

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 11892213

A/C: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170577081 ASL-0415769/17
Vitima: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES
Data Acidente: 16/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JERRY DA SILVA

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2017

Carta nº: 11904058

A/C: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

Sinistro: 3170577081 ASL-0415769/17
Vítima: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES
Data Acidente: 16/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JERRY DA SILVA

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.seguradoralider.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, 21 de Novembro de 2017

Carta nº: 11980478

A/C: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

Nº Sinistro: 3170577081
Vítima: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES
Data do Acidente: 16/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JERRY DA SILVA

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: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000241-0

Conta: 0000032682-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 029.495.913-02	Nome completo da vítima Nayanna Mara Rabelo Rodrigues
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Nayanna Mara Rabelo Rodrigues	CPF titular da conta 029.495.913-02	Profissão Doméstica
Endereço Rua Edmar Lima	Número 213	Complemento Casa
Bairro Alto São Francisco	Cidade Quixadá	Estado Ceará
Email NÃO POSSUI	CEP 63.900 - 000	Telefone (DDD) 188199608 - 6084

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Banco do Brasil NRO 001	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Quixadá, 25 de Outubro de 2017
Local e Data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

Nayanna Mara Rabelo Rodrigues
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

24/10/2017 - BANCO DO BRASIL S.A. 17.10.45
0024171290 AUTO-ATENDIMENTO

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0241-0

CONTA:

32.682-8

CLIENTE: NAYANNA MARA R RODRIGUES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 4052 / 2017

Dados da Ocorrência

399486

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/08/2017 16:27:58**
Data / Hora da Ocorrência: **16/06/2017 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA RODRIGUES JUNIOR**
Complemento:
Bairro: Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência: **ANTIGA SECRETARIA**

Noticiante(s)

Nome: **NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES**
Nascimento: **27/02/1991** CPF:
RG: **2005005103721** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MIDIA CAMURÇA RABELO RODRIGUES**
ANTONIO CARMENDES RODRIGUES
Endereço: **RUA EDMAR VIANA, 213**
Bairro: **ALTO SÃO FRANCISCO** CEP:
Município: **QUIXADA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

BO EMITIDO PRA DPVAT; Que no dia 16/06/2017, por volta de 18h20m, estava na garupa da motocicleta YAMAHA/ FACTOR YBR K, ANO 2012/2013, COR VERMELHA, PLACA OSF8723, LICENCIADA EM NOME DE ANTONIO CARMENDE RODRIGUES, E que na condução da referida motocicleta estava LUCAS DO NASCIMENTO SARAIVA; Que na Rua Rodrigues Junior o uma outra motocicleta invadiu a preferencial vindo a colidir com a motocicleta em que a noticiante estava; Que a noticiante foi levada para UPA e posteriormente para hospital Eudázio Barroso; Que a noticiante no dia seguinte a noticiante foi levada para a maternidade para cuidar de fraturas nos dedos da pé direito; Que a noticiante ficou internada por três dias e continuou a recuperação em casa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

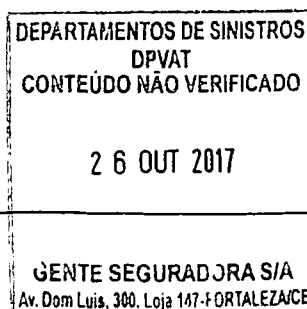
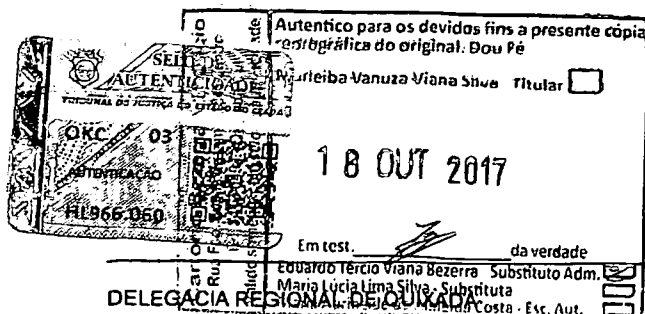
PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

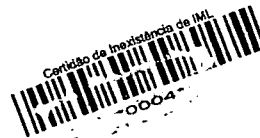
Nayanna Mara Rabelo Rodrigues

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-1-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Nayanna Mara Rabelo Rodrigues, portador da carteira de identidade nº 2005005103721 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.495.913-02, residente e domiciliado na Rua Edmar Luana, nº 213, Alto São Francisco, Cidade Quixadá, Estado Ceará, 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
- ☐ 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.

Nayanna Mara Rabelo Rodrigues

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quixadá - Ceará 25/10/2017

Local e data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00241-0

CONTA: 000000032682-8

Nr. da Autenticação 0CD40AF9E9598C02



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

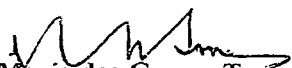


SAMU
192
CEARÁ

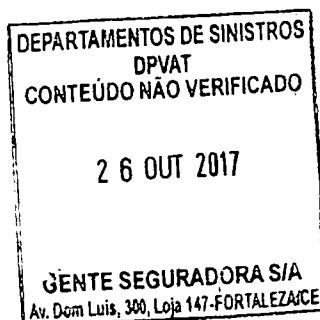
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento à Sra. **NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES**, portadora do RG 2005005103721, no dia 16/06/2017, às 18h22, no município de Quixadá/CE, na rua Rodrigues Junior, vítima de colisão moto com moto, sendo encaminhada para a **UPA de Quixadá**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, **ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 11 de Julho de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Natara Dantas
ENFERMEIRA
COREN-CE: 330.244



Nº DO CLIENTE

7367964-0

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.042.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

ene

Comprovante de residência



-0015-

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

497863999

Rota 13 28000 04 342310 - 2

Data de Emissão 21/10/2017

Nome NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

End. Postal RU EDMAR VIANA 00213

ALTO SÃO FRANCISCO - QUIXADA -

Medidor 5751112

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 029495913-02

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letura
Out/2017	21/10/2017	21/11/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta QUIXADA

Mês Ago/2017

EIGI 20,25

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
62,23	27,00%	16,80

Padrão Individual

Apuração Individual

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FIC 3,30

DMIC 3,03

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1931	1847	1,00	84	0,23	84	9,74099	62,23

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	62,23
MULTA MORATORIA REF 09/2017	1,23
JUROS DO MES	0,12
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	3,16
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,71)	

TELEFONES PARA CONTATO:

1881 99608 - 6084.

1881 99212 - 7005.

VENCIMENTO

27/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

66,74

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	21,01
Transmissao	2,10
Distribuição	14,27
Encargos Setoriais	4,94
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	19,91
TOTAL	62,23

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

34	34	33	30	30	30	30	30	30	30	30	30
34	34	33	30	30	30	30	30	30	30	30	30

MED Out Bat Ace Jul Jun Ma Abr Mar Fev Jan Dez Nov

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
36,30	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR.

Consta desta fatura R\$ 3,11 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,98% e COFINS: 4,10%.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 363, Loja 147-FORTALEZA

Nº do Cliente:

7367964-0

Referência:

Out/2017

Data de Emissão:

21/10/2017

Total a Pagar (R\$):

66,74

Nº da Nota Fiscal:

497863999

Nº de Controle:

0007367964 00020 39202 17

8385000000-8 66740031000-6 0007367964-1 00203920251-4



DADOS DO CLIENTE

Nome: FRAZÃO, CARLA
Endereço: RUA ANTONIO LUCIO, 1107, CARRASCOAL
Cidade: FORTALEZA
CEP: 63302-255
CPF: 00000000000
Data de Nascimento: 01/11/1980
Sexo: F
Estado Civil: C
Profissão: 00

ENDEREÇOS

Endereço: 000 | Complemento: 000 | Bairro: 000

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviço	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Valor Substituído	Valor Substituído (R\$)
ÁGUA	243	253	10	9	

DATAS

Leitura Anterior: 18/10/2017 | Leitura Atual: 18/10/2017 | Leitura Anterior: 1013131
Leitura Anterior: 17/11/2017 | Leitura Atual: 17/11/2017 | Leitura Anterior: 1013131

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REPRESENTA A: 09/2017

Parâmetro	Classe	Turbidez	Cor	Conformidade Total	Conformidade Cor
Resíduo	051	051	010	051	051
Amarelo	056	056	012	056	056
Conformidade	056	039	000	013	056

RELAÇÕES / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

VALORES DE SERVIÇOS

ÁGUA	Valor (R\$)	Valor de Serviço	Valor de Subsidio
ÁGUA	22,96	38,70	15,74
		VALOR DO SERVIÇO	VALOR DO SUBSIDIO
		VALOR TOTAL A PAGAR	22,96

TAXAS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,22	VALOR DO SERVIÇO	38,70
COFINS	1,09	VALOR DO SUBSIDIO	15,74
		VALOR TOTAL A PAGAR	22,96

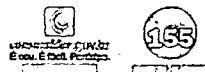
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/2017	01/11/2017	22,96

Resumo do Faturamento: 019574525 L: 0398 H: 09:45:36 R: 017 P: 001
Código de Verificação: 0000 273 0193
Cagece
Cagece

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 273 0193, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 125. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; C. 15.263.19/15. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 273 0193.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JERRY DA SILVA inscrito (a) no CPF 030.597.533 / 18 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário NAYANNA MARA RIBEIRO RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.495.913 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO PERMANENTE da Vítima NAYANNA MARA RIBEIRO RODRIGUES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.495.913 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R: ANTONIO LUCIO</u>		Número <u>1107</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>COIMBAS</u>	Cidade <u>GUAXA</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63900-00</u>
Email <u>VANIZA-VIPIRA@BOL.COM.BR</u>	Telefone comercial(DDD) <u>NÃO POSSUI</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88)992035585</u>	

GUAXA-CE, 25 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

Jerry da Silva
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA-CE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Carmende Rodrigues,
RG nº 94024081122, data de expedição 03/06/2003
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 606.535.523-27, com
domicílio na cidade de Quixadá, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Monatilia Viana, nº 200,
complemento Alto São Francisco, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Mayanna Mara Robelo Rodrigues cujo o condutor era
Lucas do Nascimento Saraiva.

Veículo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 K
Modelo: 2013
Ano: 2012
Placa: 0SF8723/CE
Chassi: 9C6KE1520D0128677
Data do Acidente: 16/06/2017
Local e Data: Quixadá / Ceará 18/10/2017

ANTONIO CARMENDE RODRIGUES
Assinatura do Declarante

Lucas do Nascimento Saraiva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de
ANTONIO CARMENDE RODRIGUES
Dou fé, QUIXADÁ-CE.
Marilza Vanuzza Viana Silva - Titular ☐
18 OUT 2017
Em test. [assinatura] da verdade.
Eduardo Tércio Viana Bezerra - Subst. Adm.
Eduarda Lucía Lima Silva - Substituta
Marta Aurileide de Almeida Costa - Substituta

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de
Lucas do Nascimento Saraiva
Dou fé, QUIXADÁ-CE.
Marilza Vanuzza Viana Silva - Titular ☐
23 OUT 2017
Em test. [assinatura] da verdade.
Eduardo Tércio Viana Bezerra - Subst. Adm.
Eduarda Lucía Lima Silva - Substituta
Marta Aurileide de Almeida Costa - Substituta

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA 24h (Renacer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 18:55 Data de atendimento: 16/06/17
Atendimento: () 1º atendimento () 2º atendimento () Previdenciário (X) Outro

TRÍAGEM

Hora: _____ Temp: _____ °C P.A.: _____ x _____ mmHg P: _____ bpm SpO2: _____ Dc: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nezannia Maria Leite Rodrigues
Responsável (se menor): _____
Sexo: () Masc. (X) Fem. Data de nascimento: 27/02/91 Idade: 26 Naturalidade: Quixadá, CE
Estado civil: () Solteiro(a) (X) Casado(a) () Divorçado(a) () Viúvo(a) Profissão: _____
Categoria: (X) SUS () Outro RG/Cartão SUS: _____ Procedência: Quixadá/CE
Residência: Rua Domitila Lima, 200 - Alto Juu

ATENDIMENTO

Queixa principal: Paciente vítima de acidente com
substâncias químicas, queda da cabeça e
Histórico atual: alergia

Exame(s) solicitado(s): _____

SELO DE AUTENTICIDADE
Fica para os devidos fins a presente cópia
reproduzida do original. Dou Fé

PHN 03 3412-0491
Eduardo Tércio Viana Bezerra - Titular
29 JUN 2017
Assinatura e Carimbo Médico
10615

Em test. Manoel da verdade
Eduardo Tércio Viana Bezerra - Substituto Adm.
Maria Lúcia Lima Silva - Substituta
M. A. Almeida de Almeida Costa - Esc. Aux.

Rx = loose 20/60
Voltegem 01 ca. 1m
Dynare 01 ca. 1m
SFO 91. some 500 20:00h
Glicose 501. 02FA @ 2 e 15fus.
Adm E3

SELO DE AUTENTICIDADE
Fica para os devidos fins a presente cópia
reproduzida do original. Dou Fé

PHN 03 3412-0491
Eduardo Tércio Viana Bezerra - Titular
29 JUN 2017
Assinatura e Carimbo Médico
10615

Em test. Manoel da verdade
Eduardo Tércio Viana Bezerra - Substituto Adm.
Maria Lúcia Lima Silva - Substituta
M. A. Almeida de Almeida Costa - Esc. Aux.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

1. Preenche esta ficha em 03(três) vias;
2. Ao terminar a consulta ou tratamento,
entregar 2(duas) vias ao usuário,
orientado-o para retornar com a 1ª via
à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE ORIGEM URA

DISTRITO SANITÁRIO _____

MUNICÍPIO Quixadá - CE

Nome: Nayanne Maria Rabel Rodrigues Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: 27/02/92 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: Requerente utiliza-se de atendimento ambulatorial (MOR) (SIC) representando da função + há 4º e 5º graduação.
Resultado de Exames: _____

Conduta Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Gravida 4º/5º gestação

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: Plamenir Função: _____ Data: 16/06/17 Hora: _____
Dra. Jussara Gomes CREMESP 1099

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: Gravidade
Unidade de Referência: HUERB Data: 1/1/ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: 1/1/

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____
Prefeitura Municipal de Quixadá
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Inst. Dr. Eudálio Barroso
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 29/06/2017
Maria das Graças Lira de Vasconcelos
Coordenadora do SAME

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de conduta para segmento _____

O problema justificou a referência? ☐ Sim ☐ Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: 1/1/



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BÁRROSO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 16/06/17 Horário: 21:47 Nº 215 529

~~Nome:~~ Midion Camurça Rabelo

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Nayana Maria Rabelo Rodrigues

Estado Civil: casada Sexo: Feminino

Idade: 26A Data de Nascimento: 27/02/91

SUS: não possui

Naturalidade: Quixadá Profissão: doméstica

Residência: Rua Tilde Diana Bairro: Alto dos Francos

2. Diagnóstico:

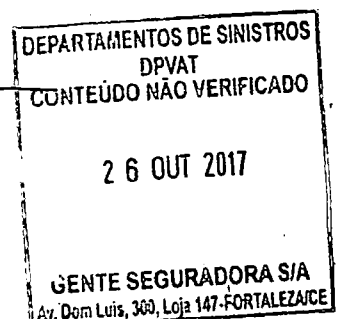
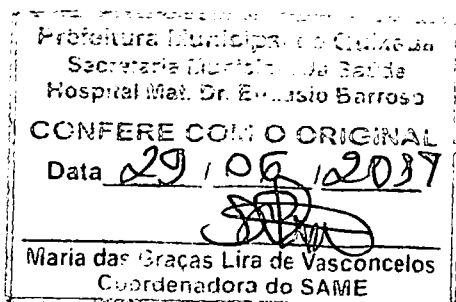
lesão de nível 1

3. Procedimento:

medicamento
curativo e limpeza
do local da lesão

Dr. Durval de A. Filho
Médico
CRM - 2757

Assinatura / Carimbo Médico





NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA
Naama Marya Batul Portianos	25.525	05	16.03.17

[illegible]

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 16/06/17 Horário: 08:17 Nº _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Naifonso Wilson Roberto Rodrigues

Estado Civil: casado Sexo: masculino

Idade: 26 anos Data de Nascimento: 27/02/91

SUS: _____

Naturalidade: Quixadá Profissão: Doméstico

Residência: R- Barotilio Vianna Bairro: Alto São Francisco

2. Diagnóstico: _____

3. Procedimento: _____

*Exame físico de urgência de
membros inferiores. Reforço curativo
de ferimentos e limitação
funcional de membros
inferiores.*

Assinatura / Carimbo Médico

Prefeitura Municipal de Quixadá
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Mar Dr. Eudásio Barroso

CONFERE COM O ORIGINAL

Data 29/06/2017

[Assinatura]

Maria das Graças Lira de Vasconcelos
Coordenadora do SAME

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTELEZACE



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. EUDÁSIO BARROSO



FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE - OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE	IDADE	PESO	LEITO	DATA INICIO OBSERVAÇÃO	DATA
DIAGNOSTICO A E/OU OBSERVAÇÃO		EVOLUÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS			
EVOLUÇÃO MÉDICA		17/06/2017 8:30h, vítima de queda de moto, consciente, orientada, mantida em dieta zero até avaliação do cirurgião, clareza presente, refere dor abdominal difusa, apresenta edema e hematoma, no pé D, com luxação em 4º pododáctilo. Encaminhada para o S. Abdominal na Clínica.			
		10:37h Indicação - transferência para S. por trauma renal a esquerda e luxação em 1º dedo do pé direito.			
		13:00h. Transferência não autorizada para Fortaleza, encaminhada para URM, avaliação do cirurgião, segundo feio de não retornar para o traumatologista, devido a luxação no dedo.			
LUGAR DE OCORRÊNCIA DO SINISTRO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 26 OUT 2017 AGENTE SEGURADORA S/A		CONFERE COM O OUTRO Data 29/10/2017 Maria das Graças Lira de Vasconcelos Coordenadora do NAVE			

Antônia Livia Silva Holanda
ENFERMEIRA
COREN: 171.067

Antônia Livia Silva Holanda
ENFERMEIRA
COREN: 171.067

Antônia Livia Silva Holanda
ENFERMEIRA
COREN: 171.067

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE ORIGEM HUCS

DISTRITO SANITÁRIO _____ MUNICÍPIO _____

Nome: Paula Maria de Jesus Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: 12/04/1972 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: 1855 Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: 11

Resultado de Exames: 114 exames de laboratório

Conduta Realizada: Atendimento clínico US. 114 exames

Impressão Diagnóstica: 12/04/12

Dr. Paulo José
MÉDICO
CRM 8079

Assinatura no Encaminhante - Nº Registro: _____ Função _____ Data 17/04/12 Hora 12:00

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: 114 exames Profissional: 114 exames

Unidade de Referência: HUCS Data 1/1/12 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: 1/1/12

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de conduta para segmento _____

O problema justifica a referência? ☐ Sim ☐ Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data 1/1/12

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA/CE

Paciente: Nayanna Mara Rabelo Rodrigues

Requisitante: Dra. Paula Lira

Data: 17/06/2017

O rastreamento ultrassônico do paciente com aparelho tridimensional, com alta definição de imagem, color Doppler, com imagem harmônica de tecido e color Power angio revelou:

FÍGADO: Relevo e ângulos hepáticos normais, móvel aos movimentos respiratórios, padrão ecoestrutural homogêneo, sem hepatomegalia. Não visibilizamos imagens nodulares císticas ou sólidas.

VESÍCULA E VIAS BILIARES: Vesícula cheia, paredes e dimensões normais, sem imagens de litíase em seu interior. Não visibilizamos dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas e hepatocolédoco medindo 3,9 mm de calibre.

BAÇO: Relevo e dimensões normais, móvel aos movimentos respiratórios, padrão ecoestrutural normal sem esplenomegalia.

RINS: DIREITO: Tópico, relevo e dimensões normais, móvel aos movimentos respiratórios, padrão ecoestrutural habitual. Não visibilizamos imagens de urolitíase com diâmetro superior a 0,3 cm. Não visibilizamos hidronefrose ou imagens nodulares, císticas ou sólidas. Maior eixo renal: 10,4 cm.

ESQUERDO: Tópico, relevo e dimensões normais, móvel aos movimentos respiratórios, padrão ecoestrutural habitual. Não visibilizamos imagens de urolitíase com diâmetro superior a 0,3 cm. Não visibilizamos hidronefrose ou imagens nodulares, císticas ou sólidas. Maior eixo renal: 11,0 cm.

PANCREAS: Visibilizado cabeça, corpo e cauda de contornos, dimensões e padrão ecoestrutural normal.

VASOS: Visibilizado aorta, tronco celíaco, artéria mesentérica superior, veia esplênica, veia mesentérica superior, veia porta e veia cava de dimensões e aspectos ecográficos normais.

- * Visibilizamos líquido livre na cavidade peritoneal de textura homogênea, localizado no espaço hepatorenal, goteiras paracólicas bilateralmente e espaço periesplênico.
- * Bexiga bem distendida, paredes finas e regulares sem ecoestruturas em seu interior.
- * Útero e ovários de aspecto ecográfico usual ao exame transabdominal.

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

- ✓ Ascite em moderado volume. Demais órgãos abdominais evidenciados de aspecto ecográfico habitual.

Dr. Francisco Roberto Oliveira Cavalcante
Ultrassonografista

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Pós-graduado pela Escola de Ultrassonografia de Ribeirão Preto

CRM: 5501

DEPARTAMENTO DE EXAMES DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA-CE

S.Q.P.A.M.I. - HOSP MAT JESUS MARIA JOSE
CNPJ: 07.718.372/0001-05
QUIXADA - CE

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº do Prontuário: 50080 Tipo de Atendimento ou Convênio: SUS
Nome do Paciente: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES Telefone: 8892106043
Mãe: MÍDIA CAMURCA RABELO RODRIGUES
Pai: ANTONIO CARMENDES RODRIGUES
Data de Nascimento: 27/02/1991 Sexo: M ☐ F ☒ E.C.: Casado(a)
Profissão: DONA DE CASA Naturalidade: QUIXADA - CE
Responsável: ANTONIO CARMENDES RODRIGUES
Endereço: RUA DONATILIA VIANA, 200 Bairro: ALTO SÃO FRANCISCO - QUIXADA - CE
Data e Hora da Admissão: 17/06/2017 13:30:00 Saída: ____/____/____
Internamentos anteriores neste Hospital:
Internamentos em outros Hospitais:
Médico Assistente: JOSE ARIMATEIA DA SILVA Telefone:
Diagnóstico Provável: Transição de fase

Diagnóstico Definitivo: Infarto do miocárdio

Resultado:

Nenhum: ☐ Transferido: ☐ Melhorado: ☐ Curado: ☐ Falecido: ☐ Admitido para Diagnóstico: ☐

Em caso de falecimento, "causa-mortis":

Primária: ☐ Secundária: ☐

HISTÓRIA CLÍNICA: (Registre as palavras do paciente e todos os achados de exames a que foi submetido.)

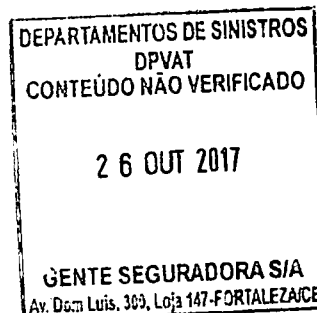
Classificação Final:

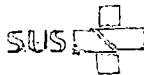
José Arimateia da Silva
CRM 4990 / 07/11/2007-00

Médico Responsável

Diretor Clínico do Hospital

Esta observação consta de ____ folha com rubrica ____ do meu uso ____



Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Narcissa Maria Rabeli Rodrigues

6 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

50070

7 - CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

1

2

9 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

14 - UF

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno de ansiedade
de início no último ano, com
crises frequentes.

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de agravamento

18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)

At - 30

19 - DIAGNÓSTICO INICIAL

20 - CID 10 PRIMÁRIO

21 - CID 10 SECUNDÁRIO

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Transtorno de ansiedade

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - DATA

26 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

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

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

João Américo de Jesus 17/06/17

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - SEPE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CDDP

40 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTANDO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

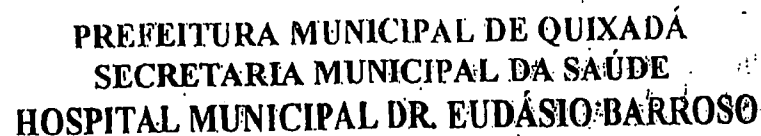
45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

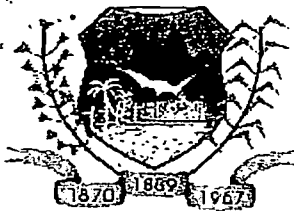
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**PLANO TERAPEUTICO E TRATAMENTO - OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA**

NOME DO PACIENTE: <i>NAYARA MARA RABELO</i>	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA <i>19.06.17</i>
--	------------------	-------	-------------------------

PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM																				
<p>1) Drogas 100mg + 100mg S0984, Ev, de 6h de 12h 2) Solicito Rx de coluna cervical em ABD 3) Alta do paciente Medica 4) Solicito Avaliação da Traumatologia</p>		<p>08:30</p> <p>AT!</p> <p>AT!</p> <p>AT!</p>	<p>CLIENTE AFERIDO SINAIS VITAIS, MEDICA- DA CONFORME PRESCRIÇÃO, AGUARDA REALIZAR RX DE COLUNA + AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.</p>																				
<p>26 OUT 2017</p> <p>DEPARTAMENTOS DE SILOSITROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p>		<p>Professora Municipal de Quixadá Secretaria Municipal de Saúde Hospital Mat. Dr. Eudécio Barroso</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p>Data 29 / 05 2017</p> <p>Maria das Graças Lira de Vasconcelos Coordenadora do SAME</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA</th> <th>GLICEMIA</th> <th>TEMP</th> <th>P.A.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>08:20</td> <td>-</td> <td>36.0C</td> <td>120x80</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A.	08:20	-	36.0C	120x80												
HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A.																				
08:20	-	36.0C	120x80																				



Secretaria Municipal da Saúde

103 362

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

UNIDADE: H m e B

DATA: 19/06/17

☐ 1º Atendimento ☐ Previdenciário ☒ Outros P.A. _____

Hora da Chegada _____ Temperatura: _____

1 - Identificação:

Nome: Maryanna Mura Rabelo Rodrigues 27.02.91

Estado Civil: solteira Sexo: F Idade: 26

Naturalidade: Quixadá Profissão: Do lar

Procedência: u

Categoria: SUS -> 160.5885.094.0009

Residência: Acidente de trânsito

2 - Queixa Principal: luxação metatarso falanges do
4 e 5. pdr

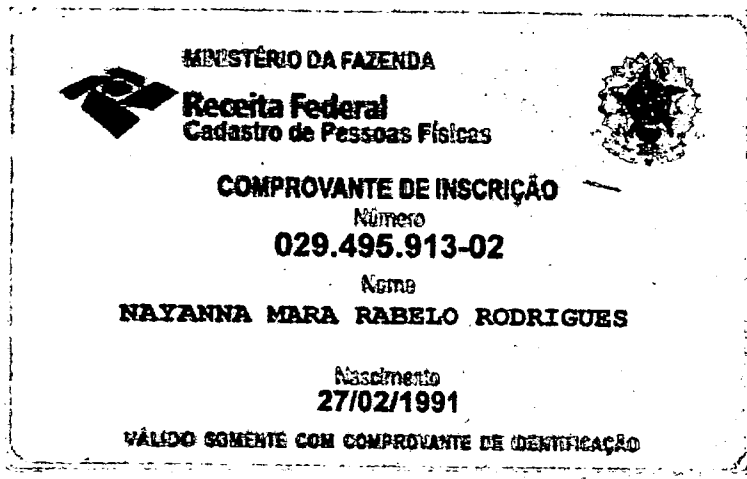
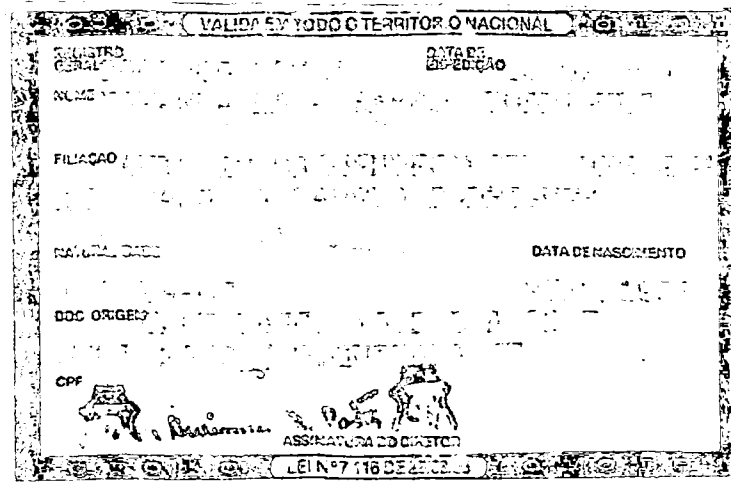
3 - História Atual: col. Redução

4 - Exames Solicitados: _____

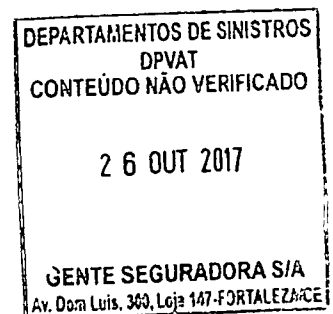
Dr. Rafael Austregásio Viana
Traumatologia e Ortopedia
TEO 12.979 - CRM 11.027

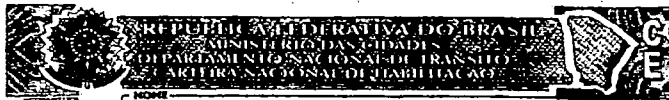
Assinatura do Médico

Data	PROCEDIMENTO	Rúbrica
	<div>Prefeitura Municipal de Quixadá Secretaria Municipal da Saúde Hospital Mat. Dr. Eudálio Barroso CONFERE COM O ORIGINAL Data <u>20/06/2017</u> Maria das Graças Lira de Vasconcelos Coordenadora do SAME</div>	<div>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 26 OUT 2017 GENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luís, 300, Loja 147-FORTALEZA-CE</div>



TELEFONES PARA CONTATO:
188199608 - 6084.
188199212 - 7005.





JERRY DA SILVA

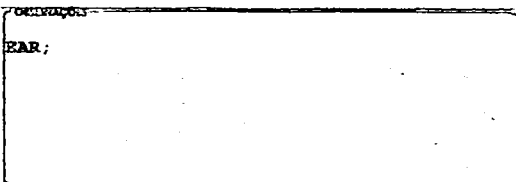
DOC. IDENTIDADE / C.R.E. EMISSOR LT
2005021085864 SSPDS CE

CPF
030.597.533-18 DATA NASCIMENTO
02/08/1989

FRACÇÃO
JOSE BEZERRA DA SILVA
ANTONIA ANAILA
CAVALCANTE SILVA

PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA
A2

Nº REGISTRO
0422072008 VALIDADE
24/05/2008 1ª HABILITAÇÃO
24/05/2008



Jerry da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
QUIXADA, CE DATA EMISSÃO
31/08/2017

[Signature]
COR VACCINADOS PONTOS

71351684061
CE161003338

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1496977058

PROIBIDO PLASTIFICAR
1496977058

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luis, 303, Loja 147-FORTALEZA/CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BR
MINISTÉRIO DAS CIDADES



DUT

0007

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

VIA CÓD. RENAVAM
PPT. 01 00545709148 000000000000000000

ANTONIO CARMENDE ROSARIO

EXERCENTE DE DIREITO DE PROPRIEDADE E POSSESSÃO DE VEÍCULO

VEÍCULO: 00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

00545709148

013195905123

013195905123

RECIBO CE Nº

PLANO DE SEU DILHETE DO SEGURO DPVAT
AVALIAR INFORMAÇÕES, LER O VÍDEO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.pagandodilhetedoviat.com.br

SAC DPVAT 0800 082 1000

exercício 2017 07/04/2017

00545709148 YAMAHA/FACTOR YBR125

2012 09 9C6KE152000122677

PRÊMIO TARIFÁRIO

81,29 9,03 90,33

4,15 0,7 105,5

04/04/2017

SEGURODORA LIDER - DPVAT

00545709148

MOTOR: E339E-122000

02915

02915

00545709148

125707 02890

00545709148

125707 02890

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Lda 147-FORTALEZA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170577081 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAYANNA MARA RABELO **Data do acidente:** 16/06/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA PODODATILOS DIREITO (4º E 5º) TRATAMENTO CONSERVADOR

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou possíveis sequelas em documentos anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

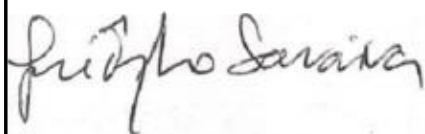
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170577081 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAYANNA MARA RABELO **Data do acidente:** 16/06/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
RODRIGUES

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO 4º E DO 5º METATARSOS DIREITOS E TRAUMA CERVICAL E ABDOMINAL, FECHADOS.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA COM QUEIXAS DE DOR ABDOMINAL, RETENÇÃO URINÁRIA COM DISÚRIA E CERVICALGIA DE REPETIÇÕES. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA VOLUMOSO NO PÉ DIREITO, DEFORMIDADE METATARSO-FALANGEANA EM 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITOS, COM BLOQUEIO DE MOVIMENTOS, PREJUÍZO DO APOIO, DOR NA CARGA E MARCHA PREJUDICADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E CONSERVADOR. EVOLUIU COM PERDA DA REDUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO COM DESVIO NÃO ACEITÁVEL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Luiz Antonio Serodio



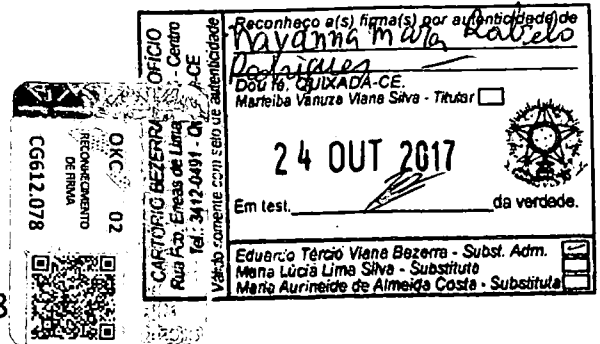
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Nayanna Mara Rabelo Rodrigues
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Doméstica
Identidade: 2005005103721 CPF: 029.495.913-02
Endereço: Rua Edmar Lima, nº213, Alto São Francisco

OUTORGADO:

Nome: JERRY DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 2005021085864 CPF: 030.597.533-18
Endereço: RUA:ANTONIO LUCIO,Nº1107,BAIRRO CARRASCAL,QUIXADA-CE



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

Vítima Nayanna Mara Rabelo Rodrigues



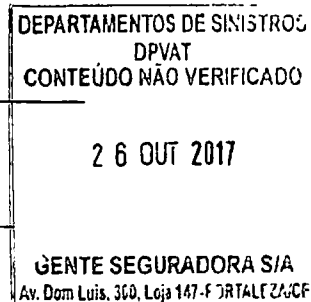
Local e Data: Quixadá/ Ceará 24/10/2017

Nayanna Mara Rabelo Rodrigues

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

OBS: TODA INFORMAÇÃO PRESTADA DIANTE DAS DOCUMENTAÇÕES APRESENTADAS A SEGURADORA LÍDER, SÃO DE TOTAL E INTEIRA RESPONSABILIDADE DO OUTORGANTE.



**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): **NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES** Sinistro: **3170577081** Data: **16/06/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Edmar Viana, 213 - Alto São Francisco - Quixadá - CE - CEP 63908-120**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2005005103721**

Data local do exame: [**08/11/2017**] **Fortaleza** [**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)
FRATURA LUXAÇÃO DO 4º E DO 5º METATARSOS DIREITOS E TRAUMA CERVICAL E ABDOMINAL, FECHADOS. VÍTIMA COM QUEIXAS DE DOR ABDOMINAL, RETENÇÃO URINÁRIA COM DISÚRIA E CERVICALGIA DE REPETIÇÕES. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA VOLUMOSO NO PÉ DIREITO, DEFORMIDADE METATARSO-FALANGEANA EM 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITOS, COM BLOQUEIO DE MOVIMENTOS, PREJUÍZO DO APOIO, DOR NA CARGA E MARCHA PREJUDICADA.

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.
TRATAMENTO COM REDUÇÃO INCRUENTA, IMOBILIZAÇÃO E CONSERVADOR. EVOLUIU COM PERDA DA REDUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO COM DESVIO NÃO ACEITÁVEL.

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.

Limitação funcional do pé direito

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):
Pé direito

% 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

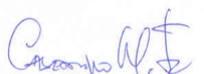
Região Corporal (Sequela):

% 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.


Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO