



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
---	-----	----------

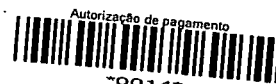
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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 Pereira dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3504055-8000 EXPEDIDO POR _____ EM 30 / 08 / 2000 E
 CPF 009493003-14 / CNPJ _____, PROFISSÃO proposta 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. P. 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 104 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.

Seixas Araújo de 08 de março de 2016. Darling Mikaelle Pereira 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?

(X) 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?

(X) 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)?

(X) 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
(X) 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Cláudio Pereira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050



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



Boletim de Ocorrência
"0001"
Secretaria da 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 MILLENA 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: **ORO5662** MUNICÍPIO / UF: **QUIXERAMOBIM / CE**
MODELO/FABRICAÇÃO: **2013/2013** COR: **BRANCA**
RENAVAM: **532757785** CHASSI: **9BWAB41J9D4015081**
SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: ANTONIO ALEITO MADEIRO**
ENVOLVIMENTO: **COLISÃO**

Histórico

QUE na data, hora e local supracitados estava trafegando numa passadeira na via pública acima descrita, a qual a condutora era o Sr. JEAN FERREIRA DOS SANTOS, ressalta que os outros passageiros que iam no carro era sua prima de nome ANA MILLENA 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 ORO-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 vítima 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 :

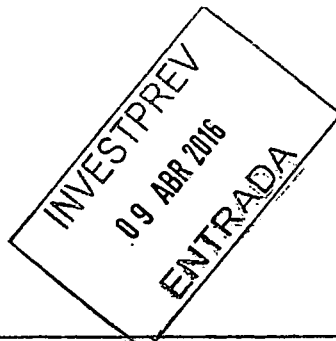
"ESCRIVÃO AD HOC"

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

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

VEÍCULO E CONDUTOR 1	
Veículo:	AUTOMÓVEL
Marca:	VW / GOLF 1.6 SPORTLINE
Cor:	BRANCA
Ano fabricação e modelo:	2013 / 2013
Chassi:	
Placa:	ORO - 5662
Proprietário:	ANTONIO AELITO MADEIRO
Condutor:	SILVIO ALEX NOGUEIRA MADEIRO
Filiação:	ANTONIO AELITO MADEIRO
	ROSA CRISTINA NOGUEIRA MADEIRO
Endereço:	RUA PRINCESA ISABEL
Cidade:	QUIXERAMOBIM
Telefone:	(088) 99252 5549
CNH nº:	03979275590
Categoria:	AB
Validade:	20.12.2016

VEÍCULO E CONDUTOR 2	
Veículo:	AUTOMÓVEL
Marca:	FIAT / SIENA ELX
Cor:	AZUL
Ano fabricação e modelo:	2002 / 2003
Chassi:	
Placa:	HWV - 6456
Proprietário:	
Condutor:	JEAN FERREIRA DOS SANTOS
Filiação:	Fº LOPES DO SANTOS
	MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DOS SANTOS
Endereço:	
Cidade:	
Telefone:	
CNH nº:	0564052088
Categoria:	AB
Validade:	25.06.2017

VÍTIMA 1 (FATAL)	
Nome:	JULIANE NOGUEIRA DE FREITAS
data de nasc.:	27 ANOS
Naturalidade:	QUIXERAMOBIM
sexo:	FEMININO
estado civil:	SOLTEIRA
Profissão:	PROFESSORA
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 DESOBSTRUÍDA, COM A RETIRADA DOS VEÍCULOS. SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS, O VEÍCULO 01 TRAFEGAVA PELA CE OCA, QUANDO NO KM 208 COLIDIU NA TRASEIRA DE UMA RETRO-ESCAVALHEIRA 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 CONTRÁRIO.

COMPOSIÇÃO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO:

Rolemberg / Kelnon / Carlos / Rodrigo

RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO:

Rolemberg

07.346.850/0001-37

AUTARQUIA DE TRÂNSITO E TRANSPORTE
RODOVIA DE BRASÍLIA



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: _____

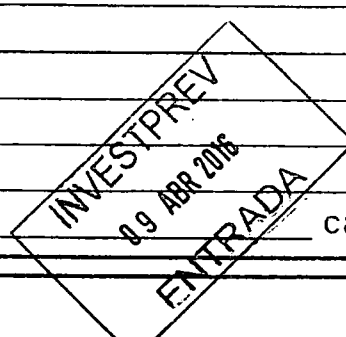
VÍTIMA 03

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: OUTUGRAMOBI/CE sexo: FEM estado civil: SOLT.

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

Endereço: JOSÉ MAGALHÃES - MARABILLHA nº. 33

Cidade: QUEBRANJO BOM / 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 TRÂNSITO E TRANSPORTE
RODOVIÁRIAS E FERROVIÁRIAS DO MUNICÍPIO



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: _____

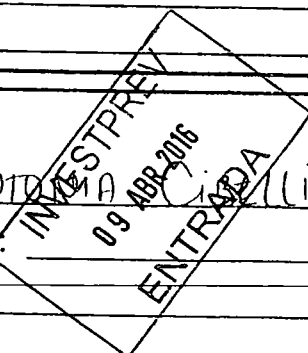
VÍTIMA 05

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 sexo: PM estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: DOMESTICA doc. de identificação: 26.2007021015714
 Endereço: JORGE BOZES - MARAVILHA nº. 339
 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: (CONTINUAÇÃO)

APENAS O CONDUTOR DO VEÍCULO 01 (GOLF) FOI SOCORRIDO POR POPULARES, O RESTANTE DAS VÍTIMAS 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 VÍTIMA FATAL NO LOCAL. OS DADOS DO CONDUTOR 03 FORAM COLHIDOS POSTERIORMENTE. O CONDUTOR 02 SAÍU ILÉSO E FICOU NO LOCAL PRESTANDO INFORMAÇÕES.

COMPOSIÇÃO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO:

Rolemberg / Kelson / Carlos / Rodrigo

RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO:

Rolemberg

VISTO:

Diretor de Op. e Fiscalização

07.346.890/0001-87

AUTARQUIA DE TRÂNSITO E TRANSPORTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Rua: Dr. Álvaro Fernandes, 30/42 - Centro

CEP: 63.600-000

Quixeramobim - Ceará



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: 059.498.003-14, 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.

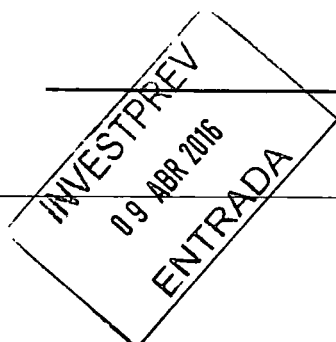
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Darling Mikaelle Pereira dos Santos

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Deixei assinado, 28 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.

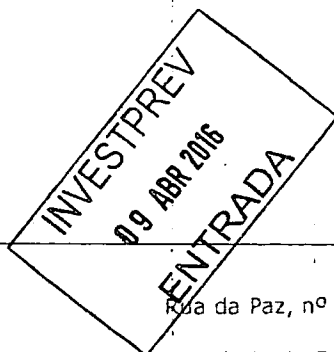
Eusébio, 26 de fevereiro de 2016

Atenciosamente,



MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARA

Carla Simeaux
ENFERMEIRA
COREN 258.434



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax: 3260 2061

E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Darling Mikaelle Correia da Silva, portador do RG nº: 3504055-2000, data de expedição: 30/08/2000, Órgão SSP/CE, e CPF nº: 003.193.003-14, 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:

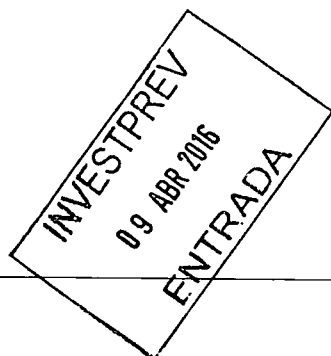
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. José Magalhães</u>
Número	<u>30</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Maravilha</u>
Cidade	<u>Quixeramobim</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9.9480-9841</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Quixeramobim, 08 de março de 2016.

Assinatura do Declarante:

Darling Mikaelle Correia da Silva



Nº do Cliente

690690-7

foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

coelce

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

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 50135-040 Fortaleza CE
FONE (07) 047.2512001-70 FAX (06) 105.548-3

AGÊNCIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE 4) DNE 417665296

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

Nome do Responsável

ÍNDICE DE QUANTIDADE DE FORNECIMENTO

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

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
95,76 27,00% 25,85

Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual
DIC 5,67 0,00 0,00 1,47 1,47 1,47

FIC 3,48 0,00 0,00 2,00 2,00 2,00

DMIC 3,29 0,00 0,00 1,30 1,30 1,30

8512.FB91.B629.7D1F.C00A.50C0.42F8.47ED

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$ kWh) Valor (R\$)

28522 20392 1,00 140 0,00 140 0,00 95,76

25/01/16 23/12/15 03 Jan 140 95,76

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 HISTÓRICO DE CONSUMO (mm/dd/ano)

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

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.
Emitido kg(CO₂) Compensado kg(CO₂) Consciência Ecológica (% CO₂)

60,51 0,00 0%

informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO DEBITOS ANTERIORES

Previsão Aviso NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constam em nossos controles contábeis em atraso.

Sigue o detalhamento do débito. O não pagamento da dívida implica

na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias

após a entrada 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.

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

Postado
(SS) 9.04.80.8821

INVESTPRE
19 ABR 2016
ENTRADA

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: 21/09/84 IDADE: 31 ESTADO CIVIL: Solteira
MÃE: Perpetua Correia dos Santos SUS: 0
NATURALIDADE: Quixeramobim PROFISSÃO: Cooperadora
ENDEREÇO: Rua José Magalhães, 32 BAIRRO: Maravilha CEP: 63.800-00
CIDADE: Quixeramobim ESTADO: Ceará TELEFONE:
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: 90 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, 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 domésticos;	<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.



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 e tentativa de mobilização.

PRESCRIÇÃO:

- 1) CETOPROFENO 100mg OI/FA IM. 20:50
- 2) DEXAMETASOMA (10mg/2,5ml) OI/FA IM. 20:50
- 3) TRAMAL 100mg + 400ml SFO, 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 fortes; porém MID medicada e aliviada por meio de drenagem.

correu 208158

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

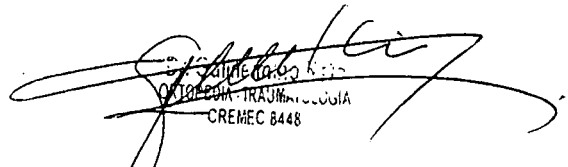
Atesto para os devidos fins, que Darlene Mikaelle Correia Santos

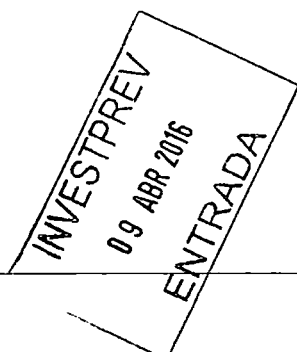
recebeu atendimento médico em

10 / 02 / 2016 com diagnóstico de: Poli-traumatizada + 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



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



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 Louisa dos Santos
SEXO: F DATA NASCIMENTO: 27/09/84 IDADE: 31a ESTADO CIVIL: solteira
MÃE: Perpetua Louisa dos Santos SUS: 898 003266427841
NATURALIDADE: Quixeramobim - CE PROFISSÃO: cooperada
ENDEREÇO: Sr. Magalhães, N° 30 BAIRRO: Maravilha CEP: _____
CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: _____
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PAY: 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 (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"/> 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; <input type="checkbox"/> 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: 09:00h

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

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

PRESCRIÇÃO:

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

Dr. Bruno Germano de A. Vieira

CREMEX - 35.929

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

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

Francisca Sandra F. de Lima
Tec. Enfermagem
CORENCE 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: 08:30. ATENDIMENTO Nº: 23.

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

938 0032 6642 7841

NOME: DARLING MIKAELLE CORTEIA DOS SANTOS
SEXO: FEM DATA NASCIMENTO: 27/09/84 IDADE: 31 ANOS ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
MÃE: PERPETUA CORTEIA DOS SANTOS
NATURALIDADE: OCEA PROFISSÃO: COOPERADORA
ENDEREÇO: JOSE MAGALHÃES BAIRRO: 30 CEP: 63800000
CIDADE: OCEA ESTADO: CE TELEFONE: 994381824
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL: Darling Mikaelle P. dos Santos

PA: 130 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.



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 + Tramadol + Plasil 250
EV Apra.

2. Solu H R Y 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

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

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

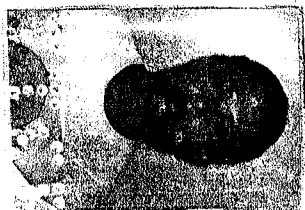
DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

Alto do Boqueirão, s/n - Telefone 19013444

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 MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS

FILIAÇÃO

João Batista dos Santos e Perpetua
Correia dos Santos.

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Quixeramobim-Ce.

27.09.84

DOO O-11-EM

Cert.Nasc.Nº10.589.Lv.A.11.Fls.211

Carta Quixeramobim-Ce.

FORTALE

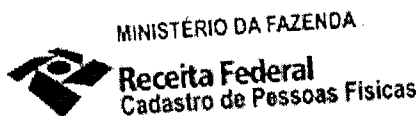
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/11

Documentos de Identificação



0012



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

009.493.003-14

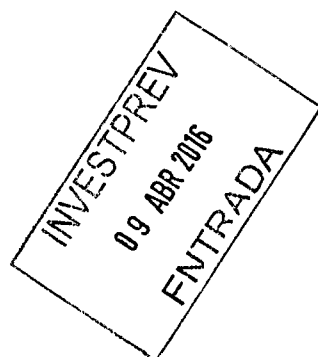
Nome

DARLING MIKAELLE CORREIA DOS SANTOS

Nascimento

27/09/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

1-11

Darling Mikaelle Correia dos Santos

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3504055-2000 DATA DE EXPEDIÇÃO 30.8.2000

NOME

DAHLLING MIKAELE CORREIA DOS SANTOS

FILIAÇÃO

João Batista dos Santos e Perpetua Correia dos Santos

NATURALIDADE

Quixeramobim-Ce

DATA DE NASCIMENTO

27.09.84

COPIA ORGEM

Cert. Nasc. Nº 10.589. Lv. A. 11. Fls. 211

Cidade Quixeramobim-Ce

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 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

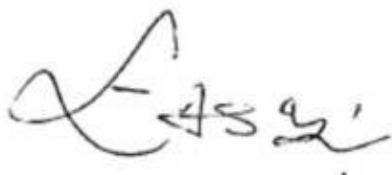
Visão Médica Ltda

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:

