



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E-mail: coordenapsf@gmail.com



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

Atento p/ os dados fins que a paciente
Lucia Kanda Marcel de Souza foi vítima de
acidente de motocicleta em maio de 2018, com
fratura exposta de osso em membro superior
direito, realizando procedimentos cirúrgicos, com
melhora de lesões, porém, resultando em
sequela permanente em cotovelo direito (incapaz
de extensão completa de membro), necessitando
fisioterapia

CID-10: S59.7

2

Dr. Lucas Roberto Mader
Médico
CRM-CE 18799

16/01/2020.

Fumar faz mal a Saúde!

DECLARAÇÃO

EU LEILA KARLA MARCEL DE SOUZA
CPF - 003.394.533.03. FUI VITIMA
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, NO
DIA 15-05-2018. FUI SUBMETIDA
TRATAMENTO CIRURGICO NO ADM EM
COTOVELO DIREITO E TERÇO PROXIMAL
ULNA DIREITA, VEIO UM PAGAMENTO
SEM AO MENOS, PASSAR POR UMA
PERICIA MEDICA DA LIDER, GOSTARIA
DE PEDIR REANALISE.

TABOUEIRO DO NORTE



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 537922209

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
AGO/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
9355409 DV **5**

VENCIMENTO
15/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
199,43

Rota 12 025110 01 092500
Nome JOAO PAULO DE ARAUJO
Endereço Postal

Medidor 1375973
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora RU VER JOSE PINTO FILHO 00040 OITO DE SETEMBR TABULEIRO DO NORTE 62960000

RG / CPF / CNPJ 055.025.294-01

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
14568	14347	1	221	0	221

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	221	0,77283	170,79

OUTROS PAGAMENTOS
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 28,64
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 15,73)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
20/08/2018	19/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DCE2.887A.D7E7.35CB.61A3.2263.8DAB.44E9

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
170,79	27%	46,11

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	65,54
TRANSMISSÃO	6,99
DISTRIBUIÇÃO	37,35
ENCARGOS SETORIAIS	10,01
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	50,90

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.
"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
Da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

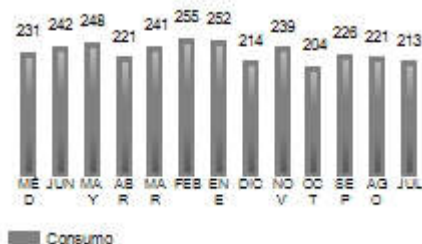
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês JUN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:	9355409-5	N° da Nota Fiscal:	537922209	Total a Pagar (R\$):	199,43
Data de Emissão:	14/08/2019	Referência:	AGO/2018	N° de Controle:	

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO PAULO DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 055025294 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 003344533 / 03

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 003344533 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>JOSE PINTO FILHO</u>	Número: <u>40</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>8 DE SETEMBRO</u>	Cidade: <u>TABULEIRO DO NORTE</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail:		CEP: <u>62960-000</u>
		Tel. (DDD): <u>(85) 999609640</u>

Local e Data: TABULEIRO DO NORTE 20.12.19

João Paulo de Araújo

Assinatura do Declarante

5320149

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vitorino, 750
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.251/0001-90 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 033793554

Rota TH007U10 - 144500 Referência 11/2019
Nome EILA KARLA MACIEL DE SOUZA
Endereço RU QUITERIA MARIA, 04363 - CENTRO,
62960-000, TABULEIRO DO NORTE
Classificação Residencial Pleno Emissão 12/11/2019
Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL Medidor 4411777-CPN-308
Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

7262557877454167890011808E184

DATAS DE LEITURA

Anterior 10/10/2019 Atual 12/11/2019 Próxima prevista 12/12/2019
P.F.: 20 dias



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	15.209	14.915	1,00	294	30	294	0,72850	214,18

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	46,23
JUROS MORATÓRIOS	-	0,23
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01306	3,84
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,02078	6,11
CONSUMO	0,72850	214,18

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	224,13	27,00	60,50
PIS	224,13	0,04	0,08
COFINS	224,13	0,30	0,66

VENCIMENTO

20/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

270,59

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

003.394.533-03

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) 0 100

INFORMAÇÃO AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 12/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A-ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

00339453303

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

00339453303

AGENTE DE SAÚDE

QUITERIA MARIA

4363

CASA

CENTRO

TABULEIRO DO NORTE

CE

62960-000

(80) 997083059

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos 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: 2701 4 CONTA: J5608 6

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ 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 nascituro (vivo/nascer)? ☐ 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, 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TABULEIRO DO NORTE 20.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2118 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/08/2018 11:05:36**
Data / Hora da Ocorrência: **15/05/2018 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **CE QUE LIGA LIMOEIRO A TABULEIRO**
Complemento:
Bairro: Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **MOTEL MILLENIUM**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA**
Nascimento: **25/07/1983** CPF: **003.394.533-03** UF: **CE**
RG: **2001025053656** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA**
LUIZ GOMES DE SOUZA
Endereço: **RUA QUITERIA MARIA, 4363**
Bairro: **CENTRO**
Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99929-5996**

Nome: **LUIZ GOMES DE SOUZA**
Nascimento: **18/10/1957** CPF: **380.569.333-87** UF: **CE**
RG: **2002025033740** Orgão Emissor:
Filiação: **FRANCISCA ROSA DOS SANTOS**
ANTONIO GOMES DOS SANTOS
Endereço: **RUA QUITERIA MARIA, 4344**
Bairro: **CENTRO**
Município: **TABULEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9926-3122**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSE1577** Uf: **CE** Município: **TABULEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2JC4820ER538809 Renavam: **993493173** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2014**
Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **ROSA**
Proprietário: **LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa a vítima que é pessoa habilitada e vinha trazendo seu pai Luiz Gomes de Souza, do município de Tabuleiro em direção a Limoeiro, na Biz (placa OSE1577/CE), quando na Ce que liga os dois municípios, próximo ao motel Millenium, colidiu numa ovelha que passava no meio da pista; que não foi possível evitar o acidente, tendo em vista, a surpresa que teve ao ver o animal saindo na lateral da pista; que enquanto o pai da vítima ficou no local do acidente, a vítima foi atrás de socorro, ocasião em que um homem que ia passando de carro, ofereceu ajuda e a trouxe para o Hospital São Camilo, dando entrada às 08h:13min; que seu pai foi socorrido por um homem conhecido por Toinho, pessoa que passava pelo local, e lhe ajudou, levando seu pai para o hospital numa moto; que a Biz, pilotada pela vítima ficou guardada numa casa no Sítio Maria Dias, pois uma pessoa conhecida

* Leila Karla Maciel de Souza
Pessoa conhecida de colisão



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2118 / 2018

levou o veículo para ficar guardado; que seu pai deu entrada no Hospital São Raimundo às 08h:30min; que a vítima e seu pai sofreram lesões em decorrência do acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature]
JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature]
BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature]
BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

[Signature]
BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

00339453303

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

00339453303

AGENTE DE SAÚDE

QUITERIA MARIA

4363

CASA

CENTRO

TABULEIRO DO NORTE

CE

62960-000

(80) 997083059

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos 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: 2701 4 CONTA: J5608 6

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ 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 nascituro (vivo/nascer)? ☐ 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, 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TABULEIRO DO NORTE 20.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721067

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Data do Acidente: 15/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO DE ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721067

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Data do Acidente: 15/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002701-4

Conta: 000010015608-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721067

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Data do Acidente: 15/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO PAULO DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02701-4

CONTA: 000010015608-8

Nr. da Autenticação A84C9DD2C967AAAD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190721067 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA **Data do acidente:** 15/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. P.9,21
FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO DIREITO. P.1,11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM COTOVELO DIREITO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.18,20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 078487	Atendimento 0001	Nome do Paciente LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA	CNS 705008623814350	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2001025053646 CPF: 003.394.533-03		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino	
Data de Nascimento 25/07/1983	Local TABULEIRO DO NORTE/CE	Idade 34 Ano(s)		
Pai LUIZ GOMES DE SOUZA	Mãe MARIA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA			
Endereço RUA QUITERIA MARIA, 4363	Bairro LULA	CEP 62960-000	Município TABULEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88992959966	
Responsável LUIZ GOMES DE SOUZA	CPF do Responsável	Endereço RUA QUITERIA MARIA, 4363	Município TABULEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/05/2018	Hora 08:12	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS		CRM/UF 19072/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA FLAVIANE SILVA QUEIROZ		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

coluna protocolada com amiel.
Apresenta enxaquecas em MSP, limitação frontal.
Apresenta fratura exposta e cotovelo direito
Osteogênese IS. Nega vômitos ou perda de consciência
MO. Fratura exposta e MSP.

- CD: 1) RX cotovelo direito AP e Perfil >
2) RX antebraço e mão direita >
3) RX mão direita AP e oblíquo >
4) Ultrassom long + SF axial EV
5) Tomografia long + SF axial EV
6) Gafografia 3g EV + SF axial EV
7) Transmissão - P/ IJF

Francisco Maria P. do Carmo
Téc. Radiologia
COREN-CE: 000.001-11

Observação
de Maria

Dr. Lucas Ribeiro Maciel
Médico
CRM - CE 19072

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM: 19072

Elisângela C. S. Silva
Técnica em Radiologia
CPF 799.030.933-53

maria Helena Lin
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LUIZ GOMES DE SOUZA

- 8) Sutura - P/ IJF
9) SF 1000 - EV
10) RX antebraço e mão esquerda

- 11) RX Tomografia de crânio
12) P/ IJF - P/ IJF

Francisco Maria P. do Carmo
Téc. Radiologia
COREN-CE: 000.001-11



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ 15420017504

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Leila Karla Maciel de Souza Prontuário Nº _____

Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 34 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Colisão motocicleta X Automóvel; Nexo perda de consciência, em adição
PIFR, com lesão em cotovelo direito, com fratura exposta.

Resultado de Exames: Urticária e mobilização/palpação em osso nasal
Apresenta edema em osso direito.

Conduta já Realizada:

Uso de 100mg EV + Tranquilizante 100mg EV + Gaze para 1g EV + Imobilização

Impressão Diagnóstica: Fratura exposta em cotovelo direito + Fratura osso nasal. CID: _____

Dr. Lucas Ribeiro Maciel

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

CRM - CE 18799

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico

Especialidade: Ortopedia/Traumatologia Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: ____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ SIM

☐ NÃO

☐ NÃO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Região: LITORAL NOROCCIDENTAL UNIDADE: HOSPITAL SÃO RAFAEL - LITORAL DO NORTE

Operação:

Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:

Seleção de situação

Seleção da solicitação

Visualização da solicitação

Lista de ocorrência

Inclusão de ocorrência

Visualização de ocorrência

Confirmação de cancelamento

Registro de transferência

Confirmação de transferência

Operação finalizada com sucesso

VISUALIZAÇÃO DE OCORRÊNCIA

Para retornar a lista de ocorrências clique em Voltar.

Natália Korla

LOGIN

natalia.matias

NOME

NATÁLIA MATIAS DE OLIVEIRA

DATA/HORA

15/05/2018 11:16

UNIDADE

CENTRAL MACRO DE FORTALEZA

DESCRIÇÃO

Dr Lázaro do IJF autorizou receber a paciente.
Debora do HO ciente.

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações

Voltar



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Paciente: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA		ID Paciente: 5562930
Data de Nascimento:	Idade: null	Sexo: F
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 14/06/2018
LAUDO		

ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES

COXA DIREITA

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor linear multifrequencial.

RELATÓRIO:

Coleção líquida heterogênea em subcutâneo da região lateral da coxa direita com volume de 30 mL. Provável natureza hemática. Há tênue movimentação do conteúdo no interior da coleção durante o exame (comunicação com veia superficial?).

CAMILO DE ALENCAR DIOGENES
CRM CE 9506



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:



- R/M do
Dentista Rito

Port. Fdure
Antes final
24/03/18

Data:

Ass./Carimbo do Médico

MA.000.003 - Versão 2 - 01 DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).

► Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60 025-061 • Fortaleza, Ceará, Br.
(85) 3255-5000.

ID do estudo: 10449

Philips Healthcare

Nome: LUIZ GOMES DE SOUSA, 60A
Registro hospitalar: 18-06-20-124141
DDN:
Idade:
Sexo: Outro

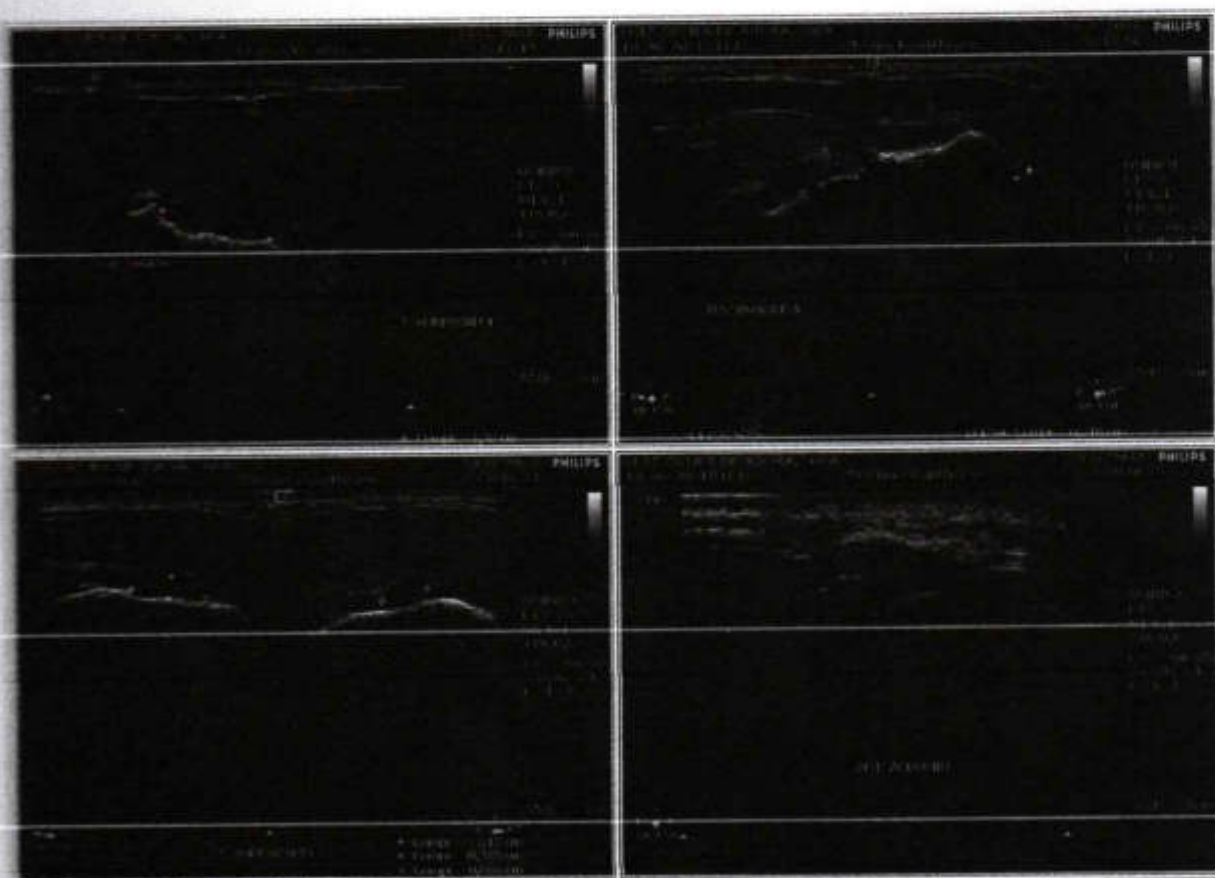
Data do estudo: 20/06/2018 12:41

Ombro

Altura:
Peso:
Cirurgia anterior:
Indicação:

Resumo da interpretação

Comentários sobre a interpretação

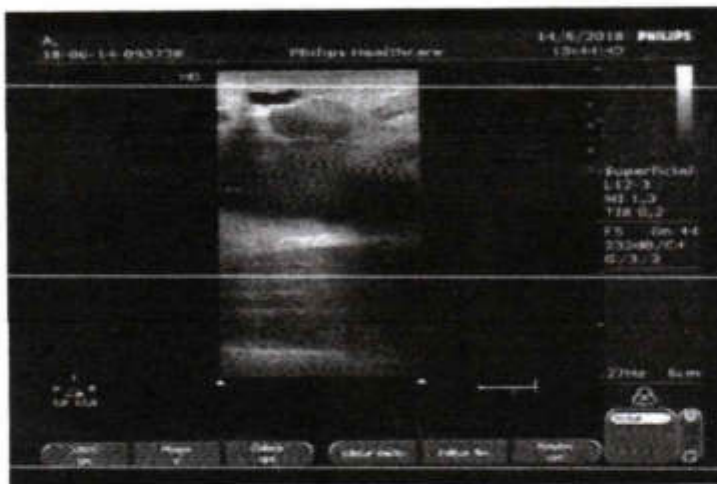


Interpretado por: _____



Paciente (5562930): LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

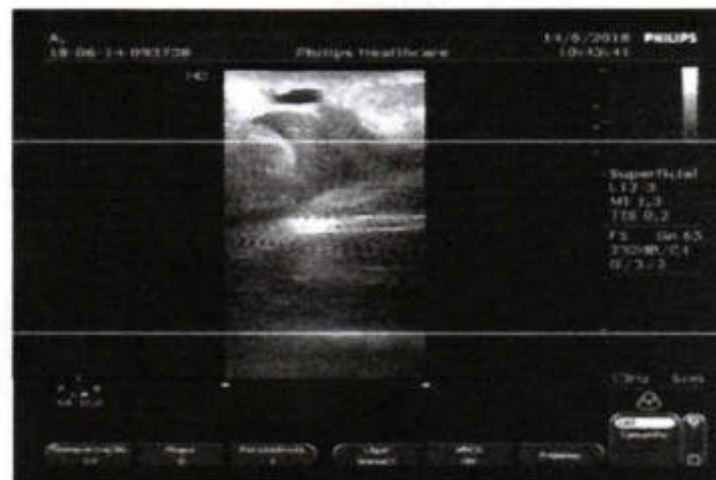
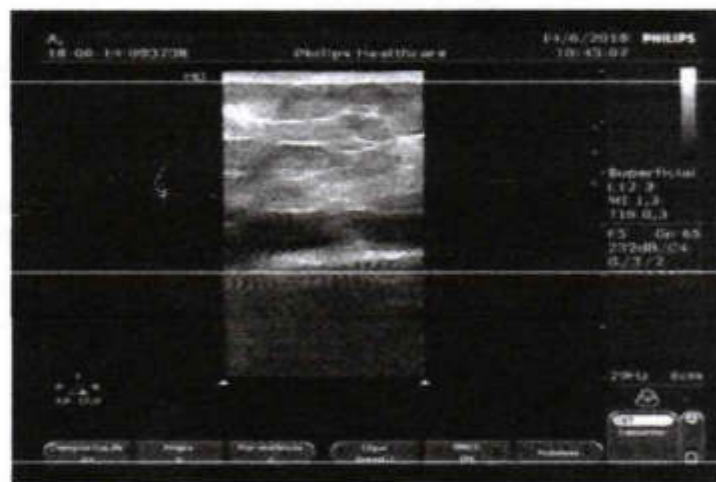
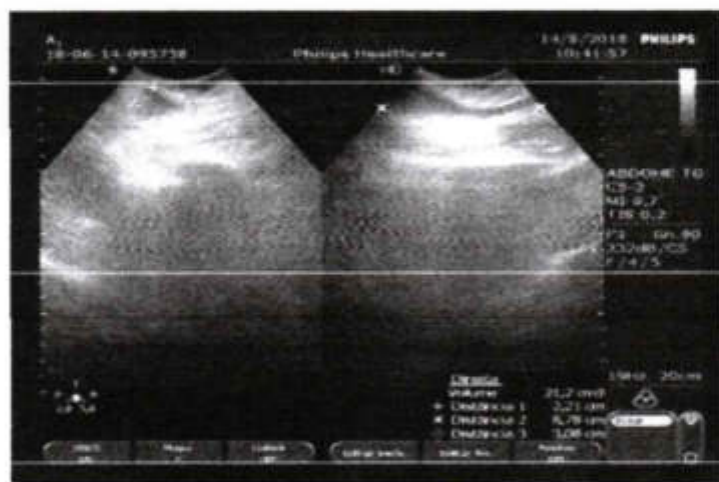
Sexo: FEMININO Data: 14/06/2018





Paciente (5562930): LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Sexo: FEMININO Data: 14/06/2018



RETORNO AMBULATORIAL

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Paciente: Leila Karla Maciel de Sousa

RETORNO AO SPA

DATA DE RETORNO: 14/06/18 às 08:00h (quinta-feira)

PROFISSIONAL: Dr. Afonso

DIAGNÓSTICO: Fratura de OPN

CONDUTA: AVALIAÇÃO PÓS OP

Data: 06/06/2018

Dr. Vinícius R. Gernes
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residência - CRO 8480


Assinatura e carimbo

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 14/06/2018 06:23:55	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705008623814350	NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA				Registro: 5562930		
CPF: 00339453303	RG: 20010250536	D. NASC: 25/07/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA				NOME DO PAI: LUIZ GOMES DE SOUZA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: QUITERIA MARIA			Nº: 4363	BAIRRO: LULA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992959966	MUNICÍPIO: TABULEIRO DO NORTE	UF: CE	CEP: 62960000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA		PARENTESCO:			TELEFONE: 992959966		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO:							
QUEIXAS:							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor:		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: <i>maná indolor em coxa direita.</i>							
Exame Físico: <i>abaulamento em coxa direita</i>							
Conduta: <i>Solicito rx, dgo, US partes moles</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: <i>14/06/18</i>		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:  Dr. Carolina C. G. Moraes Médica CREMEX 17967					



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DE TERCO PROXIMAL ULNA DIREITA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO.

NO MOMENTO, PACIENTE APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA COM DOR RESIDUAL E LIMITACAO DE ADM EM COTOVELO DIREITO.

AO SETOR DE PERICIAS MÉDICAS

CID :S520

FORTALEZA, 12 DE SETEMBRO DE 2018

Tairo Diogenes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15536



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: Leila Korte Macedo e Souza Prontuário: 5562930
Data de Nascimento: / / Data da Internação: / /
Motivo da Internação:

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: **LEITO:** **Internação Unidade:** / /

Diagnóstico Principal: Infarto e coarctação

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não ☒ Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta / Transferência:

* Seta a Retirar o 2015 Fios

20 Kirschner

* Retirar sutura

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial):

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: Data: / /

Data: 26/10/19

Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: **LEITO:** **Internação Unidade:** / /

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta / Transferência:

Comorbidades apresentadas:

Transferência:

☐ UTI ☐ Unidade ☐ CTQ ☐ Risco ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial):

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: Data: / /

Data: / /

Assinatura do Médico / CRM

FOLHA



ATESTADO MÉDICO

Paciente: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO É ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO INSTITUTO DR JOSE FROTA DEVIDO A FRATURA DO COTOVELO DIREITO, ESTANDO EM CONSULTA MARCADA PARA O DIA DE HOJE, SEM PREVISÃO DE ALTA

CID-10: S424

FORTALEZA, 13 DE MARÇO DE 2019.


Dr. CARO COSTA
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM-DF 19425



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Leila Karla Maciel de Sousa

Idade:

Prontuário: 5562930

unidade:

Leito:

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente, foi submetido à redução de fratura dos ossos próprios do nariz. Evolui orientado, eupneico, afebril. Ao exame, não apresenta sangramento ativo, sem sinais de infecção ou outras complicações.

Diagnóstico Principal: Fratura de OPN

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Não

Procedimentos Cirúrgicos:

1- Cirurgia realizada: Redução de Fratura de OPN

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Cirurgião: Dr. Afonso

Data: 06/06/18

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em: 14/06/18 as 08:00hrs Dr. Afonso

Observações: Dieta Branda fria ou gelada

Data: 06 /06/18

Dr. Vinícius R. Gomes
Cirurgia e Traumatologia
Boca-Maxilo-Facial
Residente - CRO 6400

Cirurgião Dentista

CRO/Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE C-M-R

Nº PRONTUÁRIO
FAMILIAR

01

CARTÃO SUS: 705008623814350

UBS: m^a de Fátima II

ACS: Isela.

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

NOME: Isela Karla Maíel de Souza.

ESTADO CIVIL: Solteira.

NOME DA MÃE: Maria Jacilva Maíel Brasil.

NOME DO PAI: Luiz Gomes de Souza

ESPOSO(A): Bruno Isela.

ENDEREÇO: R. Quitéria Maria, 4363.

PROFISSÃO: ACS

D.N.: 25/07/83 IDADE:

SEXO: F

TELEFONE: 99225-9966

ANAMNESE

1. QUEIXA PRINCIPAL

(x) DOR

(x) RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO

OBSERVAÇÕES: PO de fratura de cotovelo D

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Paciente relata que dia 15 de maio de 2018, sofreu trauma direto (estava em moto deita e colidiu em cactos) onde machucou o cotovelo D. Foi socorrida e encaminhada ao IJF tendo como diagnóstico fratura de cotovelo D. Realizou cirurgia dia no mesmo dia com colocação de pinos e fios. Fez retorno dia 7 de junho sendo encaminhada para sessões de fisioterapia manual.

3. HÁBITOS:

(x) SEDENTARISMO

() PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA

OBSERVAÇÕES:

Encaminhada para sessões de fisioterapia manual.

4. CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAIS:

() HABITA EM LOCAL ÍNGREME

() FAZ MOVIMENTO DE REPETIÇÃO

() SOBE ESCADA

() TRABALHA EM LOCAL/CONDIÇÕES QUE OFEREÇAM RISCOS A SAÚDE

OBSERVAÇÕES:

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

() ASMA

() CARDIOPATIA

() OBESIDADE

() EPILEPSIA

(x) TUBERCULOSE

() DIABETES

() ALERGIA

() DEPRESSÃO

() TABAGISMO

() ANEMIA

() HANSENÍASE

() DST

() ALCOOLISMO

() HEMORRAGIA

() FEBRE REUMÁTICA

() AIDS

() USO DE DROGAS

() ÚLCERA PÉPTICA

() DOENÇA MENTAL

() HIPERTENSÃO

(x) NEOPLASIA

() DISTÚRBO PSÍQUICO

OUTROS: Primo tem CA de esôfago e mama.

6. MEDICAMENTOS / CIRURGIAS / IMPLANTES / EXAMES COMPLEMENTARES

- Cirurgia: correção de fratura do nariz.
(6 de junho).

- Exames: Raio X.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABULEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE C.M.R.

Nº PRONTUÁRIO
FAMILIAR

FICHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Leila Karla Maniel de Souza DATA: 18/06/18

DATA	EVOLUÇÃO (Queixa Principal - História da Doença Atual e Progressiva - Exame Físico Conduta Recomendada - Hipótese Diagnóstica)
18.06.18	Realizado avaliação, sendo como diagnóstico P.O. de fratura de cotovelo D. A mesma usa encurtador de comprimento de membro devido aos aster que foram colocados (pós). Prevê-se internamente para neurologia retarda. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
24.10.18	Paciente realizou todo o tratamento de forma adequada, ainda apresenta dor justicada da ADM devido ao A.M. a mesma está aguardando ser chamada para retirada de pós. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
19.11.18	Paciente fez retirada de pós e retornou para a continuidade do tratamento. Apresenta bloqueio articular fatiga muscular. Encaminhada para realização de 30 m de fisioterapia motora. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
03.01.19	Paciente evoluiu bastante, com melhora na ADM, mas ainda apresenta um leve bloqueio articular. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
13.01.19	Paciente aumentou-se do tratamento para realizar cirurgia para retirada de pós em edo. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255
27.03.19	Paciente retornou aos atendimentos, fez a retirada dos pós está realizando exercícios de fortalecimento e ganho de ADM para flexão e extensão de cotovelo. <u>Kallu</u> Dra. Kátia Almeida Guerreiro Fisioterapeuta CREFITO 130.255



Paciente.....: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA
Exame.....: 916108 RM QUADRIL D
Convênio.....: PARTICULAR
Solicitante.....: DR VALTERNO N. PINHEIRO
Executante....: DR. GEORGE W. H. PEDROSA
Atendimento.: 978134 Data: 10/10/2018 Usuário: RE

MÁRIO DE ASSIS

Diagnóstico por

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL DIREITO

TÉCNICA:

- Exame realizado com seqüências FSE e gradiente eco ponderadas em T1, DP e T2, em planos de cortes múltiplos, alguns com técnica para supressão do sinal da gordura, sem o uso de contraste endovenoso.

RELATÓRIO:

- Estruturas ósseas de morfologia e sinal conservados.
- Espaço articular do quadril conservado.
- Ausência de derrame articular significativo ou sinais de sinovite no quadril.
- Lábio acetabular sem lesões definidas.
- Ligamento redondo de espessura, orientação e sinal normal.
- Tendões de espessura, orientação e sinal normal.
- Alteração de sinal e espessamento das fibras dos tendões glúteos médio e mínimo, inferindo tendinopatia.
- Espessamento / liquido nas bolsas trocantérica e subglútea mínima, caracterizando bursite.
- Grupamentos musculares íntegros.
- Ausência de massas sólidas ou císticas.
- Não se define realce anômalo significativo após injeção de contraste paramagnético.

DR. GEORGE W. H. PEDROSA
Medico Radiologista - CRM 12699



INSTITUTO Dr. JOSÉ PROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza 10

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome: <u>Leila Cerle Maciel de Souza</u>		Reg/Prontuário: <u>5562 930</u>
Data da Cirurgia: <u>15/04/13</u>	Unid. Internação:	Leito:
Cirurgião: <u>DR IDBAL</u> DR. IDBAL A. S. LISBOA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - CE 3737	1º Auxiliar: <u>Maximiliano Leonardo</u>	2º Auxiliar:
3º Auxiliar:	Anestesista: <u>Dr. Manoel Nogueira</u>	Instrumentador: <u>Manoel</u>
Tipo de Cirurgia: <u>hemiartroplastia de quadril + fixação de fratura</u>		
Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura exposta de Obcraur</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>O membro</u>		
Laudo Histopatológico Imediato:		
Exame Radiológico no Ato Cirúrgico:		
Acidente Durante o Ato Cirúrgico:		
Próteses/Órteses/Mat. Especiais? ☐ Sim ☐ Não		Tipo: <u>13/12/13</u>
Transfusão de Hemoderivados? ☐ Sim ☐ Não		Tipo: Volume:
Contagem de Compressas? ☐ Sim ☐ Não		Instrumental Conferido? ☐ Sim ☐ Não
Hora Início da Cirurgia: h min.	Hora Término Cirurgia: h min.	

ÍNDICE DE RISCO DE INFECÇÃO CIRÚRGICA (IRIC)

Potencial Contaminação

- Cirurgia Limpa..... 0 ☐
Potencialmente Contaminada 0 ☐
Cirurgia Contaminada 1 ☐
Cirurgia Infectada 1 ☐

A. S. A.

- I - Paciente Hígido..... 0 ☐
II - Alteração Sistêmica leve/moderada..... 0 ☐
III - Alteração Sist. Grave c/limitação atividade. 1 ☐
IV - Alteração Sist. Incapac. c/ameaça a Vida... 1 ☐
V - Risco Iminente de Morte..... 1 ☐
VI - Morte Encefálica..... 1 ☐

Tempo de Cirurgia

- Maior que o Esperado..... 1 ☐
Normal..... 0 ☐

I. R. I. C.

PC + ASA + TC = ☐ Zero ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Via de acesso - Técnica - Ligaduras - Drenagens - Suturas - Aspectos das Estruturas Anatômicas

1. Paciente em D.D. rot. anterior, anteroposterior e superior do M.S.D., apanhando de um por estereos
2. Lavagem exaustiva da ferida, desbridamento dos tecidos desvitalizados
3. Hemiartroplastia de quadril, redução e fixação com 2 fios de Kirschner
4. Lavagem em bandeja de tenax com acrílico
5. Hemostase, sutura e Rx do cotovelo

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MARILENE RODRIGUES DE ANDRADE

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 06/06/2018 06:35:34	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705008623814350	NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA			Registro: 5562930			
CPF: 00339453303	RG: 20010250536	D. NASC: 25/07/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA			NOME DO PAI: LUIZ GOMES DE SOUZA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: QUITERIA MARIA			Nº: 4363	BAIRRO: LULA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992959966	MUNICÍPIO: TABULEIRO DO NORTE	UF: CE	CEP: 62960000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA			PARENTESCO:		TELEFONE: 992959966		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO:							
QUEIXAS:							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor:			PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CIRURGIAO PLASTICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

06.06.18 - 7:54

Dr. Felipe G. Xavier
Cirurgia e Traumatologia
Bucal - Maxilo - Facial
CRO - CE 9097

SAME DO IUF
ESTA COPIA CONFERE
COM O ORIGINAL
DATA: 23/12/19
VIA:
SERVIDOR



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

Fortaleza

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome: <u>LEILA CARLA VIEIRA DE SOUZA</u>		Reg/Prontuário: <u>5522930</u>
Data da Cirurgia: <u>06/06/18</u>	Unid. Internação:	Leito:
Cirurgião: Dr Afonso	1º Auxiliar: <u>FELIPE</u> Murilo Teixeira	2º Auxiliar:
3º Auxiliar:	Anestesista:	Instrumentador
Tipo de Cirurgia: Redução de fratura de OPN (04.04.02.054-2)		
Tipo de Anestesia: Geral		
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de OPN (CID: S022)		
Diagnóstico Pós-Operatório: Fratura de OPN (CID: S022)		
Laudo Histopatológico Imediato:		
Exame Radiológico no Ato Cirúrgico:		
Acidente Durante o Ato Cirúrgico:		
Próteses/Órteses/Mat. Especiais? ☐ Sim ☒ Não		Tipo:
Transfusão de Hemoderivados? ☐ Sim ☒ Não		Tipo: Volume:
Contagem de Compressas? ☐ Sim ☐ Não		Instrumental Conferido? ☐ Sim ☐ Não
Hora Início da Cirurgia: h min.		Hora Término Cirurgia: h min.

Potencial Contaminação

- Cirurgia Limpa..... 0 ☐
Potencialmente Contaminada 0 ☒
Cirurgia Contaminada 1 ☐
Cirurgia Infectada 1 ☐

A. S. A.

- I - Paciente Hígido..... 0 ☐
II - Alteração Sistêmica leve/moderada..... 0 ☐
III - Alteração Sist. Grave c/limitação atividade. 1 ☐
IV - Alteração Sist. Incapac. c/ameaça a Vida... 1 ☐
V - Risco Iminente de Morte..... 1 ☐
VI - Morte Encefálica..... 1 ☐

Tempo de Cirurgia

- Maior que o Esperado..... 1 ☐
Normal..... 0 ☒

I. R. I. C.

PC + ASA + TC = ☐ Zero ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

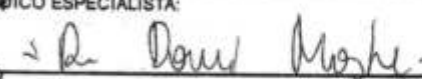
Via de acesso - Técnica - Ligaduras - Drenagens - Suturas - Aspectos das Estruturas Anatômicas

1. Paciente em DDH, sob anestesia geral
2. Antissepsia de face
3. Aposição de campos cirúrgicos
4. Redução de fratura de OPN
5. Aposição de tala gessada
6. Limpeza com SF 0,9%

Dr. Afonso de S. Ribeiro Filho
CREMEC 3020

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 15/05/2018 14:53:2	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705008623814350	NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA				Registro: 5562930		
CPF: 00339453303	RG: 20010250538	D. NASC: 25/07/1983	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA			NOME DO PAI: LUIZ GOMES DE SOUZA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: QUITERIA MARIA		Nº: 4383	BAIRRO: LULA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 992959966	MUNICÍPIO: TABULEIRO DO NORTE	UF: CE	CER: 82960000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: AMB DE TABULEIRO		PARENTESCO:		TELEFONE: 992959966			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um pedestre ou um animal							
QUEIXAS: AUTORIZADO POR DR. LAZARO							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: Paciente, 34, sofreu colisão moto-animal há, aproximadamente, 9h.							
Refere dor em cotovelo direito, caxa direita e 4º e 5º quírodact.							
Exame Físico: direito Rx demonstrando fratura de úlcera D.							
- Presença de fratura exposta de úlcera a direita.							
Conduta: Internamento hospitalar para realizar procedimento cirúrgico.							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					


Marcia Almeida de Brito Faria
Médica
CREMIEC 19026


Dr. Daniel Moshe

SAÚDE DO UF
ESTA CÓPIA CONFERE
COM A ORIGINAL
DATA 13/02/18

CENTRO



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

União Pêlo.

Atendo por a percent
eirene foi plantado o
cinco mil por Futuro os
estados dinto.

Então - n e

Alto defutur

Data:

11/10/11

Ass. Carimbo do Médico

Wilton Pinheiro

RumatoLOGIA

CRM-CE 113



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Idade: 34 ano(s)

Endereço: R RUA QUITERIA MARIA, 4363 - LULA - TABULEIRO DO NORTE/CE
R.

USO ORAL

1) NIMESULIDA 100MG

01 CAIXA

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 12/12 HORAS.

FORTALEZA/CE, 22 de Maio de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

Nome: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Idade: 34 ano(s)

Endereço: R RUA QUITERIA MARIA, 4363 - LULA - TABULEIRO DO NORTE/CE
R.

USO ORAL

1) NIMESULIDA 100MG

01 CAIXA

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 12/12 HORAS.

FORTALEZA/CE, 22 de Maio de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193

OBS: *Arterio*

Pin

50 Fungo

13:00

5871 00

ITF

Curativo - Sono fisiológico

Pontos noturnos com 15d

AGE



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª Via - Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Dr. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO	CRM: CRM/CE	Nº: 6193
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA Idade: 34 ano(s)
Endereço: R RUA QUITERIA MARIA, 4363 - LULA - TABULEIRO DO NORTE/CE
R

USO ORAL

1) CEFALLEXINA 500MG

40
COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 6/6 HORAS, DURANTE 10 DIAS.

FORTALEZA/CE, 22 de Maio de 2018

ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA
PINHEIRO
CRM/CE 6193

22 horas
04 da manhã
10 da manhã
16 horas

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.	Órgão Emissor:
Endereço:	
Município:	UF:
Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Data: 22/05/2018	Assinatura do Farmacêutico

Instituto Dr. José Frota
Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Paciente: Leila Karla Maciel de Sousa

Uso interno:

- 1) Ibuprofeno 600 mg _____ 09 comprimidos
Tomar um (01) comprimido de 08/08 horas por três (03)
dias.

Data: 06 / 06 / 2018

Dr. Vinicius R. Gomes
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residência - Otorrinolaringologia

Assinatura e carimbo



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

4

u it

0 Febre de 14

uso SUB-LINGUAL,

1x Dia

0
12/13

Data: / /

Valterio Pimenta
Traumatologista
CRM-CE 6193

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Leila Karla Lucio e Sousa

uso de

Tomografia

Tela

1m

OLX
6/84 SIN

Data:

12/12/17

Ass./Carimbo do Médico

Dr. Iulio Rêgo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

3



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Leopoldo Pinheiro
1234

um mês

① Hindoid gl ——— 01/11
gêner ———

mgua 2x dia.

13/06/10

Data:

1/1

Valterio Pinheiro
Traumatologista
CRM-CE 4193

Ass./Carimbo do Médico

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469660/19

Número do Sinistro: 3190721067

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

CPF: 003.394.533-03

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/05/2018

Titular do CPF: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 23/01/2020
Nome: JOAO PAULO DE ARAUJO
CPF: 055.025.294-01

JOAO PAULO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME JOAO PAULO DE ARAUJO	
DOC. IDENTIDADE / ONE-EMPREGO MP 3116077 ESP PB	
CM 055.025.294-01 DATA NASCIMENTO 21/06/1984	
FILIAÇÃO ADAMENON ARAUJO MARIA JOSE ARAUJO	
PERMISSAO ACE CATIA	
1ª HABILITACAO 29/08/2003	
2ª HABILITACAO 05/01/2017	
3ª HABILITACAO 03007009662	
4ª HABILITACAO 05/01/2017	
5ª HABILITACAO 29/08/2003	
6ª HABILITACAO 05/01/2017	
7ª HABILITACAO 29/08/2003	
8ª HABILITACAO 05/01/2017	
9ª HABILITACAO 29/08/2003	
10ª HABILITACAO 05/01/2017	
11ª HABILITACAO 29/08/2003	
12ª HABILITACAO 05/01/2017	
13ª HABILITACAO 29/08/2003	
14ª HABILITACAO 05/01/2017	
15ª HABILITACAO 29/08/2003	
16ª HABILITACAO 05/01/2017	
17ª HABILITACAO 29/08/2003	
18ª HABILITACAO 05/01/2017	
19ª HABILITACAO 29/08/2003	
20ª HABILITACAO 05/01/2017	
21ª HABILITACAO 29/08/2003	
22ª HABILITACAO 05/01/2017	
23ª HABILITACAO 29/08/2003	
24ª HABILITACAO 05/01/2017	
25ª HABILITACAO 29/08/2003	
26ª HABILITACAO 05/01/2017	
27ª HABILITACAO 29/08/2003	
28ª HABILITACAO 05/01/2017	
29ª HABILITACAO 29/08/2003	
30ª HABILITACAO 05/01/2017	
31ª HABILITACAO 29/08/2003	
32ª HABILITACAO 05/01/2017	
33ª HABILITACAO 29/08/2003	
34ª HABILITACAO 05/01/2017	
35ª HABILITACAO 29/08/2003	
36ª HABILITACAO 05/01/2017	
37ª HABILITACAO 29/08/2003	
38ª HABILITACAO 05/01/2017	
39ª HABILITACAO 29/08/2003	
40ª HABILITACAO 05/01/2017	
41ª HABILITACAO 29/08/2003	
42ª HABILITACAO 05/01/2017	
43ª HABILITACAO 29/08/2003	
44ª HABILITACAO 05/01/2017	
45ª HABILITACAO 29/08/2003	
46ª HABILITACAO 05/01/2017	
47ª HABILITACAO 29/08/2003	
48ª HABILITACAO 05/01/2017	
49ª HABILITACAO 29/08/2003	
50ª HABILITACAO 05/01/2017	
51ª HABILITACAO 29/08/2003	
52ª HABILITACAO 05/01/2017	
53ª HABILITACAO 29/08/2003	
54ª HABILITACAO 05/01/2017	
55ª HABILITACAO 29/08/2003	
56ª HABILITACAO 05/01/2017	
57ª HABILITACAO 29/08/2003	
58ª HABILITACAO 05/01/2017	
59ª HABILITACAO 29/08/2003	
60ª HABILITACAO 05/01/2017	
61ª HABILITACAO 29/08/2003	
62ª HABILITACAO 05/01/2017	
63ª HABILITACAO 29/08/2003	
64ª HABILITACAO 05/01/2017	
65ª HABILITACAO 29/08/2003	
66ª HABILITACAO 05/01/2017	
67ª HABILITACAO 29/08/2003	
68ª HABILITACAO 05/01/2017	
69ª HABILITACAO 29/08/2003	
70ª HABILITACAO 05/01/2017	
71ª HABILITACAO 29/08/2003	
72ª HABILITACAO 05/01/2017	
73ª HABILITACAO 29/08/2003	
74ª HABILITACAO 05/01/2017	
75ª HABILITACAO 29/08/2003	
76ª HABILITACAO 05/01/2017	
77ª HABILITACAO 29/08/2003	
78ª HABILITACAO 05/01/2017	
79ª HABILITACAO 29/08/2003	
80ª HABILITACAO 05/01/2017	
81ª HABILITACAO 29/08/2003	
82ª HABILITACAO 05/01/2017	
83ª HABILITACAO 29/08/2003	
84ª HABILITACAO 05/01/2017	
85ª HABILITACAO 29/08/2003	
86ª HABILITACAO 05/01/2017	
87ª HABILITACAO 29/08/2003	
88ª HABILITACAO 05/01/2017	
89ª HABILITACAO 29/08/2003	
90ª HABILITACAO 05/01/2017	
91ª HABILITACAO 29/08/2003	
92ª HABILITACAO 05/01/2017	
93ª HABILITACAO 29/08/2003	
94ª HABILITACAO 05/01/2017	
95ª HABILITACAO 29/08/2003	
96ª HABILITACAO 05/01/2017	
97ª HABILITACAO 29/08/2003	
98ª HABILITACAO 05/01/2017	
99ª HABILITACAO 29/08/2003	
100ª HABILITACAO 05/01/2017	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469660/19

Vítima: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

CPF: 003.394.533-03

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/05/2018

Titular do CPF: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAO PAULO DE ARAUJO : 055.025.294-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA : 003.394.533-03

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: 26/12/2019
Nome: JOAO PAULO DE ARAUJO
CPF: 055.025.294-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

JOAO PAULO DE ARAUJO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR 2001025053646 SSP CE
	CPF 003.394.533-03
	DATA NASCIMENTO 25/07/1963
	FUNÇÃO LUIZ GOMES DE SOUZA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA
PERMISSÃO	ACC CELENA
Nº RENOVADO 05244173520	VALIDADEZ 14/07/2020
1ª EMISSÃO 29/06/2011	
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura: <i>Leila Karla Maciel de Souza</i>	
LOCAL RUSSAS, CE	
DATA EMISSÃO 24/07/2015	
ASSINATURA DO DETRAN <i>10-Vet-2015</i>	
ASSINATURA DO CONDUTOR 86460201666 CE148556892	
DETRAN-CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1155729621

PROCURADOR PIAJUSTIFICAR
1155729621