

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190682110**

**Vítima: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190682110**

**Vítima: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:  
**746 437 973 04 FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

**FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

6 - CPF:

**746 437 973 04**

7 - Profissão:

**AUTONÔMA**

8 - Endereço:

**RUA DOMINGOS SÁVIO**

9 - Número:

**1304**

10 - Complemento:

11 - Bairro:

**TIMBAUBA**

12 - Cidade:

**JUAZEIRO DO NORTE**

13 - Estado:

**CEARÁ**

14 - CEP:

**63028-390**

15 - E-mail:

**luizcaquinha@gmail.com**

16 - Tel.(DDD):

**881988570463**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0032**

CONTA: **303 288 0**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

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

## 22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim  
 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascido)?

Sim  
 Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim  
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim  
 Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso divida, 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.

34

INSCRIÇÃO  
Data de nasc.  
CPF/CNPJ  
Insc. Estadual  
Insc. Federal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

**JUAZEIRO DO NORTE - CE, 14/11/2019**

**Francisca Luciana Brito da Silva**

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**74643797304** **FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA** 6 - CPF: **74643797304**  
7 - Profissão: **AUTONÔMA** 8 - Endereço: **RUA DOMINGOS SÁVIO** 9 - Número: **1304** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **TIMBAUBA** 12 - Cidade: **JUAZEIRO DO NORTE** 13 - Estado: **CEARÁ** 14 - CEP: **63028-390**  
15 - E-mail: **luizcaquinha@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(88) 988570463**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1,000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Adicione uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0032** CONTA: **303 288 0**  
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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, reconfirmando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai-nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso divida, 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.

34

INSCRIÇÃO  
Data de nasc.  
CPF/CNPJ  
Inscritos na  
Semanal de  
Informações

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

**Juaçá - CE, 14/11/2019**  
**Francisca Luciana Brito da Silva**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**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: 3190682110  
Nome do(a) Examinado(a): Francisca Luciana Brito da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R Domingos Savio, 1304  
Timbauba Juazeiro do Norte CE CEP: 63020-560  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2006029160790  
Data local do acidente: [ 26/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 09/01/2020 ] Juazeiro do Norte [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TRAUMA CRANIO[SUBGALEAL]**

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

**Tratamento: TRAUMA CRANIO, TRATADO CONSERVADOR COM POSTERIOR ACOMPANHAMENTO MÉDICO**  
**Complicações: NÃO HOUVE**

**Data da Alta: 26/10/2019**

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

**HOJE SEM ANORMALIDADE AO EXAME, REFERE CEFALÉIA**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

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

*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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

"Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

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

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**Com T.C. normal**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Jorge Coelho*  
Dr. Jorge Coelho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3331



# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Impresso nº 2019821980

FLS

RUBRICA  
DELEGACIA POLICIAL

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 13489 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **13/11/2019 09:20:14**

Data / Hora da Ocorrência: **26/09/2019 12:00:00**

Endereço da Ocorrência: **R DA CONCEIÇÃO, CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência: **CRUZ C/ RUA SÃO PAULO**

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

Nascimento: **16/02/1977** CPF: **746.437.973-04**

RG: **2006029160790** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA LUCIA BRITO DA SILVA**

**JOSE FERREIRA DA SILVA**

Endereço: **RUA DOMINGOS SAVIO, 1304**

Bairro: **TIMBAUBAS**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 8801-5541**

### Noticiante(s)

Nome: **SAUL BRITO DE ASSIS MACHADO**

Nascimento: **18/04/1997** CPF: **026.271.723-95**

RG: **2005029013536** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

**FRANCISCO GOMES MACHADO**

Endereço: **RUA DOMINGOS SÁVIO, 1304**

Bairro: **TIMBAUBAS**

CEP:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9699-4555**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMD6185** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD0800FR044377** Renavam: **1055453064** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESD** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **SAUL BRITO DE ASSIS MACHADO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

### Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crimes capitulados nos artigos 339 e 340 do CPB, relata o noticiante que possui CNH ( n.º 06556669930, DETRAN/CE) e que na data, hora e local informados, conduzia sua genitora, ora vítima, trafegando pela Rua da Conceição, quando no cruzamento com a Rua São Paulo, a condutora de outra moto avançou o sinal vermelho e veio a colidir com o veículo ocupado por vítima e noticiante, tendo a primeira sofrido lesões em razão do sinistro; Aduz que foi socorrida pelo SAMU para o Hospital Regional do Cariri, onde permaneceu internada e foi submetida a exames; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT,



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 13489 / 2019

não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB). QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do declarante; ANEXA: FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC, CNH, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, RG, CPF, CERTIDÃO DO SAMU E CRLV. E nada mais disse/////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO FINEZIO FERREIRA DE AZEVEDO SEGUNDO - MAT.: 300126-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Bruno Bruto de Araujo Machado

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

Francisco Iuciana Bruto  
da Silva



# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Impresso nº 2019821980

FLS

RUBRICA  
DELEGACIA POLICIAL

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 13489 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **13/11/2019 09:20:14**

Data / Hora da Ocorrência: **26/09/2019 12:00:00**

Endereço da Ocorrência: **R DA CONCEIÇÃO, CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência: **CRUZ C/ RUA SÃO PAULO**

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

Nascimento: **16/02/1977** CPF: **746.437.973-04**

RG: **2006029160790** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA LUCIA BRITO DA SILVA**

**JOSE FERREIRA DA SILVA**

Endereço: **RUA DOMINGOS SAVIO, 1304**

Bairro: **TIMBAUBAS**

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 8801-5541**

### Noticiante(s)

Nome: **SAUL BRITO DE ASSIS MACHADO**

Nascimento: **18/04/1997** CPF: **026.271.723-95**

RG: **2005029013536** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

**FRANCISCO GOMES MACHADO**

Endereço: **RUA DOMINGOS SÁVIO, 1304**

Bairro: **TIMBAUBAS**

CEP:

Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9699-4555**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMD6185** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD0800FR044377** Renavam: **1055453064** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESD** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **SAUL BRITO DE ASSIS MACHADO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

### Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crimes capitulados nos artigos 339 e 340 do CPB, relata o noticiante que possui CNH ( n.º 06556669930, DETRAN/CE) e que na data, hora e local informados, conduzia sua genitora, ora vítima, trafegando pela Rua da Conceição, quando no cruzamento com a Rua São Paulo, a condutora de outra moto avançou o sinal vermelho e veio a colidir com o veículo ocupado por vítima e noticiante, tendo a primeira sofrido lesões em razão do sinistro; Aduz que foi socorrida pelo SAMU para o Hospital Regional do Cariri, onde permaneceu internada e foi submetida a exames; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT,



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 13489 / 2019

não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB). QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do declarante; ANEXA: FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC, CNH, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, RG, CPF, CERTIDÃO DO SAMU E CRLV. E nada mais disse/////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO FINEZIO FERREIRA DE AZEVEDO SEGUNDO - MAT.: 300126-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Bruno Bruto de Araujo Machado

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

Francisco Iuciana Bruto  
da Silva

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**746 437 973 04 FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA** 6 - CPF: **746 437 973 04**  
 7 - Profissão: **AUTONÔMA** 8 - Endereço: **RUA DOMINGOS SÁVIO** 9 - Número: **1304** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **TIMBAUBA** 12 - Cidade: **JUAZEIRO DO NORTE** 13 - Estado: **CEARÁ** 14 - CEP: **63028-390**  
 15 - E-mail: **luizcaquinha@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(88) 98857-0463**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1,000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Adicione uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0032** CONTA: **303 288 0**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (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, reconfirmando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso divida, 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.

34

INSCRIÇÃO  
Data de nasc.  
CPF  
Insc. Estadual  
Insc. Municípal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

**Juaçá - CE, 14/11/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**746 437 973 04** **FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA** 6 - CPF: **746 437 973 04**  
7 - Profissão: **AUTONÔMA** 8 - Endereço: **RUA DOMINGOS SÁVIO** 9 - Número: **1304** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **TIMBAUBA** 12 - Cidade: **JUAZEIRO DO NORTE** 13 - Estado: **CEARÁ** 14 - CEP: **63028-390**  
15 - E-mail: **luizcaquinha@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(88) 98857-0463**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1,000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Adicione uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0032**

CONTA: **303 288 0**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

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

## 22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai-nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso divida, 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.

34

INSCRIÇÃO  
Data de nasc.  
CPF/CNPJ  
Inscritos na  
Semanal de  
Informações

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

**Juaçá - CE, 14/11/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

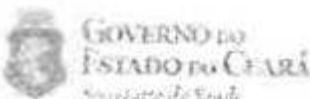
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





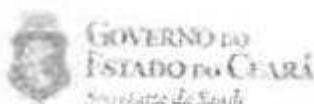
## CERTIDÃO NARRATIVA

**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 realizou atendimento pré-hospitalar a Sra. FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA, portadora do RG n.º 2006029160790, SSPDS-CE, inscrita no CPF n.º 746.437.973-04, dia 26/09/2019, às 12h26, no Município de Juazeiro do Norte-CE, na Rua da Conceição, Bairro Centro, vítima de acidente de trânsito com motocicleta, sendo removida para o HRC – Hospital Regional do Cariri. E para constar eu, Eliete Gomes Pereira Loioia, Assessora Técnica. lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 08 de outubro de 2019.

Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

Eusébio Rulay  
Assessoria Executiva  
Juazeiro do Norte



## 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 realizou atendimento pré-hospitalar a Sra. FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA, portadora do RG n.º 2006029160790, SSPDS-CE, inscrita no CPF n.º 746.437.973-04, dia 26/09/2019, às 12h26, no Município de Juazeiro do Norte-CE, na Rua da Conceição, Bairro Centro, vítima de acidente de trânsito com motocicleta, sendo removida para o HRC – Hospital Regional do Cariri. E para constar eu, Eliete Gomes Pereira Loioia, Assessora Técnica. lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 08 de outubro de 2019.

Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

Eusébio Rulay  
Assessoria Executiva  
Juazeiro do Norte





## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Admissão: 26/09/2019 13:12

Pront: 33040 | Data Nasc.: 16/02/1977 Idade: 42 ano(s) 7 mes(es) e 10 dia(s) Tel.: 88 3572-1352

Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 2006029160799

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP: 60000-000

Bairro: TIMABAUBAS

Endereço: RUA DOMINGOS SAVIO 1260

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador: MARIA DO SOCORRO NANI SOARES

Horário: 26/09/2019 13:17

Fixa: paciente trazida pelo samu vítima de acidente de trânsito, não lembra da ocorrência no momento, apresenta escoriações em abdome, mamil e mamas, quebrando-se de cefaleia e dor

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO

Sato02:	Glasgow 15	Temp.:	Glicemia	Régua:	Pulso/FC:	PA:	FR:
---------	------------	--------	----------	--------	-----------	-----	-----

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico:	FELIPE GUSTAVO CORDEIRO FEITOZA	CRM: 6	Nº: 503360	Horário: 26/09/2019 13:27
---------	---------------------------------	--------	------------	---------------------------

Acidente: Sim Agressão: Não Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstica: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidades:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE MOTO APRESENTANDO QUEIMADURAS POR ABRASAO EM JOELHOS, ABDOMEN INFERIOR E MSD TRAZIDA PELO SAMU SEM IMOBILIZACAO ADEQUADA  
 PRESENTE TAMBEM HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL LADO DIREITO  
 CONSCIENTE E ORIENTADA ABDOMEN E TORAX SEM ALTERACOES, NEGA CERVICALGIA  
 REFERE VASO DIA



### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
X JOELHO D AP/P (0204060125)	26/09/2019 13:35	Sim	Pendente
X JOELHO E AP/P (0204060125)	26/09/2019 13:35	Sim	Pendente
X TORAX AP LORDOTICA (0204030129)	26/09/2019 13:35	Sim	Pendente



Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Admissão: 26/09/2019 13:12

Pront.: 33040 Data Nasc.: 16/02/1977 Idade: 42 ano(s) 7 mes(es) e 10 dia(s) Tel.: 88 3572-1352

Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 20060291600790 Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 60000-000 Bairro: TIMABAUBAS

Endereço: RUA DOMINGOS SAVIO 1260

### PRESCRIÇÃO

Médico: FELIPE GUSTAVO CORDEIRO FEITOZA

CRM 8841

26/09/19 13:30

Prescrição	Horário:
CUIDADO COM A PELE   OBSERVAÇÃO 12 HORAS	
CURATIVO   SULFADIAZINA DE PRATA SOBRE QUEIMADURAS	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE DOR	16
OMEPRAZOL 40MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 10 ML DILUENTE PRÓPRIO / INTRAVENOSA / 24/24 H	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H	15
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	15
Nº TOTAL DE FASES: 3  </BR> SOLUÇÃO DE RINGER COM LACTATO - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML  </BR> FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN  </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	F1 F2 P2
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

PACIENTE: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA - PRONTUÁRIO: 31040 - PNF/PADE: 16/02/1977 (42 anos)  
 MÃE: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA - CLÍNICA/ENFERMEIRO OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, 09 - EXAME:  
 TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)  
 PROFISSIONAL: MARCELO FELIX DE FREITAS - JUSTIFICATIVA: TCI - DATA REALIZAÇÃO: 26/09/2019 22:28 - DATA LAUDO: 27/09/2019 00:40  
 HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

### INDICAÇÃO:

TCE

### ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região parietal direita.
- Calcificação nodular patológica encefálica em região parietal direita, medindo 3,6 mm, sem evidências de edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Seios paranasais bem aerados, com transparência preservada.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Não há evidências de fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
2. Edema subgaleal parietal direito.

1.

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE  
 Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais

## FICHA DE ATENDIMENTO

04

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Admissão: 01/10/2019 10:11

Pront.: 33040 Data Nasc.: 16/02/1977 Idade: 42 ano(s) 7 mes(es) e 13 dia(s) Tel.: 88 3572-1352

Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 2006029160790

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP: 60000-000 Bairro: TIMABAUBAS

Endereço: RUA DOMÍNGOS SAVIO 1260

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: MARIA DE FATIMA SANTOS SILVA

Horário: 01/10/2019 16:26

Queixa: PACIENTE RELATA ACIDENTE DE TRANSITO EM 29/09/2019, FOI ATENDIDA NESTE SERVIÇO, RETORNA HOJE COM QUEIXA DE CEFALÉIA, TONTURA E HIPERTERMIA.

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02: Glasgow 15 Temp.: Glicemias Régua: 5 Pulso/FC: PA: FR:

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO

CRM: 6

Nº: 604060

Horário: 01/10/2019 16:48

Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: SEQUELAS DE TRAUMATISMO DA CABECA

Ccomorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X MOTO HÁ 5 DIAS. ATENDIDA NESTE SERVIÇO ONDE REALIZOU TC SEM EVIDENCIAS DE FRATURA ÓSSEA E COM EDEMA SUBGALEAL. REFERE CEFALÉIA, TONTURA, VÔMITOS E RINCOPE APÓS ACIDENTE.



### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

### PRESCRIÇÃO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO

CRM: 13961

01/10/19 16:54

Prescrição: TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% /  
INTRAVENOSA / ROSE ÚNICA

Horário: 17:15

1

## FICHA DE ATENDIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA		Admissão: 01/10/2019 16:11
Pront.: 33040	Data Nasc.: 16/02/1977	Idade: 42 ano(s) 7 mes(es) e 13 dia(s)
Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA	Tel.: 88 3572-1352	
Sexo: Feminino	RG: 2006029160790	Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 60000-000	Bairro: TIMABAUBAS	
Endereço: RUA DOMINGOS SÁVIO 1260		

## PRESCRIÇÃO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO	CRM 13961	01/10/19 16:54
Prescrição	Horário:	
TOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H I SE NAUSEA OU VOMITOS	17:30 02	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H I SE DOR OU FEBRE	22:30 02	

## ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

<input type="checkbox"/> Alta..Conduta	<input type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> Referência para:	<input type="checkbox"/> Óbito
--	-------------------------------------	---	--------------------------------

Dr. Wantuil Matias  
RESIDENTE CIRURGIA GERAL  
CRM/CE 13961



PACIENTE: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA PRONTUÁRIO: 33040 DN/BAPE: 16/02/1977 | 42 ano(s)  
MÃE: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA CLÍNICA: ENFLEITO OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, 04  
EXAME: TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)  
PROFISSIONAL: WANTUI MATIAS NETO JUSTIFICATIVA: TCE DATA REALIZAÇÃO: 02/10/2019 08:01 DATA LAUDO: 02/10/2019 09:43  
HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO-CEREBRAL.

TÉCNICA: Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

INDICAÇÃO: Controle TCE

#### ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região parietal direita.
- Calcificação nodular patológica encefálica em região parietal direita, medindo 3,6 mm, sem evidências de edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.
- Selos paranasais bem aerados, com transparência preservada.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

#### PRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Não há evidências de fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
2. Calcificação encefálica parietal direita.
3. Edema subgaleal parietal direito.

*Relatório de correção com o estudo tomográfico anterior, realizado em 26/09/2019, evidencia redução do hematoma subgaleal*

*JOSÉ EBLIO COUTO VASCONCELOS*

CRM:13064

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Admissão: 26/09/2019 13:12

Pront: 33040 | Data Nasc.: 16/02/1977 Idade: 42 ano(s) 7 mes(es) e 10 dia(s) Tel.: 88 3572-1352

Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 2006029160799

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP: 60000-000

Bairro: TIMABAUBAS

Endereço: RUA DOMINGOS SAVIO 1260

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador: MARIA DO SOCORRO NANI SOARES

Horário: 26/09/2019 13:17

Fixa: paciente trazida pelo samu vítima de acidente de trânsito, não lembra da ocorrência no momento, apresenta escoriações em abdome, mamil e mamas, quebrando-se de cefaleia e dor

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO

Sato02:	Glasgow 15	Temp.:	Glicemia	Régua:	Pulso/FC:	PA:	FR:
---------	------------	--------	----------	--------	-----------	-----	-----

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FELIPE GUSTAVO CORDEIRO FEITOZA	CRM: 6	Nº: 503360	Horário: 26/09/2019 13:27
---	--------	------------	---------------------------

Acidente: Sim Agressão: Não Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstica: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidades:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE MOTO APRESENTANDO QUEIMADURAS POR ABRASAO EM JOELHOS, ABDOMEN INFERIOR E MSD TRAZIDA PELO SAMU SEM IMOBILIZACAO ADEQUADA  
 PRESENTE TAMBEM HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL LADO DIREITO  
 CONSCIENTE E ORIENTADA ABDOMEN E TORAX SEM ALTERACOES, NEGA CERVICALGIA  
 REFERE VASO DIA



### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
X JOELHO D AP/P (0204060125)	26/09/2019 13:35	Sim	Pendente
X JOELHO E AP/P (0204060125)	26/09/2019 13:35	Sim	Pendente
X TORAX AP LORDOTICA (0204030129)	26/09/2019 13:35	Sim	Pendente



Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Admissão: 26/09/2019 13:12

Pront.: 33040 Data Nasc.: 16/02/1977 Idade: 42 ano(s) 7 mes(es) e 10 dia(s) Tel.: 88 3572-1352

Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 20060291600790 Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP 60000-000 Bairro: TIMABAUBAS

Endereço: RUA DOMINGOS SAVIO 1260

### PRESCRIÇÃO

Médico: FELIPE GUSTAVO CORDEIRO FEITOZA

CRM 8841

26/09/19 13:30

Prescrição	Horário:
CUIDADO COM A PELE   OBSERVAÇÃO 12 HORAS	
CURATIVO   SULFADIAZINA DE PRATA SOBRE QUEIMADURAS	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE DOR	16
OMEPRAZOL 40MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 10 ML DILUENTE PRÓPRIO / INTRAVENOSA / 24/24 H	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 10 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H	15
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	15
Nº TOTAL DE FASES: 3  </BR> SOLUÇÃO DE RINGER COM LACTATO - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML  </BR> FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN  </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	F1 F2 P2
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

PACIENTE: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA - PRONTUÁRIO: 31040 - PNF/PADE: 16/02/1977 (42 anos)  
 MÃE: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA - CLÍNICA/ENFERMEIRO OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, 09 - EXAME:  
 TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)  
 PROFISSIONAL: MARCELO FELIX DE FREITAS - JUSTIFICATIVA: TCI - DATA REALIZAÇÃO: 26/09/2019 22:28 - DATA LAUDO: 27/09/2019 00:40  
 HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem a infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

### INDICAÇÃO:

TCE

### ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região parietal direita.
- Calcificação nodular patológica encefálica em região parietal direita, medindo 3,6 mm, sem evidências de edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Seios paranasais bem aerados, com transparência preservada.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Não há evidências de fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
2. Edema subgaleal parietal direito.

1.

## FICHA DE ATENDIMENTO

04

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Admissão: 01/10/2019 10:11

Pront.: 33040 Data Nasc.: 16/02/1977 Idade: 42 ano(s) 7 mes(es) e 13 dia(s) Tel.: 88 3572-1352

Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 2006029160790

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP: 60000-000 Bairro: TIMABAUBAS

Endereço: RUA DOMÍNGOS SAVIO 1260

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: MARIA DE FATIMA SANTOS SILVA

Horário: 01/10/2019 16:26

Queixa: PACIENTE RELATA ACIDENTE DE TRANSITO EM 29/09/2019, FOI ATENDIDA NESTE SERVIÇO, RETORNA HOJE COM QUEIXA DE CEFALÉIA, TONTURA E HIPERTERMIA.

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: DOR MODERADA

Sato02: Glasgow 15 Temp.: Glicemias Régua: 5 Pulso/FC: PA: FR:

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO

CRM: 6

Nº: 604060

Horário: 01/10/2019 16:48

Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: SEQUELAS DE TRAUMATISMO DA CABECA

Ccomorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X MOTO HÁ 5 DIAS. ATENDIDA NESTE SERVIÇO ONDE REALIZOU TC SEM EVIDENCIAS DE FRATURA ÓSSEA E COM EDEMA SUBGALEAL. REFERE CEFALÉIA, TONTURA, VÔMITOS E RINCOPE APÓS ACIDENTE.



### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

### PRESCRIÇÃO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO

CRM: 13961

01/10/19 16:54

Prescrição: TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% /  
INTRAVENOSA / ROSE ÚNICA

Horário:

17:15

1

## FICHA DE ATENDIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA		Admissão: 01/10/2019 16:11
Pront.: 33040	Data Nasc.: 16/02/1977	Idade: 42 ano(s) 7 mes(es) e 13 dia(s)
Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA	Tel.: 88 3572-1352	
Sexo: Feminino	RG: 2006029160790	Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 60000-000	Bairro: TIMABAUBAS	
Endereço: RUA DOMINGOS SÁVIO 1260		

## PRESCRIÇÃO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO CRM 13961 01/10/19 16:54

Prescrição	Horário:
TOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H I SE NAUSEA OU VOMITOS	17:30 02
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H I SE DOR OU FEBRE	22:30 02

## ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

 Alta..Conduta Observação Referência para: Óbito

Dr. Wantuil Matias  
RESIDENTE CIRURGIA GERAL  
CRM/CE 13961



PACIENTE: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA PRONTUÁRIO: 33040 DN/BAPE: 16/02/1977 | 42 ano(s)  
MÃE: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA CLÍNICA: ENFLEITO OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, 04  
EXAME: TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)  
PROFISSIONAL: WANTUI MATIAS NETO JUSTIFICATIVA: TCE DATA REALIZAÇÃO: 02/10/2019 08:01 DATA LAUDO: 02/10/2019 09:43  
HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO-CEREBRAL.

TÉCNICA: Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, sem infusão de contraste endovenoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

INDICAÇÃO: Controle TCE

#### ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região parietal direita.
- Calcificação nodular patológica encefálica em região parietal direita, medindo 3,6 mm, sem evidências de edema perilesional.
- Não há evidência de processo expansivo, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.
- Selos paranasais bem aerados, com transparência preservada.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

#### PRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Não há evidências de fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.
2. Calcificação encefálica parietal direita.
3. Edema subgaleal parietal direito.

*Relatório de correção com o estudo tomográfico anterior, realizado em 26/09/2019, evidencia redução do hematoma subgaleal*

*JOSÉ EBLIO COUTO VASCONCELOS*

CRM:13064



Francisca Luciana Brito da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2006029160790	DATA DE EXPIRAÇÃO	30/01/2016
NOME			
FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA			
FILIAÇÃO			
JOSÉ PEREIRA DA SILVA			
MARIA LÚCIA BRITO DA SILVA			
RESIDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO		
JUAZEIRO DO NORTE - CE	16/02/1977		
DOC. CIVIGEN			
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 10977 FOLHA: 18/V			
LIVRO: 97 JUAZEIRO DO NORTE - CE			
CNP: 746.437.973-04			
RG: ANT: 240227192			
2. VIA	Assinatura	Nome	P.: 98
LEI Nº 1.116 DE 2000			



Nome  
FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Nascimento  
16/02/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

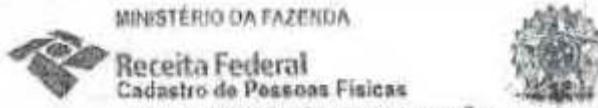


Francisca Luciana Brito da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2006029160790	DATA DE EXPIRAÇÃO	30/01/2016
NOME			
FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA			
FILIAÇÃO			
JOSÉ PEREIRA DA SILVA			
MARIA LÚCIA BRITO DA SILVA			
RESIDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO		
JUAZEIRO DO NORTE - CE	16/02/1977		
DOC. CIVIGEN			
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 10977 FOLHA: 18/V			
LIVRO: 97 JUAZEIRO DO NORTE - CE			
CNP: 746.437.973-04			
RG: ANT: 240227192			
2. VIA	Assinatura	Nome	P.: 98
LEI Nº 1.116 DE 2000			



Nome  
FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Nascimento  
16/02/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

# Dr. Jofrânia Bandeira F. de Caldas

## Clinica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

### *Relatório médico*

A paciente Francisco Ferreira Braga da Silva, 51 anos, residente de Juazeiro do Norte, no dia 26 de setembro de 2019 que relatou que em 15/09/2019 sofreu um traumatismo cranioencefálico (Estalo subgaleofrontal direito). Recebeu tratamento no TCE. A presente sequela é: hemicranio, edema cerebral, cefaleia, tontura, desmaios e amnésia. Recebeu alta definitiva no dia 03 de dezembro de 2019.

Dr. Jofrânia B. F. de Caldas  
MÉDICO  
CREMEC: 6795

03/12/2019

Av. Alton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil  
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190682110      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCA LUCIANA BRITO DA      **Data do acidente:** 26/09/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIO[SUBGALEAL]

**Descrição do exame físico:** HOJE SEM ANORMALIDADE AO EXAME, REFERE CEFALÉIA

**Resultados terapêuticos:** COMPATÍVEL COM A LESÃO SOFRIDA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 09/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** COM T.C. NORMAL

## 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:** 3190682110      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCA LUCIANA BRITO DA      **Data do acidente:** 26/09/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIO[SUBGALEAL]

**Descrição do exame físico:** HOJE SEM ANORMALIDADE AO EXAME, REFERE CEFALÉIA

**Resultados terapêuticos:** COMPATÍVEL COM A LESÃO SOFRIDA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 09/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** COM T.C. NORMAL

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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:** 3190682110      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCA LUCIANA BRITO DA      **Data do acidente:** 26/09/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HEMATOMA SUBGALEAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 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.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190682110      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCA LUCIANA BRITO DA      **Data do acidente:** 26/09/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HEMATOMA SUBGALEAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 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.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401422/19

**Vítima:** FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

**CPF:** 746.437.973-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/09/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA : 746.437.973-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019  
Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA  
CPF: 746.437.973-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019  
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO  
CPF: 167.398.762-15

---

FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

---

LEVI OLIVEIRA AMANCIO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437109/19

**Vítima:** FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

**CPF:** 746.437.973-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/09/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA : 746.437.973-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019  
Nome: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA  
CPF: 746.437.973-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO  
CPF: 167.398.762-15

FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

LEVI OLIVEIRA AMANCIO