 ENDEREÇO: JOSE MACALHADE BAIRRO: 30 CEP: 63800000
 CIDADE: OUCEI ESTADO: CE TELEFONE: 994381824
 ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()
 ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL: Darling Mikaelle P. dos Santos

PAI: 150 X 70 mmhg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência ou dor tórax por mais de 30min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (cortes);	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39 - 40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos; <input type="checkbox"/> Brônco espasmo.	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escotados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação, de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; <input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

INVESTIR
 O SEU FUTURO
 ENTÃO



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



DATA: 08, 02, 16

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Pete, vítima de acidente com dor em região da coluna cervical.

PRESCRIÇÃO:

1. SFO, 9% 100ml + tramalocarg + Plasil 21/16
 EV Apura.

2. Soluções RY Coluna Cerv.

Dr. Keller Fonseca Costa
 MÉDICO
 CREMEC 16178

3.
 EVOLUÇÃO MÉDICA:

RX evidenciando fratura, digo Fratura
 5º Arco Costal (3).

Atenção de Tumor

Dr. Keller Fonseca Costa
 MÉDICO
 CREMEC 16178

Dr. André Aguiar Neto
 TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
 CREMEC 3289-SBOT 1113

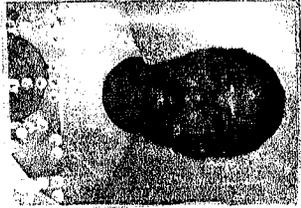
EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

f.11



Darling Mikaelle Correia dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

3504055-2000

DATA DE EXPEDIÇÃO

30.8.2000

NOME

DARLING MIKAELE CORREIA DOS SANTOS

FILIAÇÃO

João Batista dos Santos e Perpetua Correia dos Santos.

NATURALIDADE

Quixeramobim-Ce.

DATA DE NASCIMENTO

27.09.84

DO OBRIGADO

Cert.Nasc.Nº10.589.Lv.A.11.Fls.211

OUTRO

Carta Quixeramobim-Ce.

FORTALEZA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/01

Documentos de Identificação



0012



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

009.493.003-14

Nome

DARLING MIKAELE CORREIA DOS SANTOS

Nascimento

27/09/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

INVESTPREV
09 ABR 2006
ENTRADA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

1-11



Darling Mikaelle Correia dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3504055-2000 DATA DE EXPEDIÇÃO 30.8.2000

NOME
DARLING MIKAELE CORREIA DOS SANTOS

FILIAÇÃO
João Batista dos Santos e Perpetua
Correia dos Santos

NATURALIDADE
Quixeramobim-Ce. DATA DE NASCIMENTO
27.09.84

COOP. ORIGEM
Cert. Nasc. N.º 10.589. Lv. A. 11. Fls. 211
Cart. Quixeramobim-Ce.

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
009.493.003-14

Nome
DARLING MIKAELE CORREIA DOS SANTOS

Nascimento
27/09/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160146057 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/02/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA TÓRACO-CERVICAL E EM MI DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS.

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

PRESTADOR

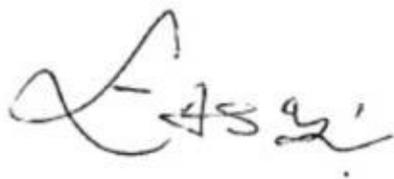
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160146057 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/02/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO CERVICAL

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do segmento da coluna cervical

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

