

---

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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

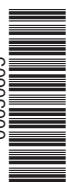
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 inicio 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,



---

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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 11980478

A/C: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

**Nº Sinistro:** 3170577081  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>3.375,00</b>

**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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 Mayanna Mara Rabelo Rodrigues	CPF titular da conta 029.495.913-02	Profissão Doméstica
Endereço Rua Edmar Kiama	Número 213	Complemento Casa
Bairro Alto São Francisco	Cidade Quixadá	Estado Ceará
Email NÃO POSSUI	CEP 63.900 - 000	Telefone (DDD) 188/99608 - 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      |  |

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.

D/V

CONTA NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO

001

AGÊNCIA NRO.

D/V

CONTA NRO.

D/V

041

0

32.682

8

(Informar dígito se existir)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Quixadá/CE, 25 de Outubro de 2017

Local e Data

26 OUT 2017

Nayanna Mara Rabelo Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

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 Luís, 380, Loja 147-FORTALEZA/CE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 4052 / 2017

Dados da Ocorrência

399446

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

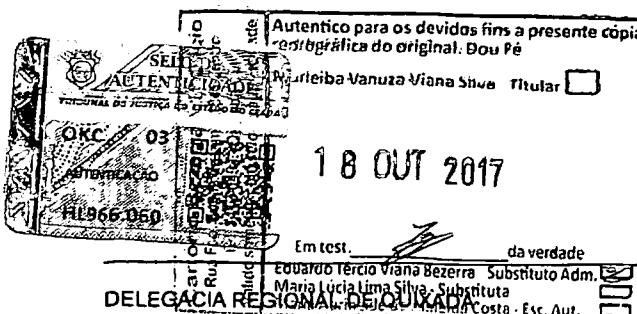
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Mayanna Mara Rabelo Rodrigues

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

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

Pág. 1 de 1

Impresso em: 17/10/2017 16:43:24

**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 Juana, nº 913, 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: 00000032682-8

---

Nr. da Autenticação 0CD40AF9E9598C02

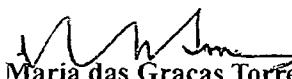


## CERTIDÃO NARRATIVA

**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

  
Matana Mantas  
ENFERMEIRA  
COREN/CE: 330.244

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

Nº DO CLIENTE	
<b>7367964-0</b>	
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 2002  
Companhia Energética do Ceará Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135-040 | Fortaleza CE CNPJ 07.04225/0001-70 | CGF 06.105.849-3



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 SAO FRANCISCO - QUIXADA -

Medidor 575112

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 Leitura
Out/2017	21/10/2017	21/11/2017

INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BUIXADA

Mês Ago/2017

ELEL 20,25

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	Apuração Individual
62,23	27,00%	16,89	DIC 5,31	Mensal 10,62 Trimestre 21,25 Anual 0,00
			FIC 3,39	Mensal 6,68 Trimestre 13,28 Anual 0,00
			DMIC 3,03	Mensal 6,06 Trimestre 12,18 Anual 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

480E,C2DA,EB49,CE81,7E4C,E9B0,8FDD,907F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1931	1847	1,00	84	0,00	84	8,74095	62,23

21/10/17 20/09/17

31 DIAS

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

62,23

MULTA MORATORIA REF 09/2017

1,23

JUROS DO MES

0,12

ILUMINAÇÃO PÚBLICA 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
Transmissão	2,19
Distribuição	14,27
Encargos Sistrais	4,94
Tributos (IPI, PIS e COFINS)	19,91
<b>TOTAL</b>	<b>62,23</b>

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Out	Set	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

36,30

0,00

103

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NÚMERO DE CLIENTE SEGUINDO O DÍGITO VERIFICADOR.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

Consta desta fatura R\$ 3,11 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,98% e COFINS:4,10%. IPI: 3 R\$ 100.2005 - ARCEEL e 1013 n. 10.637/02 e 10.833/03

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 103, Loja 147-FORTALEZA/CE

Nº do Cliente: 7367964-0  
Data de Emissão: 21/10/2017  
Nº da Nota Fiscal: 497863999

Referência: Out/2017  
Total a Pagar (R\$): 66,74  
Nº de Controle: 0007367964 00020 39202 17

83850000000-8 66740031000-6 00073679640-1 00203920251-4



PAGES DE GESTION

NOMBRE: FERNANDO GARCIA  
DIRECCION: AV ANTONIO LUCIO, 1107. CARRASCAL  
CALLE: .  
COLONIA:  
LOCALIDAD:  
MUNICIPIO:  
ESTADO: 011 CERESO 0128 Lote 0  
SEXO: M. ESTADO: 00  
EDAD: 00

63307 787

卷之三

Estimated cost: Canadian \$000 | Invoiced: \$000 | Paid: \$000

כָּלְבִּים וְלַטְּבִּים

Stadt	Wohnbau	Kleinsten Familien	Größte Familie	Wohnungen	Mittel Schätzmittel
ROLA	2125200131	243	253	10	9

112

**Referenz:** 18.10.2017 **Erfassungs-** 18.10.2017 **Kont-Age:** 1013131  
**Leiter:** Antje Lohse **Antje Lohse** 17.11.2017 **Kont-Empf:**

QUADRO DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2017

Nombre Apellido	Calle	Número	Categoría	Comisiones Totales	Entregadas Caja
Bogotá	04-1	051	010	051	051
Asunción	05-6	056	012	056	056
Guayaquil	05-6	039	000	013	056

#### **MESSAGES / DIALOGUES COMPLEMENTAIRES**

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

Month	Amount	Rate	Interest	Principal	Balance
	22,96				
JUN/17		4%	8	0	
ABR/17		8	0	0	
MAR/17		8	0	0	
JUN/17		8	0	0	
JUL/17		8	0	0	
AGO/17		11	0	0	
SET/17		12	0	0	

VALORES SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,22	VALOR DO SERVICO	38,70
COFINS	1,09	VALOR DO SUBSÍDIO	15,74
		VALOR TOTAL A PAGAR	22,96

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

**Mais informações pelo telefone: (85) 3275-0129, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [arce.caixa.gov.br](http://arce.caixa.gov.br).**

**Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; Ceará: CERSA – Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado.**



**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

26 OUT 2017

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Dom Luis, 300, Loja 147-FORTALEZA/C

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Jenny da Silva inscrito (a) no CPF 030 597 533 1 / 18, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nayanna Mara Rabelo Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 029 495 913 1 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez permanente da Vítima Nayanna Mara Rabelo Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 029 495 913 1 / 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	Número	Complemento	
R: ANTONIO LUCIO	1107	CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CONASCAL	Guixada	CE	63900-00
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
VANIZA.VIXILO@BZL.COM.BR	110 Posse	(88) 992035585	

Guixada-CE, 25 de Outubro de 2017  
Local e Data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

Assinatura do Declarante

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



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio 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 Gonatilho Viana, nº 200,  
complemento Alto São Francisco, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Marianna Mara Rabelo Rodrigues cujo o condutor era  
Lucas do Nascimento Saraiva.

Veículo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 K

Modelo: 2013

Ano: 2012

Placa: 0SF8723/CE

Chassi: 9C6KE1520D0128677

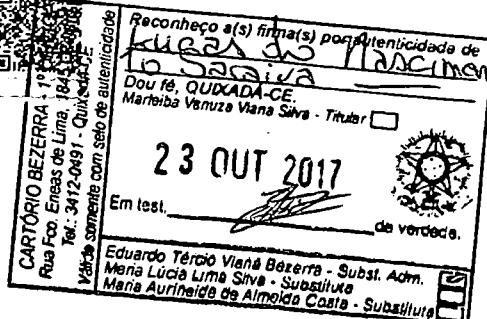
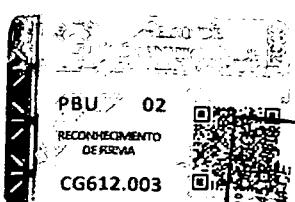
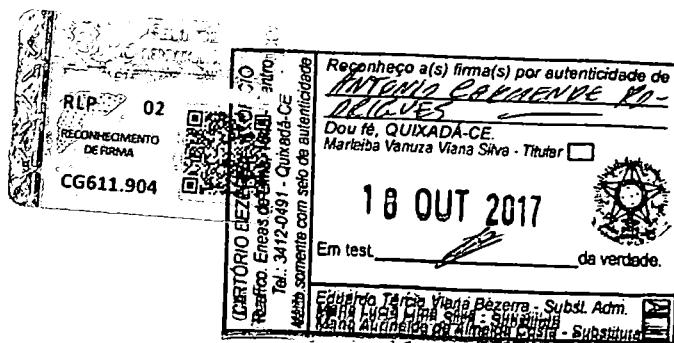
Data do Acidente: 16/06/2017

Local e Data: Quixadá/ Ceará 18/10/2017

ANTÔNIO CARMENDE RODRIGUES

Assinatura do Declarante

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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	26 OUT 2017
GENTE SEGURADORA S/A Av. Dom Luís, 309, Loja 147 - FORTALEZA/CE	

5/06/2017

Nº Atendimento / Classificação  
03  
Documentação médica Hospitalar  
0006

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 18:55 Data de atendimento: 16/06/17  
Atendimento: ( ) 1º atendimento ( ) 2º Atendimento, ( ) Previdenciário ( ) Outro

TRIAGEM

Hora: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_ °C P.A.: \_\_\_\_ x \_\_\_\_ mmHg P: \_\_\_\_ bpm SpO2: \_\_\_\_ D: \_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nayanne Maria Loko Rodrigues

Responsável (se menor):

Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Data de nascimento: 27/02/91 Idade: 26 Naturalidade: Almeida, CE

Estado civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) Profissão:

Categoría: (x) SUS ( ) Outro RG/Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Procedência: Quixadá/CE

Residência: Rua Domifela número 300 - alto jardim

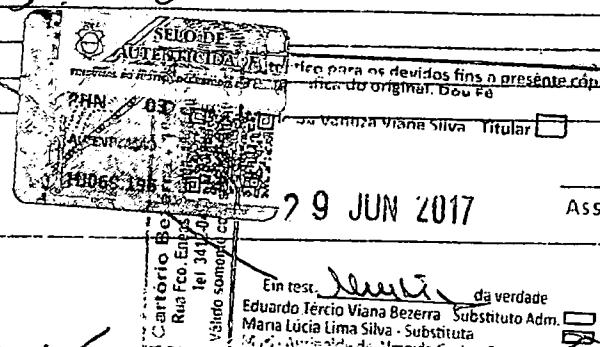
ATENDIMENTO

Queixa principal:

Dor de estômago devido a constipação intestinal, com febre e dor de cabeça +

Histórico atual: alergia a pílulas

Exame(s) solicitado(s):



Assinatura e Carimbo Médico

10614

Rx - local

27/06

Voltmetro 01 vez. 1m

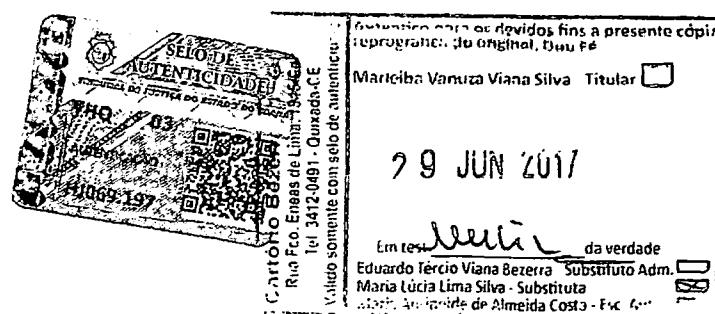
Dynme 01 vez. 1m

500 20:00h

SG 0,91. Scom 02FA 0 em 15 dias.

Silicose 50%. Tratamento

As Hm EB ipne



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ**

SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

**FICHA DE REFERÊNCIA**

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

UNIDADE ORIGEM UPA

DISTRITO SANITÁRIO \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO Quixadá - ce

Nome: Nayanne Nane Rabelo Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Data de Nascimento: 27/10/2191 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Presente vítima de acidente automobilístico (motor) (sic) círculo da torcina + ferido no pé, com suspeita de fratura de 4º e 5º dedos direitos.

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: Fratura 4º/5º pododáctilo D

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro:

Plantão 16/06/17

Função

Data

Hora

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Profissional: Fratura 4º/5º pododáctilo

Unidade de Referência: HMEB Data / / Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Prefeitura Municipal de Quixadá  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Mat. Dr. Eudálio Barreto

CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Data 29/06/2017

Maria das Graças Lira de Vasconcelos  
Coordenadora do SAME

26 OUT 2017

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_

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

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



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



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 16/06/17 Horário: 21:47 Nº 25 523

Mai: Midiony Cunha Rabelo

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Nayane Mara Rabelo Rodrigues

Estado Civil: Casada Sexo: Feminino

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

SUS: Não soube

Naturalidade: Quixadá Profissão: doméstica

Residência: Rua Tíbia Siana Bairro: Alto dos Frangos

### 2. Diagnóstico:

Urtiga d'água

### 3. Procedimento:

Hulur e tiazado  
Desidratação

Dr. Durval de A. Filho  
Médico  
CRM - 2757

Assinatura / Carimbo Médico

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 360, Loja 147-FORTALEZACE

Prefeitura Municipal de Quixadá  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Mat. Dr. Eudásio Barroso

CONFERE COM O ORIGINAL

Data 29/06/2017

Maria das Graças Lira de Vasconcelos  
Coordenadora do SAME



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

Sigmar  
Gericke  
die Sache

#### **PLANO TERAPEUTICO E TRATAMENTO – OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA**



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

SUS   
Sistema Único de Saúde

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE – OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE	IDADE	PESO	LEITO	DATA INÍCIO OBSERVAÇÃO	DATA
				/ /	/ /
DIAGNÓSTICO E/OU OBSERVAÇÃO	EVOLUÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS				
	<p>Ca 22 hs. 26/01, vítima de queda de moto. Consciente, orientada, eupneica e afibril. Relatando dor abdominal difusa, + edema e hematoma em pe D. SpO<sub>2</sub>: 99% ai ambiente P: 87 bpm. Segue sota os cuidados. ontem <i>Margareth Frans</i> ENFERMEIRA COREN-C 238.301</p>				
EVOLUÇÃO MÉDICA					
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	26 OUT 2017	CLIENTE SEGURO(DA SA)	Data 09/06/2017 Maria das Graças Lira de S. Agostinho Coordenadora de Atend.		



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



## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Data: 16/10/17 Horário: 08:17 Nº \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Nayana Moraes Reis Rodrigues

Estado Civil: casada Sexo: Fem

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

SUS: \_\_\_\_\_

Naturalidade: Quixadá Profissão: Doméstica

Residência: R- Barônito Viana Bairro: Altos São Félix

2. Diagnóstico: \_\_\_\_\_

3. Procedimento:

Recebeu atendimento de acordo com o que consta no relatório de atendimento.

Assinatura / Carimbo Médico

Frederico Westphalen - Quixadá  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Mat. Dr. Eudálio Barroso

CONFERE COM O ORIGINAL

Data 29/10/17

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 Luis, 360, Loja 147-FORTALEZINHO



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



PLANO TERAPEUTICO E TRATAMENTO - OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA
Maryana Moreira Rabelo Rodrigues		65	17-06-17

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
① Antibiotico a Gripe 7 dias AT (já usado) 500 500	AT	Medicação feita conforme prescrição médica. Até item ⑤ não realizados para paciente em regime de internação.
② Soro fuso 400 ml	AT	
③ Dl dantel	AT	
④ Dl dantel	AT	
⑤ Cefazilic 3 g ou 1 kg Dr. Paula Lira Médica CRM 6079	08	
Transferido para Hospital Geral (Adm. Dr. José)		
Transfere para hospital Geral - tratamento continuado		
⑥ Traumatologista considerar	AT	
⑦ USG Abdome Dr. Paula Lira CRM 6079		
12/06 Centro SSpne		
entro em contato com o Dr. Paula Lira		
use farmácia UG grande		
realizar o foto do paciente		
a unidade local		
an Encaminhar UG Dr. Paula Lira CRM 6079		

Prefeitura Municipal de Quixadá  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital M.M. Dr. Eudásio Barroso

CONFIRME COM O ORIGINAL:

Data 29/06/2017

Maria das Graças Lima de Vasconcelos  
Coordenadora do SAME

DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS	DR/AT	HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A.
SEGURO SAÚDE	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	06/06	110x70 mmg		
AV. Dom Luis, 300, Lapa 11000-000 Fortaleza/CE	26 OUT 2017	11:00	140x80		



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

SUS +  
Sistema  
Único  
de Saúde

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE – OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE	IDADE	PESO	LEITO	DATA INÍCIO OBSERVAÇÃO	DATA
DIAGNÓSTICO A E/OU OBSERVAÇÃO				/ /	/ /
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA</b> <p>17/06/2017 8:30h, vítima de queda de moto, consciente, orientado, mantido em diafragma até avaliação do cirurgião, clínico presente, refere dor abdominal difusa, apresenta edema e hematicos, dedo C, com luxação em 4º pododáctilo. Encamisação pronta US abdominal na clinimorpha.</p> <p>10:30h Sindicada - transferência para SRF por crise venal à esquerda e luxação em 4º dedo do pé direito.</p> <p>13:00h Transferência não autorizada para Fortaleza, encaminhado para UMIJP, avaliação do cirurgião, segundo feito clínico retornar para o traumatologista, desidro e luxação no dedo.</p>					
CONTENDO SINISTROS DENTRO DA FOLHA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	26 OUT 2017	SEGURO DIA CORRETORA S/A FONTE: SEGURO DIA CORRETORA S/A	<p>F.C. Rua 650, nº 1000 Socorro, Fortaleza, CE Nas. 00000-00000-00000</p> <p>CONFIRME COM O ORIGINAIS Data 29/06/2017  Maria das Graças Lira da Conceição Coordenadora de FAMAE</p>		

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

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

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE ORIGEM: HU

DISTRITO SANITÁRIO:

MUNICÍPIO:

Nome: J. L. A. Prontuário Nº: \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nascimento: 26/01/1964 Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: IPSE Telefone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: 1)  
31/12/2012

Resultado de Exames: negativo para leucemia  
do exame

Conduta Realizada: transferido para U.S.I. em consultas

Impressão Diagnóstica: IPSE / 13

C. de. Prof. Dr. José  
Márcia  
CRM 8070

Assinatura no Encaminhante - Nº Registro:

Função

Data

Hora

17/02/2013

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: IPSE Profissional: Dr. José

Unidade de Referência: HU Data: 1/1 Hora: \_\_\_\_\_

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência:

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
BPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Resultado de Exames:

26 OUT 2017

Diagnóstico Principal:

CID:

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luis, 303, Loja 147-FORTALEZ

Secundário 1

CID:

Secundário 2

CID:

Proposta de conduta para segmento

Deve ser justificada a referência?  Sim  Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?  Sim  Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

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 hepatocoléodo 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 celiaco, artéria mesentérica superior, veia espônica, 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 hepatorrenal, goteiras paracôlicas 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 evidenciam aspectos normais.

DEPARTAMENTOS DE SERVIÇOS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

Dr. Francisco Roberto Oliveira Cavalcante  
Ultrassonografista

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia  
Pós-graduado pela Escola de Ultrassonografia de Ribeirão Preto  
CRM: 5501

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 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 Recrutamento: 50060

Tipo de Atendimento ou Convênio: SUS

Nome do Paciente: NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES

Telefone: 8692108043

Mae: MIDEA CAMURCA RABELO RODRIGUES

Pai: ANTONIO CARMENDES RODRIGUES

Data de Nasc.: 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 SAO 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: *Forro de orelha*

Diagnóstico Definitivo: *Inflamação de orelha*

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 4980 / CRF 11129040-00*

Médico Responsável

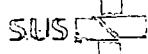
Diretor Clínico do Hospital

Esta observação consta de \_\_\_\_\_ folha com rubrica \_\_\_\_\_ do meu uso \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 303, Loja 147-FORTALEZA/CE

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

Nelson Marinho Rabelo Rodrigues

50272

7 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

| | | | | | | |

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - SE

Masc

1

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE PESSOAL

Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (PRAIA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - LEI

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Trancos Vítima da dengue.  
Fevereiro, vermelha, dor de cabeça.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fevereiro, vermelha.

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

AT-EP

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - C.D. DE CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CIN

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARMIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SEPE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOP

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
EMPREGADO      EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTANDO

NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

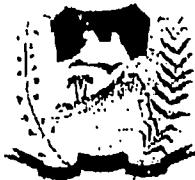
45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS    ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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



Sistema  
Único  
de Saúde

PLANO TERAPEUTICO E TRATAMENTO - OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

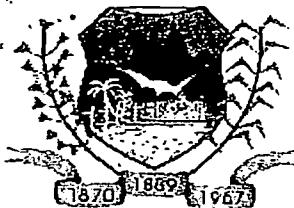
NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO	LEITO	DATA
NAYARA MARA RABELO			19.06.17

PREScrição MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1) Dexamol 100mg + 100ml Sirospf EU, ch 60ml de dpt tufano	08:30	CLIENTE AFERIDO SINAIS VITAIS, MEDIDA CONFORME PRESCRIÇÃO, AGUARDA REALIZAR RX DE COLUNA + AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA, SEGUE OS EVIDADOS DA ENFERMAGEM.
2) Solvits Rx de coluna cervical lnx	AT!	
3) Atto do Ministro Médico	AT!	
4) Solvits Avaliação da Traumatologia	AT!	

Prefeitura Municipal de Quixadá  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Mau. Dr. Eudásio Barroso  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data 29/06/2017

Maria das Gracas Lira de Vasconcelos  
Coordenadora do SAME

GENTE SEGURADORA/S/A	DEPARTAMENTOS DE REGISTROS	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	HORA	GLICEMIA	TEMP	P.A.
			08:20	-	36.0°C	120x80
Av Dom Luiz, 390, Lote 17, Fortal						
26 OUT 2017						



# Secretaria Municipal da Saúde

103 362

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

UNIDADE: H M E P

DATA: 19/06/17

 1º Atendimento  Previdenciário  Outros P.A.

Hora da Chegada \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

## 1 - Identificação:

Nome: Mayanna Mara Rabelo Rodrigues 24.02.91

Estado Civil: Solteira Sexo: F Idade: 26

Naturalidade: Quixada Profissão: Do lar

Procedência: u

Categoria: SUS -&gt; 160.5885.094.0009

Residência: Acidente de trânsito

2 - Queixa Principal: lesão metatarso falangica do  
4 e 5 pds

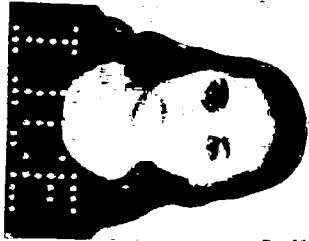
3 - História Atual: Col. Redução

4 - Exames Solicitados:

Dr. Rafael Alves Regis Viana  
Traumatologista Ortopedista  
TEOT 12913 - CRMNEC 11.027

Assinatura do Médico

Data	PROCEDIMENTO	Rúbrica
	Prefeitura Municipal de Quixerá Secretaria Municipal de Saúde Hospital Mat. Dr. Eudálio Barroso	
	CONFERE COM O ORIGINAL	
	Data 29/06/2017 	<div>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</div>
	Maria das Graças Lira de Vasconcelos Coordenadora do SAME	26 OUT 2017
		JENTE SEGURADORA S/A. Av. Dom Luis, 300, Loja 147 - FORTALEZA/CE



Nayenna Marie Raulito Rodriguez.

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL DE CARTAS	DATA DE EXPEDIÇÃO
NOME DO ENVIADOR	
FILIAÇÃO	
NASCIMENTO	
DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORIGEM	
CPF	
 ASSINATURA DO CUSTOS	
LEI N° 7.110 DE 22/06/83	



MÍNISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**



## **COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Munro

029.495.913-02

ASTRE

**NAYANNA MARA RABELO RODRIGUES**

Nascimento  
27/02/1999

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**TELEFONES PARA CONTATO:**

188199608 - 6084.

188199212-7005.

## Documentos de Identificação



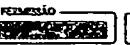
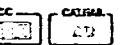
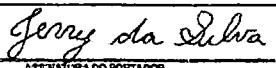
-0012-

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

26 OUT 2017

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Dom Luis, 300, Lgo 147-FORTALEZA/C


**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 AGENCIA NACIONAL DE REGULAÇÃO

NOME <b>JERRY DA SILVA</b>		 <i>Documentos de Identificação</i> -0012-	
 			
<small>DOC. IDENTIDADE / CARTEIRA DE CIDADÃO</small> <b>2005021085864 SSPDS CE</b>		<small>CRM / DATA NASCIMENTO</small> <b>030.597.533-18 02/08/1989</b>	
<small>PAI/MÃE</small> <b>JOSE BEZERRA DA SILVA</b> <b>ANTONIA ANAILA CAVALCANTE SILVA</b>			
<small>RESIDÊNCIA</small> 		<small>ACC / CARTÃO</small> 	
<small>Nº REGISTRO</small> <b>6997058</b>		<small>VALIDADE</small> <b>20/04/2008</b>	
<small>1º HABILITAÇÃO</small> <b>24/05/2008</b>			
<small>DELEGADO</small> <b>EAR;</b>			
<small>ASSINATURA DO PORTADOR</small> 			
<small>LOCAL</small> <b>QUIXADÁ, CE</b>		<small>DATA EMISSÃO</small> <b>31/08/2017</b>	
<small>1º VACINAÇÃO/1º PONTA</small> 		<b>71351684061</b> <b>CE2161003338</b>	
<small>ASSINATURA DO EMISSOR</small>  <b>CEARÁ</b> 			

**PROÍBIDO PLASTIFICAR**  
**1496977058**





# 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 RODRIGUES      **Data do acidente:** 16/06/2017      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## 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
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## 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:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

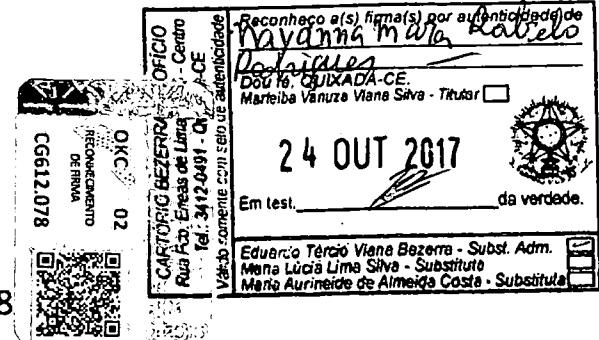
Nome: Nayanna Mara Rabelo Rodrigues  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada  
 Profissão: Doméstica  
 Identidade: 2005005103721 CPF: 029.495.913-02  
 Endereço: Rua Edmar Viana, nº 813, Alto São Francisco

### OUTORGADO:

Nome: JERRY DA SILVA  
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
 Profissão: AUTÔNOMO  
 Identidade: 2005021085864 CPF: 030.597.533-18  
 Endereço: RUA:ANTONIO LUCIO,N°1107,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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 OUT 2017

Local e Data: Quixadá/CE 24/10/2017

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Dom Luís, 360, Loja 147-F PORTAL 2/CF

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 suscetível 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. 310 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

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

(    ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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):

Região Corporal (Sequela):

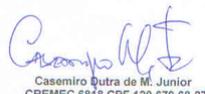
% do dano: (    ) 10% residual (    ) 25% leve  
(    ) 50% médio (    ) 75% intensa (    ) 100% completo

% 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