
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: INTERRUÇÃO 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

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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 74643797304 4 - Nome completo da vítima: 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: 74643797304
7 - Profissão: AUTÔNOMA 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: luizcazuina@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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 abaixo. Assinale 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, reconhecendo 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 prosseguimento 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 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 descendentes? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA
POUPANÇA

4392 6718 4926 8822

10/24
FRANCISCA LUCIANA B SILVA
0032 013 00303288-0

VISA
Electron

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: 74643797304 4 - Nome completo da vítima: 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: 74643797304
7 - Profissão: AUTÔNOMA 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: luizcazuina@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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 abaixo. Assinale 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)

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

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 prosseguimento 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 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 descendentes? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 4926 8822

10/24
FRANCISCA LUCIANA B SILVA
0032 013 00303288-0

VISA

Electron

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☐ () Sim ☒ (X) 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

☒ (X) "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):

% 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 à valoração do dano corporal.

Com T.C. normal

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Jorge Coelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3331



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 Nº 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: Benel Brito de Amor Machado

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

*Francisca Luciana Brito
da Silva*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 Nº 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: Benel Brito de Amor Machado

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

*Francisca Luciana Brito
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: 74643797304 4 - Nome completo da vítima: 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: 74643797304
7 - Profissão: AUTÔNOMA 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: luizcajuina@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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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, reconhecendo 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 prosseguimento 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 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 netos/netas? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



4392 6718 4926 8822

10/24
FRANCISCA LUCIANA B SILVA
0032 013 00303288-0

VISA
Electron

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: 74643797304 4 - Nome completo da vítima: 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: 74643797304
7 - Profissão: AUTÔNOMA 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: luizcazuina@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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 abaixo. Assinale 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, reconhecendo 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 prosseguimento 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 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 descendentes? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



4392 6718 4926 8822

10/24
FRANCISCA LUCIANA B SILVA
0032 013 00303288-0


VISA
Electron




GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



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 Lolois, 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



Ezequiel Rolim
Médico Assessor
Juazeiro do Norte



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde



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 Lolois, 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


Ezequias Rolim
Médico Assessor
Juazeiro do Norte

6579262

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi aplicada pelo Lei nº 10.438
de 26 de Abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua João de Deus, 150
CEP 60135-000 | Fortaleza - CE
CNPJ 02.942.291/0001-70 | LIG 08.005.248-3

enel

Faça o faturamento com antecedência, evitando assim o envio de apreensão por inadimplência.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | 3ª

009521844

Data 11/09/2019 19:52:40

Referência 09/09/2019

Nome FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Endereço RUA DOMINGOS SAITO, 01304, TERESOPOLIS, 61628-200,

Classificação Residência (at. Pleno)

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 04/09/2019

Medidor 127313-FAI-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

DIFERENCIAL DE CANCELAMENTO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 01/09/2019

Atual 04/09/2019

Próxima prevista 04/10/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Índice	Leit. Anterior	Leit. Atual	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
17	07,34	07,35	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01	1,01

DADOS DO FATURAMENTO

ADICIONAL BANDA VERDE 114

CONSUMO

RUBICA

TARIFA

0,07820

0,72256

VALOR (R\$)

6,42

90,39

1,93

Índice	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
114	97,31	7,700	26,24
115	97,31	0,81	0,77
116	97,31	3,60	3,58

18/09/2019

99,14

CONSUMO CONSCIENTE

PARCERIAS DE C/ R\$ 0,000. Comparação entre medições
pelo sistema de energia elétrica.

Bônus (kg B.O.)

45,67

0,00

OPERAÇÃO

746.437.021-04

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui crédito em atraso (Ref: 2019/08 Valor R\$ 90,15). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 114/10 Arts. 171 e/c 172) e o envio dos ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTEÇÃO Poderá ser

DEBITOS SUPERIORES
R\$ 90,15
R\$ 90,15
Total R\$ 18,30

100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%

enel

9,07829	6,42
9,77256	90,39
	1,93



Extraction	Yield (%)	Alkaloids (%)	Water (%)
EtOH	97.21		
EtOAc	97.11	77.60	26.24
CH ₂ Cl ₂	97.11	0.81	0.77
	97.11	3.60	3.55

99.14

OFF/CNPJ 746.432.925-02

Reaktion	Reaktionsbedingungen	Reaktionsgeschwindigkeit
45, 6, 7	1. 100°C, 10 min 2. 100°C, 10 min 3. 100°C, 10 min	1. 100°C, 10 min 2. 100°C, 10 min 3. 100°C, 10 min

PREZTO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui contigência em atraso (Ref:2009000 Valor: R\$90,15) 2- A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEL 114/10 Arts. 171 e/c 172) e o envio dos ORGÃO DE PROTEÇÃO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTEÇÃO Poderá por e

PETES UNIFORMES
MEI AND. STEWART
07/2010 06/97
TOTAL: R\$ 90,15

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: 2006029160790 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
Anamnese: paciente trazida pelo samu, vítima de ac. de trânsito, não lembra da ocorrência no momento, apresenta
escoriações em abdome, mmil e mms, queixando-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 Diagnóstico: TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE MOTO APRESENTANDO QUEIMADURAS POR ABRASÃO EM JOELHOS, ABDOMEN INFERIOR E MSD
TRAZIDA PELO SAMU SEM IMOBILIZAÇÃO ADEQUADA
APRESENTA TAMBÉM HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL LADO DIREITO
CONSCIENTE E ORIENTADA ABDOMEN E TORAX SEM ALTERAÇÕES, NEGA CERVICALGIA
REFERE VAT EM 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

ASS: FORTI
MARTINS

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: 2006029160790

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	15
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: 37040 DN/IDADE: 16/02/1977 | 42 ano(s)
MÃE: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA CLÍNICA: ENFEITO OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II, OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II, 09 EXAME:
TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079)
PROFISSIONAL: MARCELO FELIX DE FREITAS JUSTIFICATIVA: TCEI 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 16:11

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 DOMINGOS 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.: Glicemia Régua: 5 Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO

CRM: 6

Nº: 504060

Horário 01/10/2019 16:48

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

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: SEQUELAS DE TRAUMATISMO DA CABEÇA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X MOTO HÁ 5 DIAS. ATENDIDA NESSE SERVIÇO ONDE REALIZOU TC SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURA ÓSSEA E COM EDEMA SUBGALEAL. REFERE CEFALÉIA, TONTURA, VÔMITOS E SÍNCOPE 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 / DOSE ÚNICA

Horário:

17:15

UA 42-1000-1000

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) Tel.: 80 3572-1352

Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 2006029160790

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP: 60000-000 Bairro: TIMABAUBAS

Endereço: RUA DOMINGOS SAVIO 1260

PRESCRIÇÃO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO

CRM 13961

01/10/19 16:54

Prescrição

Horário:

1. TOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD /
INTRAVENOSA / 8/8 H I SE NAUSEA OU VOMITOS

17:30

DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H I
SE DOR OU FEBRE

18:30

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

 Dr. Wantuil Matias
 RESIDENTE CIRURGIA GERAL
 CRM - 13961


PACIENTE: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA PRONTUÁRIO: 33040 DN/IDADE: 16/02/1977 | 42 ano(s)
MÃE: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA CLÍNICA: ENELETO OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, 04
EXAME: TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079)
PROFISSIONAL: WANTUIL 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 CRÂNIO-CEREBRAL

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: 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.
- Seios 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.

8. A correlação com o estudo tomográfico anterior, realizado em 26/09/2019, evidencia redução do hematoma subgaleal parietal direito.

JOSE EDILIO 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: 2006029160790 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
Anamnese: paciente trazida pelo samu, vítima de ac. de trânsito, não lembra da ocorrência no momento, apresenta
escoriações em abdome, mmil e mms, queixando-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 Diagnóstico: TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

ACIDENTE MOTO APRESENTANDO QUEIMADURAS POR ABRASÃO EM JOELHOS, ABDOMEN INFERIOR E MSD
TRAZIDA PELO SAMU SEM IMOBILIZAÇÃO ADEQUADA
APRESENTA TAMBÉM HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL LADO DIREITO
CONSCIENTE E ORIENTADA ABDOMEN E TORAX SEM ALTERAÇÕES, NEGA CERVICALGIA
REFERE VÔMITO EM 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

ASS: FÉLIX FORTES
MARTINS

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: 2006029160790

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	15
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: 37040 DNIDADE: 16/02/1977 (42 ano(s))
MÃE: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA CLÍNICA: ENFEITO OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II, OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II, 09 EXAME:
TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079)
PROFISSIONAL: MARCELO FELIX DE FREITAS JUSTIFICATIVA: TCEI 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 16:11

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 DOMINGOS 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.: Glicemia Régua: 5 Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO

CRM: 6

Nº: 504060

Horário 01/10/2019 16:48

Acidente: Não Agressão: Não

Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: SEQUELAS DE TRAUMATISMO DA CABEÇA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X MOTO HÁ 5 DIAS. ATENDIDA NESSE SERVIÇO ONDE REALIZOU TC SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURA ÓSSEA E COM EDEMA SUBGALEAL. REFERE CEFALÉIA, TONTURA, VÔMITOS E SÍNCOPE 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 / DOSE ÚNICA

Horário:

17:15

UA 42-1000-1000

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) Tel.: 80 3572-1352

Mãe: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA

Sexo: Feminino RG: 2006029160790

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP: 60000-000 Bairro: TIMABAUBAS

Endereço: RUA DOMINGOS SAVIO 1260

PRESCRIÇÃO

Médico: WANTUIL MATIAS NETO

CRM 13961

01/10/19 16:54

Prescrição

Horário:

1. TOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD /
INTRAVENOSA / 8/8 H I SE NAUSEA OU VOMITOS

17:30

DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H I
SE DOR OU FEBRE

18:30

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

 Dr. Wantuil Matias
 RESIDENTE CIRURGIA GERAL
 CRM - 13961


PACIENTE: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA PRONTUÁRIO: 33040 DN/IDADE: 16/02/1977 | 42 ano(s)
MÃE: MARIA LUCIA BRITO DA SILVA CLÍNICA: EFEITO OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA II, 04
EXAME: TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079)
PROFISSIONAL: WANTUIL 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 CRÂNIO-CEREBRAL

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: 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.
- Seios 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.

8. A correlação com o estudo tomográfico anterior, realizado em 26/09/2019, evidencia redução do hematoma subgaleal parietal direito.

JOÃO EDILIO COUTO VASCONCELOS

CRM:13064

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
COORDENADORIA GERAL DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

 **Polegar Direito** 

Francisca Luciana Brito da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006029160790 DATA DE EXPIRAÇÃO 30/01/2014

ALIAS

FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA
FILIAÇÃO
JOSÉ PEREIRA DA SILVA
MARIA LÚCIA BRITO DA SILVA

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO 16/02/1977

DIG. COISEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 10077 FOLHA: 18/V
LIVRO: 97 JUAZEIRO DO NORTE - CE
CPF 746.437.973-04 RG: ANT: 240227193 P.: 98

2 VIA  ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.416 DE 20/06/73

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Nome
FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Nascimento
16/02/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
COORDENADORIA GERAL DE IDENTIFICAÇÃO

 **Polegar Direito** 

Francisca Luciana Brito da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006029160790 DATA DE EXPIRAÇÃO 30/01/2014

ALFABETIZADO

FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA
FILIAÇÃO
JOSÉ PEREIRA DA SILVA
MARIA LÚCIA BRITO DA SILVA

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO 16/02/1977

DIG. COISEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 10077 FOLHA: 18/V
LIVRO: 97 JUAZEIRO DO NORTE - CE
CPF 746.437.973-04 RG: ANT: 240227193 P.: 98

2 VTA  ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.416 DE 20/06/73

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Nome
FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Nascimento
16/02/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

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

Relatório médico

A paciente Francine Luciana Brito da Silva sofreu acidente de moto no dia 26 de Setembro de 2019 que resultou em traumatismo crânio-encefálico (Etiologia subgaleal, parietal direita). Receber tratamento para tratamento do TCE. Apresenta sequelas de hemiparesia no membro superior direito, hemiparesia no membro inferior direito e alteração de sensibilidade. Receber alta definitiva no dia 03 de Dezembro de 2019.

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

03/12/2019

Av. Ailton 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 SILVA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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 SILVA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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 SILVA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração 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

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
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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração 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

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
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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401422/19

Vítima: FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

CPF: 746.437.973-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/09/2019

Titular do CPF: FRANCISCA LUCIANA
BRITO DA SILVA

CPF de: Próprio

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 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/09/2019

Titular do CPF: FRANCISCA LUCIANA
BRITO DA SILVA

CPF de: Próprio

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 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

FRANCISCA LUCIANA BRITO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LEVI OLIVEIRA AMANCIO