



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
23/10/18	<p>PO alterado para Iauna M/15</p> <p>Estavel, com melhora da dor</p> <p>FE em melhora</p> <p>1a Aguarda avaliação vascular</p>	
22/10/18	<p>PO alterado para Iauna M/15</p> <p>Estavel, com melhora da dor</p> <p>FE em melhora</p>	<p>Dr. Anderson Cardoso</p> <p>Medico</p> <p>CRM 15224</p>
	<p>PO alterado para Iauna M/15</p> <p>Estavel, com melhora da dor</p> <p>FE em melhora</p> <p>1a Aguarda avaliação vascular</p> <p>FE em melhora</p> <p>1a Hospital</p>	<p>Dr. Anderson Cardoso</p> <p>Medico</p> <p>CRM 15224</p> <p>CRM 14715</p>
		<p>Investprev Seguradora S/A</p> <p>16 NOV 2018</p>



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: W. T. Souza de Britto

IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

DATA ADMISSÃO: _____ DATA ALTA: 29/5/18

DIAGNÓSTICO INICIAL: Trombose V. Cava

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CE(A) extenso com dor intensa + restudo
desprendimento pulmão (5/5), edema
paciente melhora dia a dia
10 dias

DIAGNÓSTICO FINAL: Lesão extensa V. Cava

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

- Uso de Estabilizante
- Ortese cinturão c/ apoio
- Toma de banhos

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE: Centro Vascular

DATA: _____

Dr. Adilson Portes da Rocha Filho
Cirurgião Geral

CRM-CE 1726

ASSINATURA E CRIMBO PROFISSIONAL

Investprev Seguradora S/A.

RUA NAPOLEÃO BONAPARTE VIANA, 36, PARQUE SOLEDADE - FONE: 3342.8113
E-MAIL: HOSPMCAUCAIA@G.COM.BR - CEP: 61.800-000 - CNPJ 07.618.168/0001-08 - CAUCAIA-CE

16 NOV 2018



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

Atesto para desidratação
que Maria Moreide Tinto
Silva foi submetida a
experiência de limpeza de fe-
rieda na Avenida Engenheiro
em 16/05/18. Encantada em
acompanhamento ambulatório
para tratamento clínico
(engertia). Deverá - revisitar
esforços físicos extremos ate
finalizações de tratamento.

16 NOV 2018

Investprev Seguradora

Atesto para desidratação
que Maria Moreide Tinto
Silva foi submetida a
experiência de limpeza de fe-
rieda na Avenida Engenheiro
em 16/05/18. Encantada em
acompanhamento ambulatório
para tratamento clínico
(engertia). Deverá - revisitar
esforços físicos extremos ate
finalizações de tratamento.

16 NOV 2018

Assinatura: César Magno Cesar

Coma mais frutas, legumes e verduras

Alimente sua saúde CRM 6634 - RQE 6692



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

Alencar, Mário

Atencio para suas causas que a paciente ~~Alencar, Mário~~ ^{Seguradora S/A.} 16 NOV 2018
foi atendida unilateralmente na ora de noite. No entanto, não

não se encontra em condições de receber ~~atendimentos~~

apenas ~~atendimentos~~ em suas condições de ~~atendimentos~~ comum

e ~~atendimentos~~ em suas condições de ~~atendimentos~~ comum

das a correr dema ora.

Curva, 19 de junho de 2018.



Dr. Wellington de Alencar Lima
M.D.
CRM/CE: 18940



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCALÁ

Secretaria de Saúde

Receituário

Autonito a entenda de

meu paciente novo para a
meu paciente: Major Inovende de

paciente: Major Inovende de
Pinto Lins, Clinica Cintia
data 4/11.

Inverprev Seguradora /A.

16 NOV 2018

Autonito
Enfermeiro
CIRURGICO 257 26

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCALÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE SAÚDE MUNICIPAL
MUNICÍPIO DE CAUCALÁ



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCALA

Secretaria de Saúde

Receituário

Antônio Viana Moreira de Souza (Antônio Viana Moreira de Souza)

Investprev Seguradora S/A.

NOV 2018

Antônio Viana Moreira de Souza
colábio
Investprev S/A

2018-01-01

Investprev
Centro 125

Antônio Viana Moreira de Souza
Investprev Seguradora S/A
Secretaria de Saúde
Caucala da Rocha

L417 - Maria Jorreida L. Pinho.
Anne.

Autoring Entrada
do
cadelma
do
bar no



22105118

Josévaldo Xavier
COPEN 2012



Prefeitura de
CAUCAIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Receituário

Varrição Sí-

6 NOV 2018

Investprev Seguradora S/A

(X) —

Dr. Addison Pinheiro da Costa Filho
Cirurgião Geral
CREM/CE 4716

7a \ 5\ 10

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: Paulo Bical
CRM/SE/14 Foras 3342.8113
Endereço Completo: R. Nossa Senhora da Conceição, 36, Centro, Caucaia, CE
Cidade: Caucaia UF: CE

1º VIA - FARMÁCIA
2º VIA - PACIENTE

Dr. Paula Sergio M. Soete
Ortopedia e Traumatologia
CRMCE: 5674 - TEUR: 7.207
Carteira de Médico

Seguradora S/A.

NOV 2010

Paciente: Paulo Bical - 15
Endereço: Bonfim, 110, Centro, Caucaia
Prescrição: Caixa de 100 comprimidos
20 mg
10 dias

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident: _____ Órg. Emissor: _____
End: _____ UF: _____
Idade: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: 24/10/17



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: 3342.8113

CRM RedeMapuléão Bonaparte
Endereço: Av. das Américas, 1000, Centro N.º 36

Cidade: Caucaia U.F. CE

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Dr. Francisco Viana
CRM: N.º 3342.8113
CREMERC: 18.931
Assinatura do Médico
Investprev Seguradora
16 NOV 2018

Assinatura do Médico

Paciente: _____
Endereço: _____
Prescrição: _____
Data: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Francisco Viana

Identidade: RG: 123456789

End.: Av. das Américas, 1000, Centro
Cidade: Caucaia U.F. CE

Telefone: 1234567890 Data: 16/11/2018

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Francisco Viana

Identidade: RG: 123456789

End.: Av. das Américas, 1000, Centro
Cidade: Caucaia U.F. CE

Assinatura do Farmacêutico



卷之三

Überprüfung der Schaltungen

二二四

Maria Gronide de Pinto Lima
adora

The terrace

① Paracima 10% gel — 1 tubo

Investprev Seguradora S/A

16 NOV 2018

Comidas frescas, legumes e verduras



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: _____

CRM: _____ Fones: _____ 3342-8113

Endereço Completo: R. Napoleão Bonaparte

Maria - Pq. São José N° 36

Cidade: Fortaleza UF: CE

1^ª VIA FARMÁCIA

2^ª VIA PACIENTE

Dr. Adilson Ribeiro da Rocha Filho

Cro. Ceará

CREMEC 4415

Caminho do Médico

Investprev Seguros S/A.

2018

16 NOV

Assinatura do Farmacêutico

Paciente: J. L. Souza de Souza
Endereço: _____
Prescrição: 1000 mg dia
2x dia
30 dias

Dr. Adilson Ribeiro da Rocha Filho
Cro. Ceará
CRM-CE 4415
Caminho do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: 15/11/18



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo:

CRM _____ 3342-8113 _____

CRM _____ Fone: _____ 85.3202-8113 _____

Endereço Completo:

Dr. Adilson Pótes da Rosa Filho

Viana - Faz. Sociedade nº 30

Cidade: _____ Caucaia _____

UF: _____ CE _____

Assinatura do Médico

Investplus Secretaria S/A.

Carimbo do Médico

16 NOV

2010

1º VIA FARMÁCIA
2º VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Dr. Adilson Pótes da Rosa Filho
Carimbo Geral
CREMASC 14715

Data:

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

End.:

Cidade: _____ UF: _____ Data: _____

Telefone:



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1º VIA - FARMÁCIA
2º VIA - PACIENTE

Nome Completo: Dr. Sérgio de Abreu Lima

Br. Seguradora S/A (SAC)

CRM: 10000

Fones: (85) 3222-1820

Endereço: Completo

Br. Sérgio de Abreu Lima
Nº 10000
CEP 64040-180
Investigações Seguradora S/A.
16 NOV 2018

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Carimbo do Médico

Paciente: Dr. Sérgio de Abreu Lima

Endereço: Br. Sérgio de Abreu Lima

Prescrição: Br. Sérgio de Abreu Lima

Data: 16/11/18

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Dr. Sérgio de Abreu Lima

Ident: 00000000000000000000000000000000

End: Br. Sérgio de Abreu Lima

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3222-1820

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: 16/11/18



GOVERNO MUNICIPAL DE
CAUCAIA

SECRETARIA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Investplan Seguradora S/A.
Estimado Médico
Médico
16 NOV 2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

Manoel Benedito Pinho Lima

Investprev Seguradora S/A

16 NOV 2018

- Desenvolvimento Social
- Planejamento

2018
Sexta-Feira
16 de Novembro

SECRETARIA DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE CAUCAIA
CE
62500-000
CE
www.caucaia.ce.gov.br

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

Cr. Mariana
Márcio Wellar

Investprev Seguradora S/A

16 NOV 2018

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Instituto Médico Caucaia

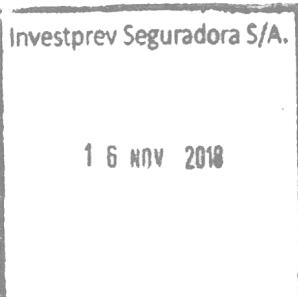
P/ Mário Góes Pinto Lima

USO PROIBIDO

Part (c) Aloxidil

④ Minoxidil 5% Solução Capital 450g 100mL

Aplicar no couro cabelludo (1mL = 20 gotas) 1x
à noite por 3 a 6 meses.



⑥ Topônimo clínico

pteridina aditiva à tinta 2x de 100g 7 dias

CARLOS HENRIQUE ARAÚJO
Dermatologista
CREMEC 11375-0007212
29/09/08

Rua: José Matias de Brito, 800 - Centro - Caucaia
Tel.: (85) 3011.0477 / 3011.0577 / 98409.0614



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

Receituário

FÁCIA DE BCAIA
+
LAMINAS

- Gaze Adesiva 10m
- Nilon 4-0

Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2018

Dr. Fernando Júnior
Gurgel Geral
Graeffs

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RESPOSTA: 00000000000000000000000000000000

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Segurado(a) W. T. S. D. S. L. M.

portador(a) da Carteira Profissional Nº _____

necessita de 15 (quinze) dias de afastamento
POR EXTERNO

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

-PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABEL LARGO
GADELHA DA ROCHA

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Dr. Adilson Ferreira da Nóbrega Filho
Cirurgião Geral
CRM-CE 44715

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM Nº

Investorev Seguradora S/A.
16 NOV

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 de RGPS.
Aprovado pelo Decreto N° 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa
de 1 a 15 dias de estatamento do trabalho.

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



ATESTADO MÉDICO

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM N°

Dr. Adilson Ribeiro de Oliveira
CRM-CE 44715

Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2010

Atesto que o(a) Segurado(a) Adilson Ribeiro de Oliveira
portador(a) da Carteira Profissional N° 15012009
necessita de 15 (quinze) dias de estatamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Localidade e Data: 20/10/10
Hospital ou Ambulatório: GADELHA DA ROCHA
Cidade: CAUCAIA - Ceará
UF: CE - Ceará
CNPJ: 23.110.100/0001-00
RG: 000000000000000000
CPF: 000.000.000-00
Nome completo: Adilson Ribeiro de Oliveira
Sexo: M (Masculino)

Localidade e Data: 20/10/10
Hospital ou Ambulatório: HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABRAÃO GADELHA DA ROCHA
Cidade: CAUCAIA - Ceará
UF: CE - Ceará
CNPJ: 23.110.100/0001-00
RG: 000000000000000000
CPF: 000.000.000-00
Nome completo: Adilson Ribeiro de Oliveira
Sexo: M (Masculino)

ATESTADO MÉDICO

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM N°

Dr. Adilson Ribeiro de Oliveira
CRM-CE 44715



Secretaria de Saúde
CAUCAIA

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



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

Nº 30624

NOME: <i>Maria Inês de Souza Pinto</i>					
DATA DE NASCIMENTO: 19.09.1966	IDADE: 51 a	COR:	SEXO: F	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: Solteira Caucaia - CE
Nº IDENTIDADE: 05962045552		Nº CPF		CERT. NASCIMENTO N°	
PAIS: Jorge Ferreira Lima e Cinézia Pinto					
ENDEREÇO DO PACIENTE: Rua Joaquim Carvalho de Oliveira N° 39					
BAIRRO: Capivari	MUNICÍPIO: Caucaia		FONE: 88965-9669		
NOME DO RESPONSÁVEL: Mayara Lima Gomes N° 98619-8664					
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: O mesmo					
DATA DE ADMISSÃO: 11/05/18		HORA DE EMISSÃO: 16:45		FUNCIONÁRIO: Helene	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: PCT Vagina de cílio de masto cl. leucocit extesa e muita espuma					
EXAME FÍSICO:					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Lecâncro intenso de PCT espuma					
EXAMES COMPLEMENTARES: Rx de tórax e/ou alter					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
				 Investigações Seguradora S/A.	
ASSINATURA					



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

			Nº Reg.
Nome: M.º ISONIDE DE FINI			30.621
Data da Cirurgia 16/10/18		Enf. Nicanor	Leito 417
Cirurgião DR. LIAENO CESAR		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador M.º JOSÉ SANTOS	
Anestesista DRA JUNIARA		Tipo Anestesia 2 ALVIT SEDAC 2	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Necrose infectada na perna E após traum			
Tipo de Operação			
Necrosectomia (limpeza cirúrgica)			
Diagnóstico Pós-Operatório			
e mesmo			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente durante a Operação			
Material conferido.			
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de Acesso - Táctico e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura			
Material Empregado - Aspecto - Visceras			
<p>1 Antissepsia e assepsia de MIE.</p> <p>2 Aposição de campo.</p> <p>3 Retirada de pontos da sutura anterior.</p> <p>4 Necrosectomia de tecidos necrosados. Presença de leseração em copula articula em região latigela do joelho E.</p> <p>5 Fixação articular com SFQ 9%.</p> <p>6 Curativo com sulfadiazina de prata.</p>			
		16 NOV 2018	

SUS

Sistema Único
Ministério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.

C.R.

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

MUNICIPAL DE CAUCAIA
MUNICIPAL DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

MUNICIPAL DE ABELÂNIA
MUNICIPAL DA ROCHA

4 - CNES

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco da Paixão

6 - N° DO PRONTUÁRIO
30621

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/09/66

9 - SEXO

Mas.

Fem.

A

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - FONE DE CONTATO
8861-7764

12 - ENDERECO (RUA, N. BARRA)

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE BARRA

13.03.40

000000000000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Gripe febre alta cefaleia de modo
intensivo e constipação.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Respiração aguda

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

Bronquite agudo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CÓD. 10 PRINCIPAL

22 - CÓD. 10 SECUNDÁRIO

23 - CÓD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - SÍNTESE DA INVESTIGAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARMED/CR/REGISTRO DO CONSELHO

33 - CNPJ DA SEGURO-DIA

34 - N° DO BILHETE

35 - SÉRIE

36 - CNPJ DA SEGURO-DIA

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBO

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - EMPREGADO

42 - EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURO

47 - NÃO SEGURO

48 - NÃO SEGURO

49 - NÃO SEGURO

50 - NÃO SEGURO

51 - NÃO SEGURO

52 - NÃO SEGURO

53 - NÃO SEGURO

54 - NÃO SEGURO

55 - NÃO SEGURO

56 - NÃO SEGURO

57 - NÃO SEGURO

58 - NÃO SEGURO

59 - NÃO SEGURO

60 - NÃO SEGURO

61 - NÃO SEGURO

62 - NÃO SEGURO

63 - NÃO SEGURO

64 - NÃO SEGURO

65 - NÃO SEGURO

66 - NÃO SEGURO

67 - NÃO SEGURO

68 - NÃO SEGURO

69 - NÃO SEGURO

70 - NÃO SEGURO

71 - NÃO SEGURO

72 - NÃO SEGURO

73 - NÃO SEGURO

74 - NÃO SEGURO

75 - NÃO SEGURO

76 - NÃO SEGURO

77 - NÃO SEGURO

78 - NÃO SEGURO

79 - NÃO SEGURO

80 - NÃO SEGURO

81 - NÃO SEGURO

82 - NÃO SEGURO

83 - NÃO SEGURO

84 - NÃO SEGURO

85 - NÃO SEGURO

86 - NÃO SEGURO

87 - NÃO SEGURO

88 - NÃO SEGURO

89 - NÃO SEGURO

90 - NÃO SEGURO

91 - NÃO SEGURO

92 - NÃO SEGURO

93 - NÃO SEGURO

94 - NÃO SEGURO

95 - NÃO SEGURO

96 - NÃO SEGURO

97 - NÃO SEGURO

98 - NÃO SEGURO

99 - NÃO SEGURO

100 - NÃO SEGURO

101 - NÃO SEGURO

102 - NÃO SEGURO

103 - NÃO SEGURO

104 - NÃO SEGURO

105 - NÃO SEGURO

106 - NÃO SEGURO

107 - NÃO SEGURO

108 - NÃO SEGURO

109 - NÃO SEGURO

110 - NÃO SEGURO

111 - NÃO SEGURO

112 - NÃO SEGURO

113 - NÃO SEGURO

114 - NÃO SEGURO

115 - NÃO SEGURO

116 - NÃO SEGURO

117 - NÃO SEGURO

118 - NÃO SEGURO

119 - NÃO SEGURO

120 - NÃO SEGURO

121 - NÃO SEGURO

122 - NÃO SEGURO

123 - NÃO SEGURO

124 - NÃO SEGURO

125 - NÃO SEGURO

126 - NÃO SEGURO

127 - NÃO SEGURO

128 - NÃO SEGURO

129 - NÃO SEGURO

130 - NÃO SEGURO

131 - NÃO SEGURO

132 - NÃO SEGURO

133 - NÃO SEGURO

134 - NÃO SEGURO

135 - NÃO SEGURO

136 - NÃO SEGURO

137 - NÃO SEGURO

138 - NÃO SEGURO

139 - NÃO SEGURO

140 - NÃO SEGURO

141 - NÃO SEGURO

142 - NÃO SEGURO

143 - NÃO SEGURO

144 - NÃO SEGURO

145 - NÃO SEGURO

146 - NÃO SEGURO

147 - NÃO SEGURO

148 - NÃO SEGURO

149 - NÃO SEGURO

150 - NÃO SEGURO

151 - NÃO SEGURO

152 - NÃO SEGURO

153 - NÃO SEGURO

154 - NÃO SEGURO

155 - NÃO SEGURO

156 - NÃO SEGURO

157 - NÃO SEGURO

158 - NÃO SEGURO

159 - NÃO SEGURO

160 - NÃO SEGURO

161 - NÃO SEGURO

162 - NÃO SEGURO

163 - NÃO SEGURO

164 - NÃO SEGURO

165 - NÃO SEGURO

166 - NÃO SEGURO

167 - NÃO SEGURO

168 - NÃO SEGURO

169 - NÃO SEGURO

170 - NÃO SEGURO

171 - NÃO SEGURO

172 - NÃO SEGURO

173 - NÃO SEGURO

174 - NÃO SEGURO

175 - NÃO SEGURO

176 - NÃO SEGURO

177 - NÃO SEGURO

178 - NÃO SEGURO

179 - NÃO SEGURO

180 - NÃO SEGURO

181 - NÃO SEGURO

182 - NÃO SEGURO

183 - NÃO SEGURO

184 - NÃO SEGURO

185 - NÃO SEGURO

186 - NÃO SEGURO

187 - NÃO SEGURO

188 - NÃO SEGURO

189 - NÃO SEGURO

190 - NÃO SEGURO

191 - NÃO SEGURO

192 - NÃO SEGURO

193 - NÃO SEGURO

194 - NÃO SEGURO

195 - NÃO SEGURO

196 - NÃO SEGURO

197 - NÃO SEGURO

198 - NÃO SEGURO

199 - NÃO SEGURO

200 - NÃO SEGURO

201 - NÃO SEGURO

202 - NÃO SEGURO

203 - NÃO SEGURO

204 - NÃO SEGURO

205 - NÃO SEGURO

206 - NÃO SEGURO

207 - NÃO SEGURO

208 - NÃO SEGURO

209 - NÃO SEGURO

210 - NÃO SEGURO

211 - NÃO SEGURO

212 - NÃO SEGURO

213 - NÃO SEGURO

214 - NÃO SEGURO

215 - NÃO SEGURO

216 - NÃO SEGURO

217 - NÃO SEGURO

218 - NÃO SEGURO

219 - NÃO SEGURO

220 - NÃO SEGURO

221 - NÃO SEGURO

222 - NÃO SEGURO

223 - NÃO SEGURO

224 - NÃO SEGURO

225 - NÃO SEGURO

226 - NÃO SEGURO

227 - NÃO SEGURO

228 - NÃO SEGURO

229 - NÃO SEGURO

230 - NÃO SEGURO

231 - NÃO SEGURO

232 - NÃO SEGURO

233 - NÃO SEGURO

234 - NÃO SEGURO

235 - NÃO SEGURO

236 - NÃO SEGURO

237 - NÃO SEGURO

238 - NÃO SEGURO

239 - NÃO SEGURO

240 - NÃO SEGURO

241 - NÃO SEGURO

242 - NÃO SEGURO

243 - NÃO SEGURO

244 - NÃO SEGURO

245 - NÃO SEGURO

246 - NÃO SEGURO

247 - NÃO SEGURO

248 - NÃO SEGURO

249 - NÃO SEGURO

250 - NÃO SEGURO

251 - NÃO SEGURO

252 - NÃO SEGURO

253 - NÃO SEGURO

254 - NÃO SEGURO

255 - NÃO SEGURO

256 - NÃO SEGURO

257 - NÃO SEGURO

258 - NÃO SEGURO

259 - NÃO SEGURO

260 - NÃO SEGURO



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA

Secretaria de Saúde

~~Maria Izanete Pinto Lira~~

Receituário

ATESTADO
ATESTADO PARA DEVIDOS FINS
QUE O PACIENTE A CIMA
EM PÉ; OPERADOR: DE
ENFILHO DE PELÉ EM PERNAS
ESQUERDA PRESENTANDO SQUELLOS
DE MOVIMENTOS SÓ E ARTICULAR
DEVIDO A PATOLOGIA
DE CANTER PROVISÓRIA
PODEM POR TEMPO INDEFINIDO.

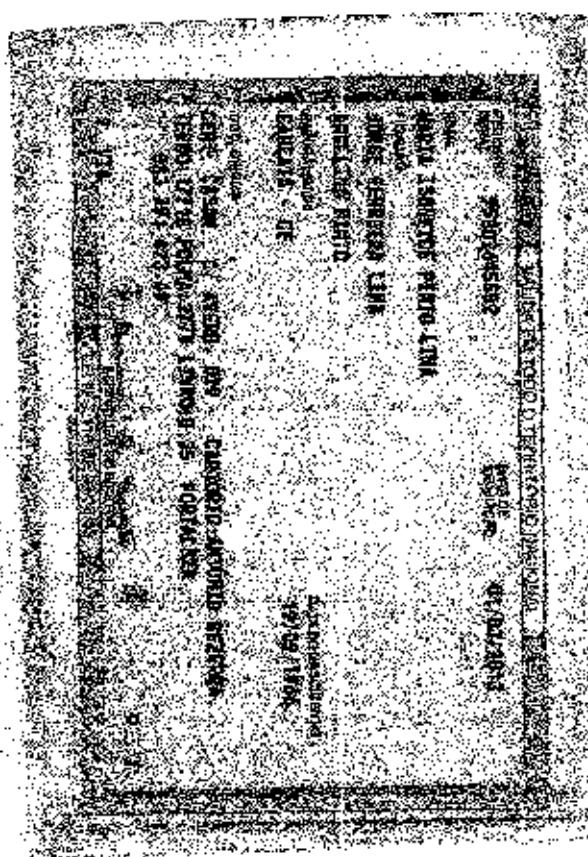
09/12/18



Investprev Seguradora S/A

14 DEZ 2018

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A.

16 NOV 2018

**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 GASPAR 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 35º e extensão de 40º do joelho e de flexão plantar aos 20º e dorsiflexão aos 10º 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

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

[] 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 ás regiões corporais acometidas.

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

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

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

Aassinatura 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

Valorização 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 INVABILIZOU ESTABELECER 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: RAIO 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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2018

Titular do CPF: MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA ISONEIDE PINTO LIMA

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



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 médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato 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

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 médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato 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

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

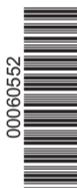
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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: DAMS (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 GASPAR DE OLIVEIRA

Número:

73

Bairro:

CAPUAN

Cidade:

CAUCAIA

Estado:

CE

CEP:

61615260

E-mail:

Tel. [DDD]:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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 OPCÃO DE CONTA

CONTA POUPLANÇA (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: 0295

CONTA: 0545850

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0

CONTA: 0545850

1

(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-o e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atende à região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende à 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 prorrogamento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes documentadas no laudo do IML, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou, também, acabei de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (varíase): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

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 omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de devolver 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 Isoneide Pinto Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

!º A vítima/beneficiário deverá informar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casadas, comprometendo-se a dar-lhe cópia do laudo de conclusão, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TPS.001 V001/2018

16 NOV 2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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 GASPAR DE OLIVEIRA

Número:

73

Bairro:

CAPUAN

Cidade:

CAUCAIA

Estado:

CE

CEP:

61615260

E-mail:

Tel. [DDD]:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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 OPCÃO DE CONTA

CONTA POUPLANÇA (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: 0295

CONTA: 0545850

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0

CONTA: 0545850

1

(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/aviso de óbito do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo-o e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atende à região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes documentadas no laudo do IML, conforme Lei 6.134/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (varíase): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

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 omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de devolver 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 Isoneide Pinto Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

!º A vítima/beneficiário deverá informar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casadas, comprometendo-se a dar-lhe cópia do laudo de óbito, 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

BRADESCO08012019050000000002370029500000545850472500 PAGO