

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISABELA DE ABREU GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03604

CONTA: 000000019569-7

Nr. da Autenticação 739EF448EEA89D88

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Isabelela de Abreu GomesRG nº 20077281424, data de expedição 20/10/13, Órgão SSP-CE

CPF nº 607.026.093-74 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Amarel. Ferreira de Souza</u>
Número	<u>130</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Parusana</u>
Cidade	<u>Paracambi</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>61.910-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 98117-4822</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza-CE 29/01/2018Assinatura do Declarante: Isabelela de Abreu GomesLUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 FEV. 2018

ASS:

Associação Social de Ensino Catequético
Interdenominacional para Crianças e Jovens
de 20 de abril de 2007

Comunidade Evangélica de Gaires
Rua Pedro Valsleben, 150
CEP 05075-040 | Fone: 011 3071-1111
E-mail: cene@cel.org.br | www.cene.org.br

CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-1 N°		487572397
Rate	01 26893 32 013400 - 6	Data de Emissão 03/08/2017
Nome	MARTA LILLIANE VIEIRA DE AUREU	
End. Postal	RUA MANUEL FERREIRA DE SOUZA 00138 PAJUCARA - NARACANAU - 61910000	
Medidor	5519797	Pasta 0000 0000
Classe	01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO	Valor de Potência 0,
AG/CPF/COMP	892585733-34	DGF

Nome do Responsável: _____

DADOS			FIM DE DETALHAMENTO DO FORNECIMENTO	
Mês de Fornecimento	Data de Arrecadação	Período de Fornecimento	Valor em Fornecimento	Valor em Fornecimento
Ago/2017	03/09/2017	05/09/2017	05/09/2017	05/09/2017

DADOS			DICI = 1,33		Família individual	
Data do Cálculo (Mês)	Aquisição	Valor do Imposto	Atualiz.	Ret.	Atualiz.	Ret.
65.50	27.800	17.35	18.55	31.1	42.5	8.0
ÁREA RESERVADA AO CONTRIBUÍVEL FISCAL			9.50	15.7	30.8	9.8
7.05 5.00 8.00 6.50 5.00 7.00 5.50 5.00			DMC			
			FC			
			DMC	5.65		0.70

INFORMACIONES SOBRE EL ABASTECIMIENTO DE CONSUMIDOR

LWL Asset	Lat. America	Consol.	Consumo (BATO)	Excess Inv.	Excess Ful.	Trinity (BATO)	Value (BATO)
25007	2493	1.50	93	0.00	93	0.00	93.00
25008	2493	1.50	93	0.00	93	0.00	93.00

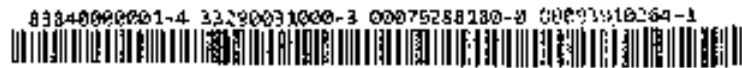
Tel: +91-80-6744 1385

VALOR CONSUMO DO MES	66,50
MULTA MORATORIA REF 07/2017	1,24
JUROS DO MES	3,00
SUMINISTRACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,51
COB PRODUTO CENTERCOS (44) 3026-6531 1/1	50,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,82)	

VENCIMENTO	TOTAL	TOTAL PAGAR (R\$)	133,24																										
COMPONENTES DO VALOR DE CONSUMO		RESUMO DE CONSUMO (contar 15 dias)																											
Energia 22,50 Perdas 1,50 Distribuição 15,50 Encargos Sociais 5,50 Tributos (ICMS, PIS/COFINS) 20,48 TOTAL 65,50	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Jan</td><td>Fev</td><td>Mar</td><td>Abr</td><td>Mai</td><td>Jun</td><td>Jul</td><td>Ago</td><td>Sep</td><td>Out</td><td>Nov</td><td>Dez</td><td>Total</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Total																	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																	
CONSUMO CONJUNTO - EMISSÃO DE C.O. (kg/kWh)																													
Compõe-se este consumo pelo consumo de energia elétrica, Emissão kg (CO ₂) Compensação kg (CO ₂) Cargos de Emissão (PIS/COFINS)																													
40,19		0,08																											
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO																													
CONTAS EM ATRASO		PERÍODOS ANTERIORES																											
Prezada Senhora, A NOTIFICAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO VENCIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA (Prezada Cliente), encontra-se em nossos cartões (contas) em atraso. Segue o detalhamento do débito. O não pagamento ou dívida indica a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. RTE, 414/00, Art. 1, III e IV, 1º, bem como a envio das informações aos ÓRGÃO DE PROTEÇÃO DO CONSUMIDOR E COMITÊ DE PROTEÇÃO. Caso a conta eléttrica não seja paga, favor desconsiderar o envio.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Período</td><td>Valor (R\$)</td> </tr> <tr> <td>01/01/01</td><td>133,24</td> </tr> <tr> <td>01/02/01</td><td>133,24</td> </tr> </table>		Período	Valor (R\$)	01/01/01	133,24	01/02/01	133,24																				
Período	Valor (R\$)																												
01/01/01	133,24																												
01/02/01	133,24																												

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 FEV. 2018

Nº do Cliente: 7923818-9 Referência: 490/2017
Data de Emissão: 03/08/2017 Total e Pagar (R\$): 133,29
Nº do Nulo: 487572397 Nº do Controle: 0007928813 00000 39107 01



Declaração do proprietário do ve



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Deuzelene Carneiro Cruz

RG nº 99010105866, data de expedição 21/08/08,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 922.827.503-08, com

domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 06, nº 1269

complemento 201, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Joana Darc Pereira de Oliveira cujo o condutor era

Joana Darc Pereira de Oliveira.

Veículo: Fiat

Modelo: Pala Fine Ilex

Ano: 2007/2007

Placa: MYQ 0342

Chassi: 98017464672945961

Data do Acidente: 22/01/2017

Local e Data: 29 de Janeiro de 2018 - Maracanaú - CE

CARTURIO ALBUQUERQUE

Deuzelene Carneiro Cruz
Assinatura do Declarante

Joana Darc Pereira de Oliveira

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

LUBIA CORRETORES DE SEG. LTDA
01 FEV. 2018



CARTURIO ALBUQUERQUE
Rod CE-060 Km 3,3 Maracanaú - CE-32970093
Reconheço POR AUTENTICAÇÃO a Firma de
DEUZELENE CARNEIRO CRUZ
Maracanaú, 29 de Janeiro de 2018
Eu testei a verdade
Merika Menezes Araújo da Paula Martins
Escritor(a) Autorizada(a)
VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICAÇÃO

ARTROS

Ortopedia Especializada

Documentação médica - hospital



Para: ISABELA DE ABREU GOMES

RELATÓRIO

PACIENTE ISABELA DE ABREU GOMES, 20 ANOS, COM HISTÓRIA DE CAPOTAMENTO DE CARRO NO DIA 22/01/17 SOFRENDO TRAUMA EM FLEXÃO-COMPRESSÃO DA COLUNA RESULTANDO EM FRATURA DO PROCESSO ESPINHOSO DE C7 E FRATURA DE VÉRTEBRAS TORÁCICAS. A MESMA REALIZOU TC DA COLUNA NO HRU DIA 22/01 EVIDENCIANDO TAL FRATURA, PORÉM O EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ESTÁ INCOMPLETO, FALTANDO AS IMAGENS NO PLANO SAGITAL DA COLUNA TORÁCICA.

A PACIENTE FOI AO CENTRO DE IMAGENS DO HOSPITAL HRU HOJE PELA MANHÃ COM A SOLICITAÇÃO POR ESCRITO DAS IMAGENS AUSENTES E DO LAUDO, MAS AS MESMAS NÃO FORAM ENTREGUES, SENDO ENTREGUE SOMENTE O LAUDO.

POR SE TRATAR DE UMA FRATURA COM GRANDE PROBABILIDADE DE INDICAÇÃO CIRÚRGICA, É DE SUMA IMPORTÂNCIA AS IMAGENS NO PLANO SAGITAL DA COLUNA TORÁCICA PARA A DEFINIÇÃO DO TRATAMENTO.

Dr. Raphael Teófilo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 11348 - TEOT 13.618

Dr. Raphael Teófilo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 11348 - TEOT 13.618

HOSPITAL SÃO CAMILO
Rua Costa Barros, 833
B. Centro - CEP 60160-140
Fortaleza - Ceará - Brasil
Fone (85) 4012 0012
Fax (85) 3242 9245

ARTROS MEIRELES
Av. Sen. Virgílio Távora 195
B. Meireles
Fortaleza - Ceará - Brasil
Fone: (85) 3048-2800 / 41414152 / 32154650
ARTROS SÃO CAMILO
Rua Costa Barros, 833
Fone: (85) 3464 7097



HOSPITAL MUNICIPAL
DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA



Centro de Imagem

SERVIÇO DE LAUDO RADIODIAGNÓSTICO

PACIENTE: ISABELA DE ABREU GOMES

DATA: 04/02/2017

EXAME: 41

DIGITADORA: THAYANARA ALVES

RX DA COLUNA TORACO-LOMBAR

COMENTÁRIOS:

- Levoconvexidade do eixo da coluna lombar, na visão frontal.
- Redução da altura de corpo vertebral dorsal (1/3 médio da coluna dorsal) sugerindo fratura.
- Espaços discais com boa amplitude.

Vitor Lima Pinheiro
Médico

Dr. Vitor Lima Pinheiro
CRM - 8553

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
01 FEV. 2018
ASS.



Centro de Atendimento (081) 3369-1100
Rua Vitorino, 100 - Jd. Santa Helena - CR
80000-000 - Maracanaú - CE
www.unimedmaracanau.com.br

5917.0040.8920

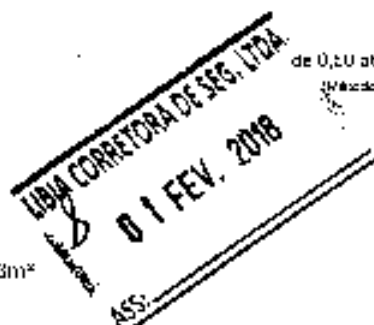
ISABELA DE ABREU GOMES
MANGUE FERREIRA 130, PAJUCARA
60000000, MARACANAÚ, CE
DR(A) RAPHAEL TEÓFILO DE SOUZA

DN: 02/05/1996 (20 Anos)

SEXO: FEMININO



Exame	Resultado	Análise Gráfica	Valor de Referência
Data de Coleta/Recebimento: 03/02/2017, Hora Aproximada: 09:35 BRL			
Glicose (Metodo: Sulf)	77 mg/dL		70 a 99 mg/dL (Metodo: Enzimático)
Sódio (Metodo: Sem)	142 mEq/L		de 138 até 145 mEq/L (Metodo: Eletrodo De Sódio em - Ionense)
Potássio (Metodo: Sulf)	4,3 mEq/L		de 3,5 até 5,5 mEq/L (Metodo: Potenciômetro Ionense)
Uréia (Metodo: Imu)	27 mg/dL		Crianças até 7 meses: Inferior a 40 mg/dL Acima de 7 meses: 10 a 30 mg/dL (Metodo: Enzimático com GLDH)
Creatinina (Metodo: Creat)			
Creatinina	0,71 mg/dL		de 0,50 até 1,10 mg/dL (Metodo: Cinético com Jaffe)
%GFR - Afin Descendente	Superior a 60 mL/min/1,73m²		(Metodo: Cálculo)
%GFR - Não Afin Descendente	Superior a 60 mL/min/1,73m²		(Metodo: Cálculo)
Valores de Referência: %GFR Normal Superior a 60 mL/min/1,73m²			



%GFR = Taxa de filtração glomerular estimada pela fórmula recomendada pelo NKDEP (National Kidney Disease Education Program) e pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. Esta estimativa foi calculada utilizando-se a fórmula do estudo MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) que tem como variáveis a creatinina, o sexo, a idade e a afin-descendência. Havendo alguma divergência, consulte o laboratório para correção do sexo e/ou idade na unidade. A fórmula não foi testada em crianças, idosos acima de 70 anos, gestantes, pacientes gravemente enfermos e indivíduos com obesidade mórbita. Clin Chem 2006; 52: 5-18 - J Am Soc Nephrol 2000;(11):155A

Liberado por: Wivilla Tânia Faras Lucena CRM-CE: 4581 (03/02/2017 17:51 ART)
Responsável: Dra. Maria Helene Costa Gurgel CRM-CE 9061

A presente informação é fornecida pelo laboratório e qualquer erro ou omissão de dados é de inteira responsabilidade do usuário e não do laboratório.

1353849288

Só a responsabilidade técnica do Dr. Saulo Maria Tavares Furtado - CRM-CE 24175

06-7.0040.8920
PG 1 de 3



Prescrição: 2838509 Data: 22/01/2017 - 13:32 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M03826

Atendimento: 5142207 - Paciente: ISABELA DE ABREU GOMES

Data Nascimento: Dt Naso: 02/08/1996 (20a fm 22d)

Médico: JONAS ARAUJO E SILVA - CRM 3826

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: EMERGENCIA 24H - ADULTA Leito: Cobertura:

Celular: Cidre: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Intervalos
1 RX TORAX - P.A. ; Exame: 2186746 Justificativa: TRAUMA	1					
2 ULTRASSOM ABDOMEN TOTAL ; Exame: 2186746 Justificativa: TRAUMA	1					
3 TOMOGRAFIA DE CRANIO ; Exame: 2186746 Justificativa: TRAUMA	1					

JONAS ARAUJO E SILVA
Cirurgia Geral
Medicina do Trabalho
CRM 3826
JONAS ARAUJO E SILVA
CRM 3826

LIBIA CORRETORA DE SEG. TDA.
9 01 FEV. 2018
ASS: _____



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL REGIONAL UNIMED

Endereço: Av. Visconde do Rio Branco, 4000

Cidade: Fortaleza UF: Ceará

CNPJ: 05.868.278/0002-80

Telefone: (85) 3277.7000

1º Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria

2º Via - Orientação ao Paciente

Dr. Alander Sobreira Vandebe
Neurocirurgia
CRM 10374

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Endereço: PEDRO CAETANO DE PATVA

Nr.: 118

Complemento: 0

Bairro: PAJUCARA

Cidade: MARACANAÚ

Cep.: 61932450

Prescrição:

1) PACO 30MG ----- 2CXS

TOMAR 1 CP VIA ORAL DE 8/8H SE DOR FORTE.

Data: 23/01/2017 12:50

Dr. Alander Sobreira Vandebe
Neurocirurgia
CRM 10374
ASSINATURA DO MÉDICO
01 FEB 2018
FARMACIA DE SEG. LTDA.

Nome: _____
Ident.: _____ Org. Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Assinatura do farmacêutico

Data

AV. VISCONDE DO RIO BRANCO, 4000 - SÃO JOÃO DO TAUAPE
FONE: (85) 3272.71.00 - CEP:60055-172 - FORTALEZA-CE

Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Atend.: 0005142287

O(s) Sr.(a) 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES compareceu a esta clínica às 13:16 horas para

- 1- Consulta ☒ 4- Cirurgia ☐
2- Acompanhar Familiar ☐ 5- Fazer Radiografia ☐
3- Fazer exame de Laboratório ☐ 6- Fisioterapia ☐

Outrossim comunicamos que:

- a- pode voltar em seguida ao trabalho ☐
- b- foi encaminhado ao especialista ☐ Laboratório ☒ Radiologista
- c- dever ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐
- d -deverá ficar afastado do trabalho por 15 dias a contar desta data 22/01/2017 ☒
- e- poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho ☐
- F-CID T08 FRATURA DA COLUNA, NIVEL NAO ESPECIFICADO

Fortaleza, 22 de JANEIRO

2017

SAMUEL MAGALHÃES DA SILVA

CRM: 10117

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

File 2

Enlil-j

Ad Div Pessoal

Name:

- 1- Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.
2- Providenciar doc.p/benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
3- Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento _____

ASRM/SFAMC 18
Ccd.: 16728

DEP. MÉDICO

AO
DEP. MÉDICO
MÉDICO DA EMPRESA

Senhor usuário entregar esta comunicação na Empresa dentro de 24 horas

UNIMED DE FORTALEZA

Sociedade Cooperativa Médica LTDA

AV. VISCONDE DO RIO BRANCO, 4000 - SÃO JOÃO DO TALHAPE
FONE: (55) 3277.7120 - CEP: 06055-172 - FORTALEZA - CE

Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Atend.: 0005142287

O(a) Sr.(a) 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES compareceu a esta clínica às 13:16 horas para

1- Consulta ☒4- Cirurgia ☐2- Acompanhar Familiar ☐5- Fazer Radiografia ☐3- Fazer exame de Laboratório ☐6- Fisioterapia ☐

Outrossim comunicamos que:

a- não voltar em seguida ao trabalho ☐b- foi encaminhado ao especialista ☐ Laboratório ☐ Radiologistac- deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐d- deverá ficar afastado do trabalho por 15 dias a contar desta data 22/01/2017 ☒e- poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho ☐

f- CID: T05 - FRATURA DA COLUNA, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO

Fortaleza, 22 de JANEIRO de 2017

SAMUEL MAGALHÃES DA SILVA CRM: 10117

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA 1 PAA-1

Ao Dep Pessoal

Nome:

- 1- Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.
- 2- Providenciar doc.p/benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
- 3- Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento

ASRM/SEAMC 18
Céc.: 16778

DEP. MÉDICO

AO
DEP. MÉDICO
MÉDICO DA EMPRESA

Senhor usuário entregar esta comunicação na Empresa dentro de 24 horas

UNIMED DE FORTALEZA

Sociedade Cooperativa Médica LTDA.

AV. VISCONDE DO RIO BRANCO, 4000 - SÃO JOÃO DO TALAMPE
FONE: (85) 3277.7100 - CEP: 80055-172 - FORTALEZA - CE

Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Atend: 0005147287

O(a) Sr.(a) 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

compareceu a esta clínica às 13:16 horas para

- 1- Consulta ☒
- 2- Acompanhar Familiar ☐
- 3- Fazer exame de laboratório ☐

- 4- Cirurgia ☐
- 5- Fazer Radiografia ☐
- 6- Fisioterapia ☐

Outrossim comunicamos que:

- a- pode voltar em seguida ao trabalho ☐
- b- foi encaminhado ao especialista ☐ Laboratório ☐ Radiologista ☐
- c- deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐
- d- deverá ficar afastado do trabalho por 15 dias a contar desta data 22/01/2017 ☒
- e- poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho ☐

f- CID T08 - FRATURA DA COLUMNA, NIVEL NAO ESPECIFICADO

Fortaleza, 22 de JANEIRO

de 2017

SAMUEL MACALHÃES DA SILVA

CRM: 10117

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1

PAA-1

Ao Dep Pessoal

Nome:

dias.

- 1- Ficará afastado(a) do trabalho por
- 2- Providenciar doc.p/benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
- 3- Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento

UNIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 FEV. 2018
ASS:

ASRM/SEAMC 18
Cód.: 15728

DEP. MÉDICO

AO
DEP. MÉDICO
MÉDICO DA EMPRESA

Senhor usuário entregar esta comunicação na Empresa dentro de 24 horas



SÃO CAMILO
Hospital Cura d'Arts

www.saocamilofortaleza.org.br

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO
CAMILO - HOSPITAL CURA D'ARTS
END.: RUA COSTA BARROS, 833.
CIDADE: FORTALEZA UF: CE
TELEFONE: (85) 3464-7000

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU
DROGARIA
2ª ORIENTAÇÃO AO CLIENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Fabiana de Amor Gomes
END.: R. Costa Barros 833
PRESCRIÇÃO:

100 mg 30 dias
1 comprimido 3 vezes ao dia
se não tiver

CRIMINAL
CIVIL
FISCAL
TRIBUTÁRIO
PENAL
MILITAR
ADMINISTRATIVO
CONSTITUCIONAL
PREVIDENCIÁRIO
LABORAL
CONSUMIDOR
PROTEÇÃO DO MEIO AMBIENTE
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO CULTURAL
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO LINGUÍSTICO
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO ARTÍSTICO
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO CIENTÍFICO
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO TECNOLÓGICO
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO AMBIENTAL
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO CULTURAL
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO LINGUÍSTICO
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO ARTÍSTICO
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO CIENTÍFICO
PROTEÇÃO DO PATRIMÔNIO TECNOLÓGICO

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
15
01 FEV. 2018

DATA: 12/02/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENT:

ORGÃO:

EMISSOR:

CIDADE:

UF:

11.05240-80412

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA/CARIMBO DO
FARMACÊUTICO

DATA:



SÃO CAMILO

Hospital Cura d'Ars

www.saocamillofortaleza.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Isabelo de Aguiar Gomes

1

O Nuvalexia 3g _____ 100

3 amp vo 6/6h

se dor

2) Curativo O.ário

Limpar ferida e Alcool 70%

3) Dieta LAXATIVA: Mamão

4) MUVINLAR _____

DISSOLVER 3 sachê em 120
de água. Mexer bem. Tomar 2
vezes ao dia

FORTALEZA, 12 de fevereiro 2018

Hospital Cura d'Ars
Rua Costa Barros, 833
Centro
60150-280 Fortaleza-CE
tel 55 85 3464 7000

Dr. Raphael Teófilo
Otorrinolaringologista
CRM 112017-1/2018
CREMESP 112017-1/2018

ASS: _____
181 FEV. 2018

SÃO CAMILO
Hospital Cura d'Ars

www.saocamilo-fortaleza.org.br

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO
CAMILO - HOSPITAL CURA D'ARS
END.: RUA COSTA BARROS, 833
CIDADE: FORTALEZA - UF: CE
TELEFONE: (85) 3464-7000

1ª VIA: RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU
DROGARIA
2ª ORIENTAÇÃO AO CLIENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

END.:

PRESCRIÇÃO:

DATA:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDEN.:

ORGÃO:

EMISSION:

CIDADE:

UF:

Dr. Raphael Teófilo
Ortopedia e Traumatologia
Clínica da Coluna
CRM: 11.348 - RCD: 138.15

LIBIA CORRETOBA DE SIKS-ITDA
10 FEB. 2018

ASSINATURA/CARIMBO DO
FARMACÊUTICO

DATA:



Imobiliz

Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Isabella da Alana Gomes

DATA DO ACIDENTE 22/11/17 CPF DA VITIMA 607.026.093-74

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO A genitora

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR AVITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

AVITIMA E

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Manoel da Fumura de Souza

Nº 430 COMPLEMENTO Barro Pauçara

CIDADE Barro Pauçara UF CE CEP 61.910-000

E-MAIL TELEFONE (85) 98417-4822

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO INP (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INP, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INP
- IGREJA: NA PELO VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA IN
- ANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETE INMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVAÇÃO SIGNIFICA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
- () ORIGEM MENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM
- () AUTORE TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO
- OS DADOS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI, OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EX DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E C
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
- () AUTORE COMPROVANTE DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE
- CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LET 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSADO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE Isabella da Alana Gomes

ASSINATURAS Isabella da Alana Gomes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

12
11
CORRETORA DE SEGUROS
01/FEV. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180063658 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISABELA DE ABREU GOMES **Data do acidente:** 22/01/2017 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura compressiva de T7

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180063658

Cidade: Pacatuba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ISABELA DE ABREU GOMES

Data do acidente: 22/01/2017

Seguradora: AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRM DORSAL, COM FRATURA DE D7.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA ATÍPICA, CICATRIZ CIRÚRGICA NO DORSO E LIMITAÇÃO GRAVE/COMPLETA DOS MOVIMENTOS DA COLUNA DORSAL.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DA UNIMED, TRANSFERIDA PARA O SÃO CAMILO, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA. SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL TOTAL DA COLUNA TORÁCICA .

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ISABELA DE ABREU GOMES

Nº Sinistro: 3180063658

Vitima: ISABELA DE ABREU GOMES

Data do Acidente: 22/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180063658**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12369922



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ISABELA DE ABREU GOMES

Sinistro: 3180063658
Vítima: ISABELA DE ABREU GOMES
Data do Acidente: 22/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180063658** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2018

Carta nº: 12521072

A/C: ISABELA DE ABREU GOMES

Nº Sinistro: 3180063658
Vítima: ISABELA DE ABREU GOMES
Data do Acidente: 22/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ISABELA DE ABREU GOMES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003604

Conta: 0000019569-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 331 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - necessário que o beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor da idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro no AS:

Cidade vítima

Nome completo da vítima

607.026.093-74

ISABELA DE ABREU GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ISABELA DE ABREU GOMES

CNPJ titular da conta

1607.026.093-74

Profissão

RECUSO INFORMAR

Endereço

RUA MANOEL FERREIRA DE SOUZA

Número

330

Complemento

Cidade

PARAGARÁ

Estado

PARACATUBA

Estado

CEARA

CNPJ

61.910-000

E-mail

Telefone (DDD)

(85) 980 07 4820

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir na endereço acima informado, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ DE R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (04)

AGÊNCIA

3604

CONTA

39560

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos), ou:

Banco

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

Informar se existe

Informar se existe

UNIA CORRETORA DE SEG. 2018
01 FEV. 2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 29 de Janeiro de 2018

Assinatura

Isabela de Abreu Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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: 3180063658
Nome do(a) Examinado(a): Isabela de Abreu Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manuel Ferreira de Sousa, 130
Pajucara Maracanau CE CEP: 61932-220
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20077281424
Data local do acidente: [22/01/2017]
Data local do exame: [05/03/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRM DORSAL, COM FRATURA DE D7.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DA UNIMED, TRANSFERIDA PARA O SÃO CAMILO, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSOS. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM.
Data da Alta: 10/10/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MARCHA ATÍPICA, CICATRIZ CIRÚRGICA NO DORSO E LIMITAÇÃO GRAVE/COMPLETA DOS MOVIMENTOS DA COLUMNA DORSAL.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DA COLUMNA DORSAL, PELA ARTRODESE DA MESMA.
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ☐ "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
SEGMENTO TORÁCICO DA COLUMNA VERTEBRAL
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa (X) 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.

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




Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

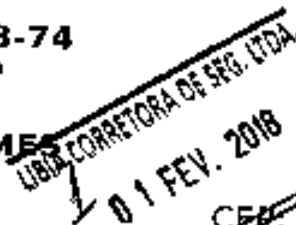
DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 202 - 530 - 2017

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **31/03/2017 09:32:32**Data / Hora da Ocorrência: **22/01/2017 03:00:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 060 060**

Complemento:

Bairro: **MONGUBA**Município: **PACATUBA/CE**Ponto de Referência: **POSTO DE GASOLINA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ISABELA DE ABREU GOMES**Nascimento: **02/08/1996** CPF: **607.026.093-74**RG: **20077281424**Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **MARIA LILIANE VIEIRA DE ABREU****CRISTOVÃO JOSE DE OLIVEIRA GOMES**Endereço: **RUA MANUEL FERREIRA, 130**Bairro: **PAJUÇARA**Município: **MARACANAÚ/CE**País: **BRASIL**Telefone: **7935-1119****Histórico**

Afirma a declarante que na data acima citada, a pessoa de nome JOANA DARC PEREIRA OLIVEIRA, conduzia o veículo FIAT PALIO FIRE FLEX DE PLACAS HYQ-0342/CE EM NOME DE DEYSELENE CARNEIRO CRUZ, CHASSI 9BD17164G72945961, ano 2007 de COR PRETA; Que esta conduzia o veículo no sentido PACATUBA/FORTALEZA, com alguns passageiros no caso a declarante ISABELA DE ABREU GOMES (VÍTIMA DO ACIDENTE); Que segundo a declarante a pessoa JOANA DARC PEREIRA OLIVEIRA, devidamente habilitada categoria (AB), bateu no meio-fio perdendo o controle do veículo, vindo a capotar; Que após o acidente a declarante juntamente com os demais passageiros foram para casa, levadas por alguns populares; Que no mesmo dia por volta das 12:00 a declarante estava sentindo muitas dores e foi levado para o hospital REGIONAL DA UNIMED em FORTALEZA, onde recebeu os primeiros atendimentos; Que no hospital foi constatado que a declarante tinha sofrido TRAUMA na coluna vertebral ficando internada naquele hospital por dois dias e sendo realizado uma cirurgia e sendo colocado dez pinos e duas placas de titânio na coluna; Que ainda continua em tratamento médico; Que testemunharam o acidente as pessoas: a condutora do veículo acima citada e a pessoa de nome (DIENE NUNES MARTINS), que também estava no carro com a declarante. E nada mais disse////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADSON ALVES ABREU - MAT.: 30095219****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 202 - 530 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO SIDNEY FURTADO RIBEIRO - MAT.: 012730-1-9

LIBIA CORRETORA DE SEC. JUD.
2 01 FEV. 2018
ASS: _____

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Isabella de Almeida Gomes

Cpf da Vítima

607.026.093-74

Data do Acidente

22/01/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

Cpf do Representante Legal

Sexo

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de novo pagamento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência;

☐ O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo acidente.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a caso discordo do seu conteúdo.

Fortaleza, 29 de Janeiro de 2018.

Local e Data

Isabella de Almeida Gomes

Campo 1 Assinatura do Beneficiário

Campo 2 Assinatura do Representante Legal



Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Data Nasc.: 02/08/1996-

Nome Social:

Idade: 20 Anos 5 Meses 21 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 0005142287

Carteira: 0630020045140111

Plano: UNIFLEX - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 23/01/2017 12:45

Data de Internação: 22/01/2017

Dias de Internação: 1

Data Impress.: 23/01/2017 12:49

EVOLUÇÃO MÉDICA

Comprovação de ato declaratório

MOTIVO DA ADMISSÃO NO HRU

CID da HD



MOTIVO QUE JUSTIFICA A PERMANÊNCIA NO HOSPITAL / UNIDADE

LISTA DE PROBLEMAS

FC: 88-113 BPM

FR: 14-14 RPM

SaO2: 96-98 %

PA: 60-90 / 110-120 MMHG

T: 36,3-36,9 GRAUS

GLICOTESTE

EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO

// NEUROCIRURGIA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO COM CAPOTAMENTO, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA TRANSITÓRIA, EVOLUINDO COM VÔMITOS E DORSAIGIA, ECG 15, PARS CRANTANOS SEM ALTERAÇÕES.

** TC CRÂNIO NDH

** TC COLUNA CERVICAL NDH

** TC COLUNA TORÁCICA FRAQUA COMPRESSIVA DE T7, SEM COMPRESSÃO MEDULAR.

EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CU: ALTA DA NEURO EM USO DE COLETE TORACOLUMBAR POR 3 MESES.
ACOMPANHAMENTO MENSAL
ORIENTAÇÕES.

LIBA CORRETORA DE SEC. LTDA
01 FEV. 2018
ASS:

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES

PLANO TERAPÊUTICO E CONDUTA

PREVISÃO DE ALTA

MÉDICO: CALANDER SOBREIRA VANDERLEI

CRM - 10374

Dr. Calander Sobreira Vanderlei
Neurocirurgião
CRM 10374