

Para obter um conhecimento, utilize-se a técnica
sempre que estiver em contato com o mundo.

Companhia Energética do Estado
 Rua Pedro Velho, 110
 CEP 30130-040 | Belo Horizonte, MG
 0226-17001-70 | CEF 08.106-888-9

CPF: 034.228.700-70 / CGF: 08.106.889-9

Nome: **ROBERTO DE OLIVEIRA FILHO** Nº: **423402279**

Rua: **11.24006-05-202000** Data de Emissão: **16/05/2018**

Assinatura: **ROBERTO FILHO**

Nome: MARIA ISONEIDE PINHO LIMA

End. Postal. RU JOAQUIM GASPAR DE OLIVEIRA 00073
CAPLÁN - CALCALA - 51625200

Attachment 1312112

Posta 62410 02452

Class 01-RESIDENCIAL 07-08. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 583791423-49

• 515

None of the respondents

| | | | |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Mão da Referência | Data da Apresentação | Preço Produto Leilão | Valor a pagar na venda desta apre. |
| Mai/2018 | 16/05/2018 | 18/06/2018 | Conjunto 50,00 |

| | | | | |
|------------------------|----------|------------------|--------------------|---------------------|
| Valor de Capital (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto | Parcela Individual | Agrupado Individual |
| 100,00 | 10,00% | 10,00 | 100,00 | 100,00 |
| 200,00 | 10,00% | 20,00 | 200,00 | 200,00 |
| 300,00 | 10,00% | 30,00 | 300,00 | 300,00 |
| 400,00 | 10,00% | 40,00 | 400,00 | 400,00 |
| 500,00 | 10,00% | 50,00 | 500,00 | 500,00 |
| 600,00 | 10,00% | 60,00 | 600,00 | 600,00 |
| 700,00 | 10,00% | 70,00 | 700,00 | 700,00 |
| 800,00 | 10,00% | 80,00 | 800,00 | 800,00 |
| 900,00 | 10,00% | 90,00 | 900,00 | 900,00 |
| 1000,00 | 10,00% | 100,00 | 1000,00 | 1000,00 |

[illegible]

| VALOR CONSUMO DO MES | VALOR |
|---|--------|
| STOPS COMPLEMENTARES BAIXA RENDA COM COTA 2 | 194,13 |
| MULTA POR ATRASAMENTO REF 07/2018 | 21,10 |
| JUROS DO MES | 3,40 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | 1,40 |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA | 42,90 |
| DOACAO-LAR TORRES DE MELH-0000-200-7701 | 1,70 |
| CARTAO DE TODOS - PROJ-283-9918 | 40,00 |
| ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1.60) | 10,00 |

10.16.2018

234.45

| Category | Value |
|-----------|-------|
| Base | 264 |
| Base + 1 | 265 |
| Base + 2 | 266 |
| Base + 3 | 267 |
| Base + 4 | 268 |
| Base + 5 | 269 |
| Base + 6 | 270 |
| Base + 7 | 271 |
| Base + 8 | 272 |
| Base + 9 | 273 |
| Base + 10 | 274 |

James A. Pridemore, Jr., *University of North Carolina*
 Correspondence: 818 South College Street, Chapel Hill, NC 27514
 E-mail: jpridemore@unc.edu

CONTAS EM ATRASO

1997年12月15日

[illegible]

Initial decay failure 28 % of specimens - The 0.00125 mm thick 710-8.74 p (0.00125 mm)

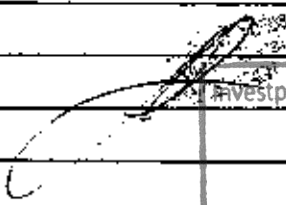
Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2018



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

| | | | |
|---|-------------------------------|----------------|---------|
| Nome: <i>Walter de Aguiar</i> | | | Nº Reg. |
| Data da Cirurgia: <i>12/08/18</i> | Enf. | Leito | |
| Cirurgião: <i>Dr. Renato Freitas</i> | 1º Auxiliar | | |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | Instrumentador | |
| Anestesista: <i>Dr. Thiago</i> | Tipo Anestesia: <i>Região</i> | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Lesão cística em nódulo com par de sublinhas</i> | | | |
| Tipo de Operação: <i>Occlusão do nódulo</i> | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório | | | |
| Relatório Imediato do Patologista | | | |
| Exame Radiológico no Ato | | | |
| Acidente durante a Operação | | | |
| DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO | | | |
| Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura | | | |
| Material Empregado - Aspecto - Visceras | | | |
| <i>1. Acesso em 12/08/18, via laparoscópica; 2. A + A + C;</i> <i>3. Ligadura do pedículo cístico com SF 2.0; 4. Occlusão;</i> <i>5. Histerectomia e anexectomia bilaterais; 6. Pênico de</i> <i>histerectomia; 7. Sutura por aproximação nódulo 2-0 e</i> <i>nylon 4-0; 8. Lavagem do campo operatório;</i> <i>9. Curativo.</i> | | | |
|  | | | |
| Investprev Seguradora S/A. | | | |
| 1-6-NOV-2018 | | | |



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: Mo. Teodoro de Rêgo

IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

DATA ADMISSÃO: _____ DATA ALTA: 22/11/18

DIAGNÓSTICO INICIAL: Trombose MIE

EVOLUÇÃO MÉDICA:

(EAP) extubado para oxigênio 2L; Varido
Descontaminado com solução (15/5) Gelado
com melhora em sinais
vital

DIAGNÓSTICO FINAL: Lesão por trauma MIE

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

- Liberação Estomatológica
- Prontuário atualizado / RDC 15/18
- Toma de medicação prescrita

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA ☒ AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE: Estômago e Intestino

DATA: _____

Dr. Adilson Pontes da Rocha Filho
Cirurgião Geral
RMEC 1725

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL



**Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde**

Receituário

atestado para deixar filhos
que Maria Moricé Franco
Joanna foi submetida a
cirurgia de limpeza de fe-
ricida na perna esquerda
em 16/05/18. Encontra-se em
acompanhamento ambulatório
para tratamento odontológico
(convectia). Devera evitar
esforços físicos e tomar de
paralisação de ~~tratamento~~ tratamento.

Alimente sua saúde CRM 6634 - RQE 6652
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

MARIA ISOLDA ALVES LIMA

Receituário

Atestado Médico

Atendo para fins cabíveis este Atestado Médico, em nome da
FOI NUMERO UNIFICAMENTE NA DATA DE VOTE. NO MOMENTO, NÃO
NÃO SE ENCONTRA EM CONDIÇÃO DE REALIZAR SUAS
ATIVIDADES VAGANTES. Necessita de REPOUSO COMPLETO
e ASSASSAMENTO de suas atividades por 15 (quinze)
DIAS A CONTAR DESTA DATA. _____

CAUCAIA, 19 DE JUNHO DE 2018.

Dr. Wilson de Almeida Lima
Médico
CREMOM: 18940

Investpro Seguradora S/A.

16 NOV 2018

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2018

Autuário a entrega de
um fonecino novo para a
paciente: Maria Inez de
Fato Lima, Clinica Cirurgica
Rote 414.


SECRETARIA DE SAÚDE
CAUCAIA 2018

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA DA PRAIA, 100 - CAUCAIA
CEP: 55.000-000



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

4917 - Maria Jureide de Almeida

Atividade realizada de
colheita e beneficiamento

de grãos

Investprev Seguradora S/A.
11 NOV 2018

Receituário
CONTINUAÇÃO

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
EXIBIDA EM 10/11/2018

Lizy - Maria Joseide de Pinho
Lima

Autuino extrada de
cadeira de banho de

Investprev Seguradora S/A

16 NOV 2018

22105118

Renomado Xerier
OPEN 210125



Prefeitura de
CAUCAIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº 1303/2018
Hospital Municipal DOABELANDIA

Receituário

Investarev Seguradora S/A

16 NOV 2018

① Razão SI-

IX) O-

Dr. Adilson Pinheiro da Rocha Filho
Cirurgião Geral
CRM/EC 14715

20/11/18

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMENTE

Nome Completo: Yvel Beau

CRM: 5674 Fones: 3342.8113

Endereço Completo: Av. Napoleão Bonaparte

Vila - Pq. Solidário Nº 30

Cidade: Caucaia UF: CE

Seguradora S/A.

NOV 2018

Dr. Paulo Sérgio M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRMCE: 5674, TEUT. 7.207

Carimbo do Médico

Paciente: QUEIROZ, Jairo

Endereço: Rua 110, nº 692 - APTOS. 02

Prescrição:

Ceftriaxona 500 mg 1x 1 vez

71 am 8/8/81

Data: 24/05/17

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: 3342.8113

CRM: R. Napoleão Bonaparte

Endereço Completo: Viana - Pq. Soterdade 36

Cidade: Caucaia UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Dr. Francisco Velloso
CRM-CE 16.934

Invest. Seguros S/A.

Carimbo do Médico

16 NOV 2018

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: 11/11/2018

Assinatura do Médico

Dr. Francisco Velloso
Médico
CREMEC 16.934

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: R. Napoleão Bonaparte

Identidade: Orgão Emissor: 11

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data: 11/11/2018



GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE

Receituário

Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2018

Usos técnicos:

① Papaina 10% gel — 1 tubo

~

Dr. Fernando Vazquez
Cirurgia Geral - Sênior
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

Alimento sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ Fonte: 3342.8113

Endereço Completo: R. Napoleão Bonaparte

Mana - Pq. Sereia Nº 36

Cidade: Caucaia UF: CE

Dr. Adilson Pontes da Rocha Filho

Cirurgião Geral
CREMEC 1415

Carmão do Médico

Investigação Social - S/A.

Paciente: Mo. Vanessa de Fátima Lima

Endereço: _____

Prescrição: _____

① Tetraciclina 250mg 07/08/2018

2x 250mg 8/08/2018 a 15/08/2018

Data: 28/05/18

Dr. Adilson Pontes da Rocha Filho

Cirurgião Geral

CREMEC 1415 B. Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data: ____/____/____



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA

2º VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

3342.8143

CRM

Fone

Endereço Completo:

R. Napoleão Bonaparte
Viana - Fq. Sociedade nº 39

Cidade:

Caucaia

UF:

CE

Dr. Adilson Pontes da Rocha Filho

Cirurgia Geral

CREMPEC 14715

Carimbo do Médico

Investip - Secretaria S/A.

16 NOV 2018

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

Assinatura do Médico

Dr. Adilson Pontes da Rocha Filho
Cirurgia Geral
CREMPEC 14715

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

Dr. Sérgio de Alencar Lima
Médico
CREMESP 19920

CRM:

Fones CRMESP 19920

Endereço Completo:

Nº

Cidade:

UF:

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

Seguradora S/A.
Dr. Sérgio de Alencar Lima
Médico
CREMESP 19920

16 NOV 2018

Carimbo do Médico

Paciente:

Alcides Henrique Ribeiro Lima

Endereço:

Rua da Saúde nº 100 - Centro - Caucaia - CE

Prescrição:

200 mg

Clonazepam 0,5 mg

Clonazepam

Data:

07/10/2018

Assinatura do Médico

Dr. Sérgio de Alencar Lima
Médico
CREMESP 19920

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Alcides Henrique Ribeiro Lima

Ident:

Org. Emissor:

End:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Luiz B. M. Furtado
Nº 8113
CRM Rafael Bonaparte
Entrega Especialidade 36
Cidade: Caucaia UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Luiz B. M. Furtado
Médico
Emitido do Médico

Seguradora S/A.

16 NOV 2018

Paciente: Luiz B. M. Furtado

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Prescrição: Prescrição de 10 dias

Data: 15/11/18

Luiz B. M. Furtado
Médico
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

Maria Jeneide Pinheiro Lima

- Derrama ou

- Pilhação.

Investprev Seguradora S/A

16 NOV 2018

Lido S/2018 1 11/11/2018
5177703
11/11/2018

SECRETARIA DE SAÚDE
CAUCAIA - CE
RUA JOSE ALVES
1000 - JARDIM
CAUCAIA - CE

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

Crusna Lúcio Cabral

20x20

Investpro Seguradora S/A.

16 NOV 2018

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Instituto Médico Caucaia

P/ Maria Genilde Porto Lima

USO TÓPICO

→ Pom. @ Aloxiol

Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2018

61) Minociclina 5% Solução Ophtalmica — 4SP. 400ml

Aplicar no corno cobinado (1ml = 20 gotas) 1x
à noite por 3 a 6 meses.

62) Tropimar 0.1% colírio

Aplicar sobre a lesão 2x ao dia por 7 dias

CARLOS HENRIQUE ARAÚJO

DEMOBIO 05314

CREMEC 11375-RQE 7212.

29/05/18

Rua: José Matias de Brito, 800 - Centro - Caucaia

Tel.: (85) 3011.0477 / 3011.0577 / 98409.0614



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

FDCD DE BLAIR
+
CAPMINDS

- GAZE ACOLHO APP

- NYLON 4-0

Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2018

Dr. Jerônimo Junger
Cirurgia Geral
CRM: 19486

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL COMUNITÁRIO DE CAUCAIA

Alimente sua saúde

Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2018

Atesto que o(a) Segurado(a) Ma Teodoro Silva
portador(a) da Carteira Profissional Nº 1
necessita de 15 Dias) dias de afastamento
POR EXTENSO

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Adilson Pontes da Rocha Filho
Cirurgião Geral
CREMED 44715

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM Nº

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 da RGPS.
Aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) De Teodoro Almeida

portador(a) da Carteira Profissional Nº 1

necessita de 15 (Quinze) dias de afastamento
POR EXTENSO

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ASELA REO
GADELMA DA ROCHA

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Adilson Pinheiro da Rocha Filho
Cirurgião Geral
CREMEC 44715

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM Nº



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ASELA REO
GADELMA DA ROCHA

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Adilson Pinheiro da Rocha Filho
Cirurgião Geral
CREMEC 44715

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM Nº

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

necessita de 15 (Quinze) dias de afastamento
POR EXTENSO

portador(a) da Carteira Profissional Nº 1

Atesto que o(a) Segurado(a) De Teodoro Almeida

Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2016

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 de RGPS.
Aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 da RGPS.
Aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) Dr. Tarciso Ricardo Lima

portador(a) da Carteira Profissional Nº —

necessita de 5 (cinco) dias de afastamento
POR EXTENSO

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Adilson Pontes da Rocha Filho
Cirurgião Geral
CREMED-44715

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM Nº



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO
GADELHA DA ROCHA

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Adilson Pontes da Rocha Filho
Cirurgião Geral
CREMED-44715

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM Nº

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

necessita de 5 (cinco) dias de afastamento
POR EXTENSO

portador(a) da Carteira Profissional Nº —

Atesto que o(a) Segurado(a) Dr. Tarciso Ricardo Lima

Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2008

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 da RGPS.
Aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 da RGPS.
Aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
REGISTRO HOSPITALAR

Nº 30621

| | | | | | |
|---|----------------|------------------|----------|---------------------|-------------------|
| NOME: <i>Maria Irmeneide de P. L.</i> | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | IDADE: | COR: | SEXO: | ESTAD. CIVIL: | NATURALIDADE: |
| <i>19.09.1966</i> | <i>51 a</i> | | <i>F</i> | <i>solteira</i> | <i>Caucaia-CE</i> |
| Nº IDENTIDADE: | | Nº CPF | | CERT. NASCIMENTO Nº | |
| <i>95062065552</i> | | | | | |
| PAIS: <i>Jorge Ferreira Lima e Iracema Pinto</i> | | | | | |
| ENDEREÇO DO PACIENTE: | | | | | Nº |
| <i>Rua Joaquim Gaspar de Oliveira</i> | | | | | <i>39</i> |
| BAIRRO: | MUNICÍPIO: | | | FONE: | |
| <i>Cajamon</i> | <i>Caucaia</i> | | | <i>98965-9459</i> | |
| NOME DO RESPONSÁVEL: | | | | FONE: | |
| <i>Maryam Lima Guimarães</i> | | | | <i>98619-2664</i> | |
| ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: | | | | | |
| <i>E. Manoel</i> | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO: | | HORA DE EMISSÃO: | | FUNCIONÁRIO: | |
| <i>12/10/18</i> | | <i>16h45</i> | | <i>Helena</i> | |
| MÉDICO ASSISTENTE: | | | | | |
| HISTÓRICO CLÍNICO: <i>Pct. no limbo do colo de</i> <i>matrão de 1.º grau extensa e</i> <i>MTI segundo</i> | | | | | |
| EXAME FÍSICO: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: <i>LC extensa de MTI</i> <i>segundo</i> | | | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES: <i>Rx de tórax n.º alterado</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: | | | | | |
| Investadora Seguradora S/A. | | | | | |
| ASSINATURA | | | | | |

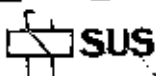
16 NOV 2018



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

| | | | |
|---|-------------|---|-----------|
| Nome: M ^{te} ISONEIDE DE FINTL - MA | | | Nº Reg. |
| Data da Cirurgia 16/05/18 | | Ent. NERACON | Leito 417 |
| Cirurgião DR. HILANO CÉSAR | | 1º Auxiliar | |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | Instrumentador M ^{te} JOSÉ SERRA | |
| Anestesista DRA. JUANNA | | Tipo Anestesia RÁPIDA SEDACÃO | |
| Diagnóstico Pré-Operatório | | | |
| Necrose infectada na perna E após trauma | | | |
| Tipo de Operação | | | |
| Necrosectomia (limpeza cirúrgica) | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório | | | |
| O mesmo | | | |
| Relatório Imediato do Patologista | | | |
| Exame Radiológico no Ato | | | |
| Acidente durante a Operação | | | |
| Material conferido | | | |
| DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO | | | |
| Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura | | | |
| Material Empregado - Aspecto - Visceras | | | |
| ① Antissepsia e assepsia de MIE. | | | |
| ② Aposição de campos. | | | |
| ③ Retirada de pontos da sutura anterior. | | | |
| ④ Necrosectomia de tecidos necrosados. | | | |
| Presença de laceração em cápsula articular em região lateral do joelho E. | | | |
| ⑤ Lavagem articular com SF0,9%. | | | |
| ⑥ Curativo com sulfadiazina de prata. | | | |
| 16 NOV 2018 | | | |



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

CIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

GOV. SA. MUNICIPAL DE CAUÇAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE CAUÇAIA
RUA DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO
19/09/66

8 - Nº DO PRONTUÁRIO
30621

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
33.03.10

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Gravidade da lesão de modo a determinar a A.I.H. requerida.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de hemorragia

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

Exame em fixação

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - DOCUMENTO (CONCEPÇÃO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

maria Isabela Pereira Lima

Receituário

A ATESADO A
ATESTO PARA DEVIDOS FINS
QUE A PACIENTE A CIMA
EM PÓS OPERATÓRIO DE
ENXERTO DE PELE EM PERNA
ESQUERDA APRESENTANDO SEQUELA
DE MOVIMENTAÇÃO E ARTICULAR
DEVIDO A PATOLOGIA
DE CARÁTER PROVISÓRIO
PORÉM POR TEMPO INDETER-
MINADO.

09/2/18

Dr. Antônio J. J. J.
Cirurgia Geral
CRM 15436

Investprev Seguradora S/A

14 DEZ 2018

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**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.

Número do Sinistro: 3180539738

Nome do(a) Examinado(a): MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOAQUIM GASPARD DE OLIVEIRA, 73 - CAUCAIA/CE

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: 95002645552, SSP CE

Data e local do acidente: 12/05/2018 - CAUCAIA/CE

Data e local do exame: 27/12/2018 - FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Lesão de partes moles extensa em terço proximal da perna esquerda com perda de substâncias.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso e cirúrgico de enxerto de pele para lesão de partes moles extensa em terço proximal da perna esquerda com perda de substâncias. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no membro inferior esquerdo.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame do membro inferior esquerdo: periciado apresenta cicatrizes cirúrgicas e de ferimentos com retração de mobilidade, perda de estruturas tendinosas e ligamentares no joelho após necrose infectada, marcha claudicante, bem como dificuldade em sustentação do tronco sobre o membro. Apresenta prejuízo na manobra de agachamento. Apresenta redução da amplitude de movimento do membro, com limitação aos movimentos de flexão aos 35° e extensão de 40° do joelho e de flexão plantar aos 20° e dorsiflexão aos 10° do tornozelo. Constatada hipotrofia muscular, com consequente redução de força em membro (Grau III). O conjunto das restrições acarreta prejuízo funcional ao membro inferior como um todo.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[X] Sim [] Não.

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda funcional incompleta da mobilidade e força do membro inferior esquerdo com prejuízo dos mecanismos patelofemoral e tibiotalar.

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”.
Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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

() “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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): Membro Inferior - Esquerdo - MÉDIO - 50%

% 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:

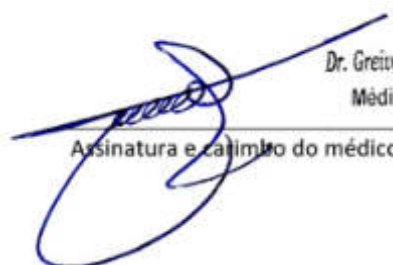
() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539738 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA **Data do acidente:** 12/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (NECROSECTOMIA - LIMPEZA CIRÚRGICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO A NÍVEL AMBULATORIAL E SUMÁRIO DE ALTA;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

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

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

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539738 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA **Data do acidente:** 12/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (NECROSECTOMIA - LIMPEZA CIRÚRGICA E ENXERTIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 membros inferiores | 70 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416211/18

Número do Sinistro: 3180539738

Vítima: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

CPF: 583.791.423-49

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018
Nome: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA
CPF: 583.791.423-49

MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA ISONEIDE PINTO LIMA**

Nº Sinistro: **3180539738**

Vítima: **MARIA ISONEIDE PINTO LIMA**

Data do Acidente: **12/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180539738**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13616905



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180539738

Vítima: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

Data do Acidente: 12/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13638375



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180539738

Vítima: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

Data do Acidente: 12/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13638375





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180539738 Vítima: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

Data do Acidente: 12/05/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

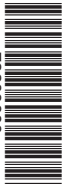
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **58379142949** Nome completo da vítima: **MARIA ISONEIDE PINTO LIMA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **MARIA ISONEIDE PINTO LIMA** CPF: **58379142949**
Profissão: **RECUSO** Endereço: **RUA JOAQUIM GASPARD DE OLIVEIRA** Número: **73** Complemento: _____
Bairro: **CAPUAN** Cidade: **CAUCAIA** Estado: **CE** CEP: **61615260**
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO - 237**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **0295** **0** CONTA: **0545850** **1**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente em trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (s) (s) (s)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **CAUCAIA, 08/11/2018**
Nome: _____
CPF: _____

Maria Isonide Pinto Lima
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá solicitar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do documento e a não alterar o preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **58379142949** Nome completo da vítima: **MARIA ISONEIDE PINTO LIMA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **MARIA ISONEIDE PINTO LIMA** CPF: **58379142949**
Profissão: **RECUSO** Endereço: **RUA JOAQUIM GASPARD DE OLIVEIRA** Número: **73** Complemento: _____
Bairro: **CAPUAN** Cidade: **CAUCAIA** Estado: **CE** CEP: **61615260**
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO - 237**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **0295** **0** CONTA: **0545850** **1**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente em trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (s) (s) (s)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **CAUCAIA, 08/11/2018**
Nome: _____
CPF: _____

Maria Isonide Pinto Lima
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do documento e a assinar, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00295-0

CONTA: 000000545850-1

Nr. Autenticação

BRADESCO0801201905000000000023700295000000545850472500 PAGO