

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Leila Karla Maciel de Souza, brasileira, solteira,
agente comunitária, inscrita no RG 2001025053646 e CPF 003.
394.533-03, residente à Rua Guilhermina Maria, 4363, Centro, Tabu-
leiro do Norte/CE, CEP 62960000.

OUTORGADOS: Dra. Janaina Gonçalves de Gois Ferreira, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB /Ce 20.994, portadora da cédula de identidade num.: 91002109860 e CPF: 480.368.113-91 e, Dra. Suzane Nunes Pinheiro, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 34.552, CPF: 967.952.713-15 e, Dra. Marcela Francisca Gusmão Ferreira, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB /Ce 40.936, CPF: 056.077.674-85, com escritório profissional a Rua Lino Fernandes, 162, Centro, Tabuleiro do Norte/CE, CEP: 62.920-000 – Tels: (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199, end. elet (85) 99997.8886 e (85) 98619.4199end. elet.: advocacia_janainagois@hotmail.com.

PODERES: Amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, **receber e dar quitação, receber depósitos em conta**, receber intimação e citação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, devendo atuar sempre em conjunto com o outorgante, dando tudo por bom e valioso em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO e REQUERIMENTO DE SEGURO DPVAT.**

Leila Karla Maciel de Souza

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins jurídicos e de direito, que sou **POBRE NA FORMA DA LEI**, ou seja, não disponho de condições econômicas para arcar com as despesas de custas processuais e honorários advocatícios, sem colocar seriamente em risco a minha própria manutenção e a de meus dependentes.

Fortaleza, ____/____/____.

Kaíla Karla Maciel de Souza

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF 2001025053646 SSP CE
	CPF 003.394.533-03
	DATA NASCIMENTO 25/07/1983
	PLACAO LUIZ GOMES DE SOUZA JACILVA MACIEL BRASIL DE SOUZA
Nº REGISTRO 05244173520	VALIDADE 16/07/2020
1ª HABILITAÇÃO 29/06/2011	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR Leila Karla Maciel de Souza	
LOCAL RUSSAS, CE	DATA EMISSÃO 24/07/2015
ASSINATURA DO EMISSOR Igor Vasconcelos Ponte	
86460201666 CE148556892	
DEBAN CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1155729621

PROIBIDO PLASTIFICAR
1155729621

5320149

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdomiro, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

fls. 11

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

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

Rota TN007U10 - 144500 Referência 11/2019

Nome EILA KARLA MACIEL DE SOUZA
Endereço RU QUITERIA MARIA, 04363 - 04363, CENTRO,
62960-000, TABULEIRO DO NORTE

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifa B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 12/11/2019

Medidor 4411777-CPN-308

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

728255FEEFF-EEF167E9CD31188BE1B4

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual P.F.: 30 dias Próxima prevista

10/10/2019 12/11/2019 12/12/2019



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	0,72650	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
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)	0 100

114 RUA COPELO, 001 BITE

Periodos: 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.



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

União Pádua

Atendo por e percent
exame foi realizado e
cinquenta por futuro as
estados de saúde.

Antes - e em
Alto defutring

Data:

11/10/11

Ass. / Carimbo do Médico

Valter Pinheiro
Aurora Pinheiro
CRM-CE 1793

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
(85) 3255-5000.



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 que a paciente
Leila Karla Marcel de Souza foi vítima de
acidente de motocicleta em maio de 2018, com
fratura exposta de tíbia e em membro superior
direito, realizando procedimentos cirúrgicos, com
melhora da lesão, porém, resultando em
sequela permanente em cotovelo direito (incapaz
de extensão completa de membro), necessitando
fisioterapia

CID-10: S55.7

2

CRM-CE 18799
Médico
Dr. Lucas Roberto Macedo

16/01/2020.

Fumar faz mal a Saúde!

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL							
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: 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 Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: Paciente, 34, sofreu colisão moto-animal há, aproximadamente, 9 dias. Refere dor em cotovelo direito, axa direita e 4º e 5º quírodo.							
Exame Físico: direito Rx demonstrando fratura de tíbia e rádio D.							
- Presença de fratura exposta de tíbia e rádio 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:					

Assinatura de Dr. José Frota
MARCIA MARIA DE SOUZA
Médica
CRM/CE 19025

Assinatura de Dr. Daniel Moshe

SAÚDE DO LUF
ESPECIALIDADE EM EMERGÊNCIA
DATA 13/05/2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA GONCALVES DE GOIS FERRERIAS, TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 22/06/2020 às 09:34, sob o número 2020.8.06.0001 e código 6811211B. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pgmApex.cfm?id=32479712, 2020.8.06.0001 e código 6811211B.

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

Fortaleza

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome: <u>LELA KALL VICTOR 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>Murilo Teixeira</u>	2º Auxiliar:
3º Auxiliar:	Anestesiista: <u>FELIPE</u>	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		A. S. A.
Cirurgia Limpa..... 0 ☐	I - Paciente Hígido..... 0	
Potencialmente Contaminada 0 ☒	II - Alteração Sistêmica leve/moderada..... 0	
Cirurgia Contaminada 1 ☐	III - Alteração Sist. Grave c/limitação atividade. 1	
Cirurgia Infectada 1 ☐	IV - Alteração Sist. Incapac. c/ameaça a Vida... 1	
	V - Risco Iminente de Morte..... 1	
	VI - Morte Encefálica..... 1	
Tempo de Cirurgia		I. R. I. C.
Malor que o Esperado..... 1 ☐	PC + ASA + TC = ☐ Zero ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
Normal..... 0 ☒		
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%		

[Assinatura]
Dr. Afonso de S. Ribeiro Filho
CREMEC 3920

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAÍNA GONÇALVES DE SOUZA, TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 22/06/2020 às 09:34, sob o número 02340970220208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.br/pastadigital/pgr/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 023409702.2020.8.06.0001 e código 6B12E1B.

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: 992959968,	MUNICÍPIO: TABULEIRO DO NORTE		UF: CE	CEP: 62960000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA		PARENTESCO:			TELEFONE: 992959968		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
ACIDENTE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO:							
QUEIXAS:							
OBSERVAÇÕES:							
SÍNIO VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		Escala de Dor:		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CIRURGIAO PLASTICA							

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
Bucco - Maxilo - Facial
CRO - CE 9097

COPIA DO LIT
ESTADO DO CARIÓTIPO
DATA 23/12/18
Visto



RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome: <u>Leila Carla Maciel de Souza</u>		Reg/Prontuário: <u>5568 930</u>	
Data da Cirurgia: <u>15/04/18</u>		Unid. Internação: _____	
Leito: _____		Leito: _____	
Cirurgião: <u>DR IDBAL</u> DR IDBAL A.S. LISBOA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - CE 3737		1º Auxiliar: <u>Maximiliano Leonardo</u>	
3º Auxiliar: _____		2º Auxiliar: _____	
Anestesista: <u>Dr. Manoel Nogueira</u>		Instrumentador: <u>Manoel</u>	
Tipo de Cirurgia: <u>humeros cirurgia + fixação de fratura</u>			
Tipo de Anestesia: _____			
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura exposta de Ombreira</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>o mesmo</u>			
Laudo Histopatológico Imediato: _____			
Exame Radiológico no Ato Cirúrgico: _____			
Acidente Durante o Ato Cirúrgico: _____			
Próteses/Órteses/Mat. Especiais? ☐ Sim ☐ Não		Tipo: <u>13 12 09</u>	
Transfusão de Hemoderivados? ☐ Sim ☐ Não		Tipo: _____	
Volume: _____		Instrumental Conferido? ☐ Sim ☐ Não	
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		A. S. A.	
Cirurgia Limpa..... 0 ☐		I - Paciente Hígido..... 0 ☐	
Potencialmente Contaminada 0 ☐		II - Alteração Sistêmica leve/moderada..... 0 ☐	
Cirurgia Contaminada 1 ☐		III - Alteração Sist. Grave c/limitação atividade. 1 ☐	
Cirurgia Infectada 1 ☐		IV - Alteração Sist. Incapac. c/ameaça a Vida... 1 ☐	
		V - Risco Iminente de Morte..... 1 ☐	
		VI - Morte Encefálica..... 1 ☐	
Tempo de Cirurgia		I. R. I. C.	
Maior que o Esperado..... 1 ☐		PC + ASA + TC = ☐ Zero ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
Normal..... 0 ☐			
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA			
Via de acesso - Técnica - Ligaduras - Drenagens - Suturas - Aspectos das Estruturas Anatômicas			
1. Paciente em D.D. sob anestesia, anteseptico o campo do H.S.D. a parição de campo estereotaxico 2. Lavagem exaustiva da ferida, debridamento do tecido desvitalizado 3. humeros do foco, redução e fixação com 2 fios de Kirschner 4. Lavagem em bande de tenax com aciflex 5. Hemostase, sutura o Rx do cotovelo			



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 Imagem **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 / líquido 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
Médico Radiologista - CRM 12699

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Impressão: 15/05/2018 08:33

Página 1

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)

Colisão motocicleta com animal.

Apresenta excussões no abd, lesões no crânio.

Apresenta fratura exposta e cotovelo direito

Oligopneia. Nege vômitos ou perda de consciência

MD. Fratura exposta e ASD.

CD: 1) RX cotovelo direito AP e Perfil >

2) RX crânio - 4 quadrantes direito >

3) RX mão direita AP e oblíquas >

4) Cefprozol 1000g + SF 1000ml EV

5) Tramadol 100mg + SF 1000ml EV

6) Cefazolina 3g EV + SF 1000ml EV

7) Transfusão - P/ IJF

8) Sutura no foc.

9) SF 1000ml EV

10) RX crânio lateral

11) RX cotovelo direito

Dr. Lucas Ribeiro Mader
Médico
CRM - CE 19895

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM: 19072

Francisco Maria P. da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-CE: 01081-07

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LUIZ GOMES DE SOUZA

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



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: 15420017504

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Leila Karla Maciel de Souza Prontuário N° _____Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 34 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:Colisão motocicleta x Automóvel, Nuge perda de consciência, ou ed-
PIFR, com lesões em cotovelo direito, com fratura exposta.Resultado de Exames: Testes a mobilização/palpação em osso nasalApresenta edema em coxa direita.**Conduta já Realizada:**Wopropas 100mg EV + Tramadol 100mg EV + Cefazolina 1g EV + Mobiliza-Impressão Diagnóstica: Fratura exposta em cotovelo direito + Fratura osso nasal. CID: _____Dr. Lucas Ribeiro Maciel

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

15/05/18

Data

08:45

Hora

CRM - CE 18799

AgendamentoEncaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio DiagnósticoEspecialidade: Ortopedia / Traumatologia Profissional: _____

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

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: ____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico:**Resultado de Exames:**

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada:**Proposta de Conduta para Seguimento:**

O problema justificou a referência?

☐ SIM☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM☐ 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

MACRO REGIÃO - UNIDADE HOSPITAL SÃO RAMULÃO - LIMOEIRO DO NORTE

Operação:

Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DE OCORRÊNCIA

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

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

Natália Korla



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



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 22

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		

ULTRASSONOGRRAFIA 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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANAINA GONCALVES DE GOIS FERREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 22/06/2020 às 09:34, sob o número 02340970220208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0234097-02.2020.8.06.0001 e código 6B12E1B.



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: rely Kely mend
BE / Prontuário: _____



- R/M do
Dentista Rely

Por Faltas e
Antes de

24/03/18

Data: _____

[Signature]

Ass./Carimbo do Médico

ID do estudo: 10449

Philips Healthcare

Nome: LUIZ GOMES DE SOUSA, 60A

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

Registro hospitalar: 18-06-20-124141

DDN:

Idade:

Sexo: Outro

Ombro

Altura:

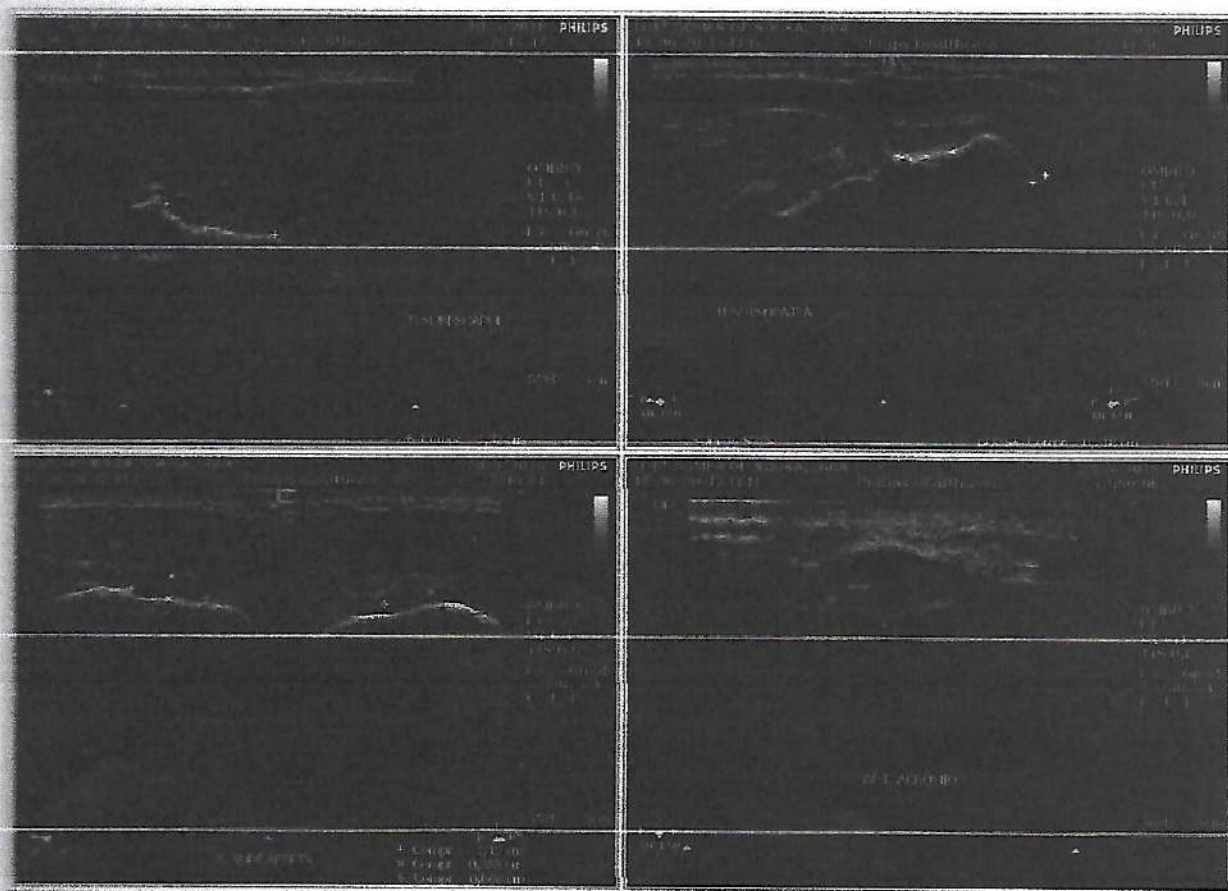
Peso:

Cirurgia anterior:

Indicação:

Resumo da interpretação

Comentários sobre a interpretação

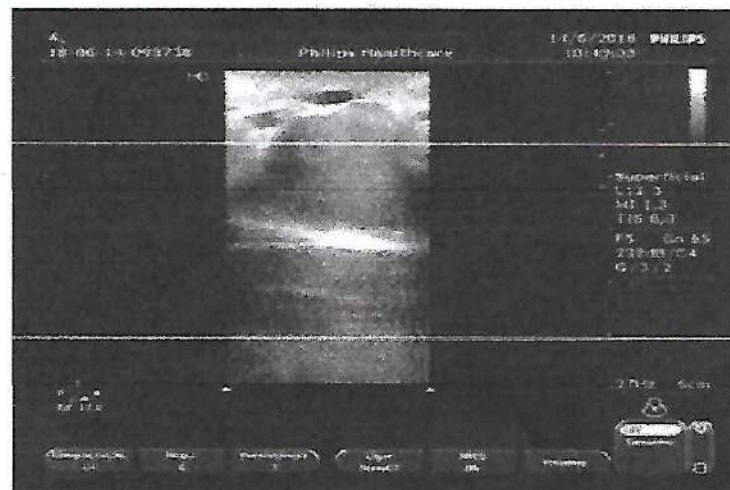
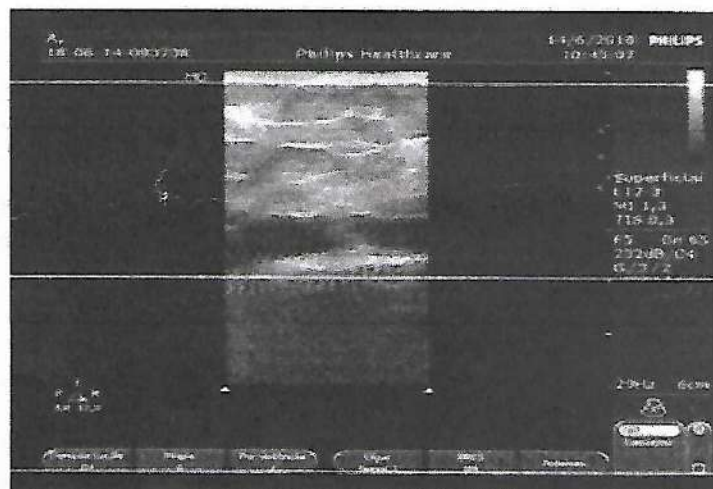
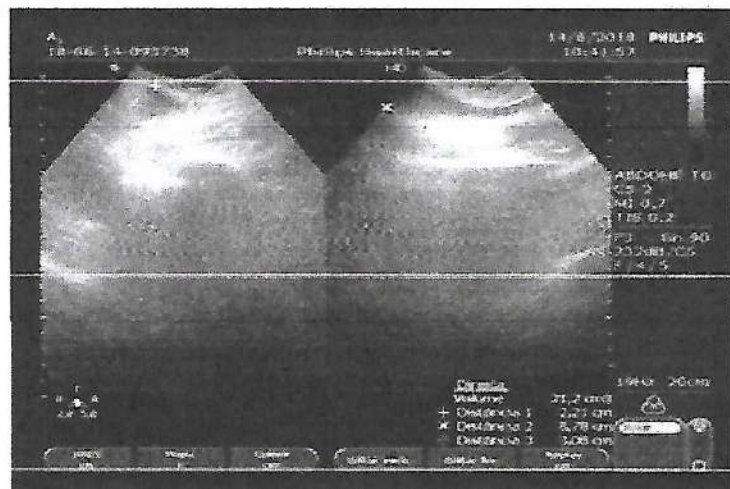
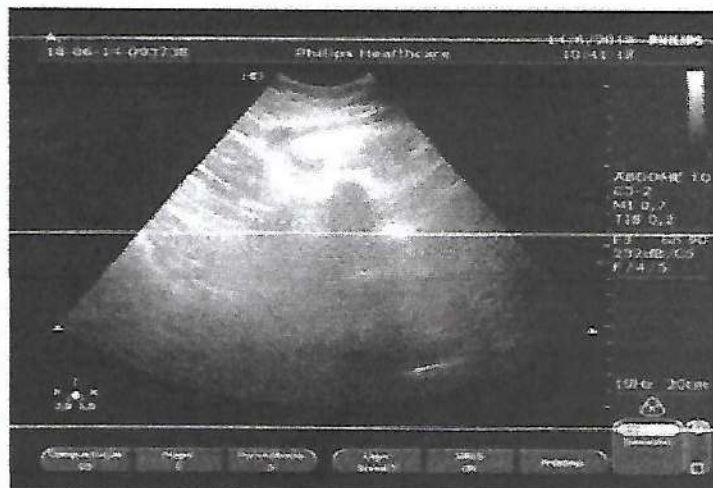
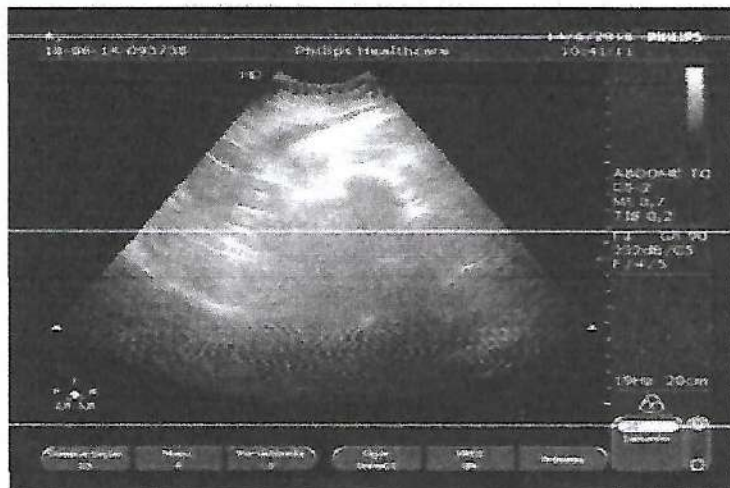


Interpretado por: _____



Paciente (5562930): LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Sexo: FEMININO Data: 14/06/2018

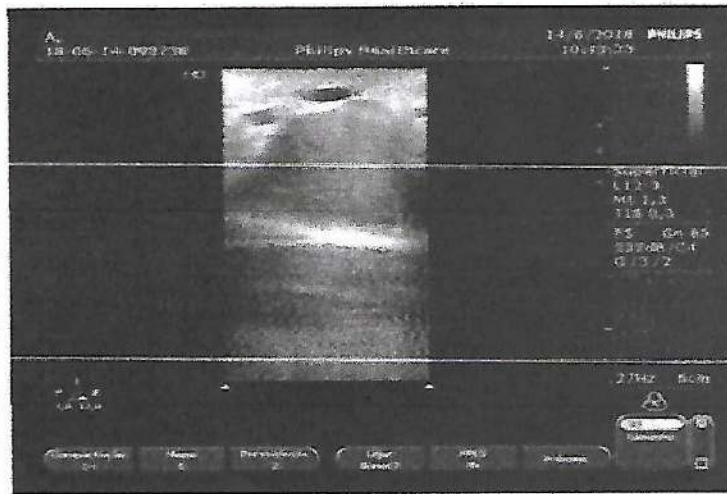
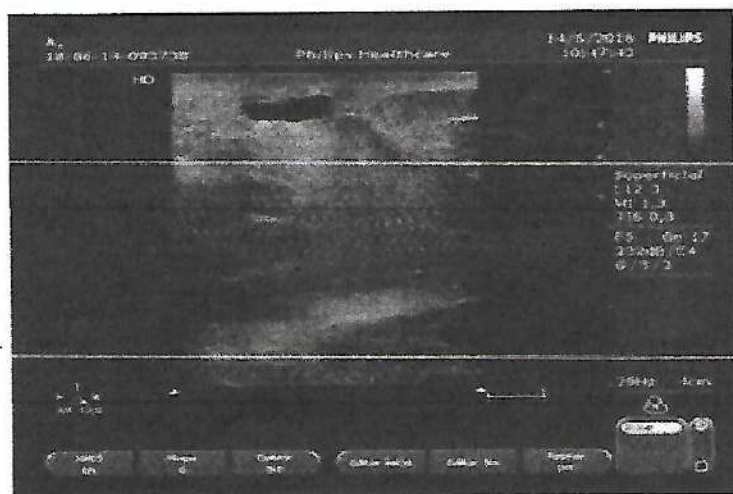
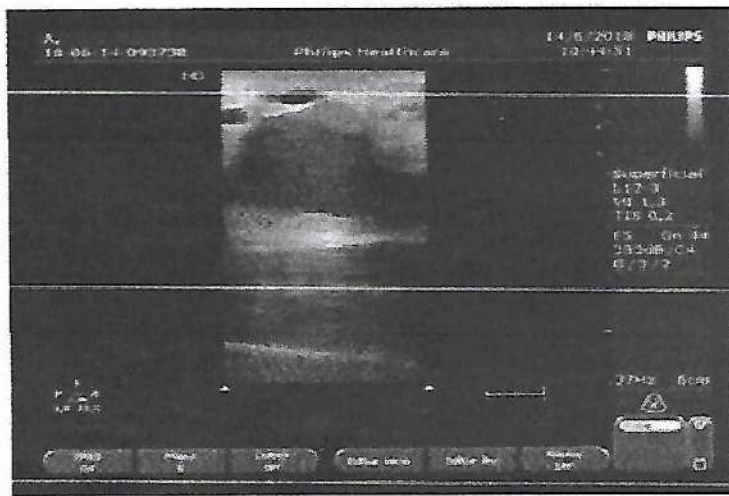
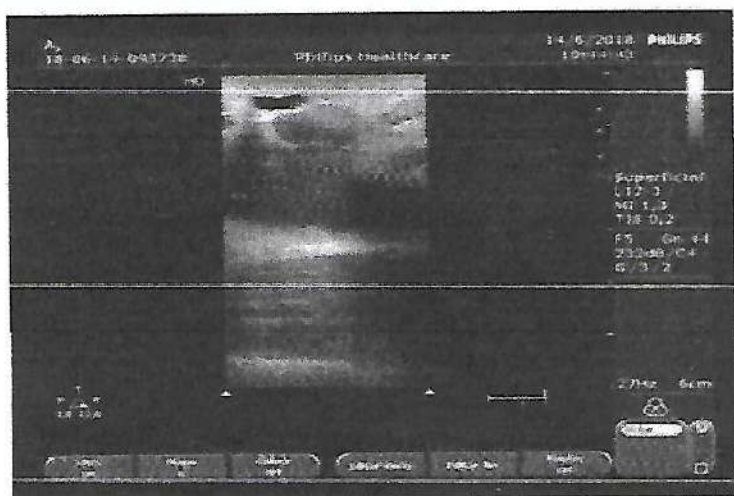


Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JANANA GONÇALVES DE SOUZA FERREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 22/06/2020 às 09:34, sob o número 02340970220208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0234097-02.2020.8.06.0001 e código 6B12E1B.



Paciente (5562930): LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

Sexo: FEMININO Data: 14/06/2018



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>manca unteleta em coxa direita.</i>							
Exame Físico: <i>abaulamento em coxa direita</i>							
Conduta: <i>Solicito raios, dxo, 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 CRM/MC 17367					



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: Ed. L. Kinsch Unidade 2 8002 Prontuário: 5562930
Data de Nascimento: / / Data da Internação: / /
Motivo da Internação:

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

Diagnóstico Principal: Infarto a coronária 1

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: () Não Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta / Transferência:

* Sinta a dor no 2015 F105
20 Kinsch
* Retorno ambulatorio

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



RESUMO ALTA HOSPITALAR

UNIDADE: 27 LEITO: _____ Internação Unidade: ____/____/____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s): _____

Resumo de Alta / Transferência:

Comorbidades apresentadas: _____

Alta Hospitalar

☐ Alta Hospitalar

☐ Óbito

Orientações de Alta Hospitalar: _____

Condições de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado

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

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico / CRM



**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

Taíro Diogenes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15525



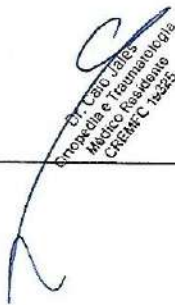
ATESTADO MÉDICO

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. Carlo Jales
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM-CE 14325



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: Gois Karla Maria da Silva Prontuário: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Data da Internação: ____/____/____
Motivo da Internação: _____

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

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s): _____

Resumo de Alta / Transferência: Alta para a ADM com 1 dia

Comorbidades apresentadas: _____

Transferência:

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

Orientações de Alta (Setorial): _____

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

Data: 17/12/18

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



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

Cirurgião: Dr. Afonso

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

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

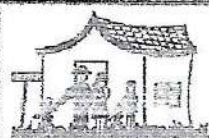
Observações: Dieta Branda fria ou gelada

Dr. Vinícius R. Gomes
Cirurgia e Traumatologia
Bico-Maxilo-Facial
Residente - CRO 8400

Data: 06 /06/18


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: beila.

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

NOME: Beila Karla Maíel de Souza. ESTADO CIVIL: solteira.

NOME DA MÃE: Maria Jacilva Maíel Brasil.

NOME DO PAI: Luiz Genes de Souza

ESPOSO(A): Baimo Raula.

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 (estaca em motocicleta e colidiu em acollia) onde machucou o cotovelo D. foi socorrida e encaminhada ao IJT tendo como diagnóstico fratura de cotovelo D. Realizou cirurgia dia no mesmo dia com colocação de pins e fios. fez furo no dia 7 de junho sendo encaminhada para 20ss de fisioterapia manual.

3. HÁBITOS:

(x) SEDENTARISMO

() PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA

OBSERVAÇÕES:

nhada para 20ss 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
() TUBERCULOSE	() DIABETES	() ALERGIA	() DEPRESSÃO
() TABAGISMO	() ANEMIA	() HANSINÍASE	() DST
() ALCOOLISMO	() HEMORRAGIA	() FERRE REUMÁTICA	() AIDS
() USO DE DROGAS	() ÚLCERA PÉPTICA	() DOENÇA MENTAL	
() HIPERTENSÃO	(x) NEOPLASIA	() DISTÚRBO PSÍQUICO	

OUTROS: fuma 100 de cigarro e maquiagem.

6. MEDICAMENTOS / CIRURGIAS / IMPLANTES / EXAMES COMPLEMENTARES

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

= Exames: Raio X.

7. EXAME FÍSICO	
ESTATURA:	PESO: 71 Kg. IMC: CIRC. ABD.
PULSO:	FREQUÊNCIA RESP.: P.A.: TEMP.:
INSPEÇÃO	- faz uso de calça. - edema em cotovelo.
PALPAÇÃO	- melata dors. - bloqueio articular. - atrofia muscular.
MOBILIZAÇÃO PASSIVA	- não realiza nenhum movimento do cotovelo.
MOBILIZAÇÃO ATIVA	- não realiza nenhum movimento.
TESTE DE FORÇA MUSCULAR	- grau 3.
8. GONIOMETRIA: grau 0° pl flexão de cotovelo 0° pl 0°	
9. TESTES ESPECÍFICOS:	
10. DIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL:	
11. OBJETIVOS DO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO:	
12. TRATAMENTO FISIOTERÁPICO:	
18/06/18 DATA	
 PROFISSIONAL	



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 Maíel 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 natureza de cetoide. D. a mesma veio encontrar dificuldade de realizar o tratamento, devido as ates que foram colocadas (pior). Provavelmente será necessário retirar. <u>Kallu</u>
24.10.18	Paciente realizou todo o tratamento de forma adequada, ainda apurando justificativa da ADM devido pior. A mesma está aguardando ser chamada para retirada de pior. <u>Kallu</u>
19.11.18	Paciente fez retirada de pior e retornou para da continuidade do tratamento. Apresenta bloqueio articular e atropia muscular. Encaminhada para realização de 30 m de fisioterapia motora. <u>Kallu</u>
03.01.19	Paciente evoluiu bastante, com melhora na ADM, mas ainda apresenta um leve bloqueio articular. <u>Kallu</u>
13.02.19	Paciente ausentou-se do tratamento para realizar cirurgia para retirada de pior em edoento. <u>Kallu</u>
27.03.19	Paciente retornou aos atendimentos, fez a retirada das pias e está realizando exercícios de fortalecimento e ganho de ADM para flexão e extensão de cotovelo. <u>Kallu</u>



NOME: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA

SOLICITO:

FISIOTERAPIA30 SESSÕES

HD: FRATURA DO COTOVELO DIREITO

OBJETIVOS:

1. ANALGESIA
2. GANHO DE ADM
3. FORTALECIMENTO MUSCULAR

Fortaleza – CE, 14 DE MARÇO DE 2019

Dr. Caio Jales
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CREMFC 16325

SINISTRO 3190721067 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 00339453303**Posição em 20-01-2020 14:26:30**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3100721067 3 - CPF da vítima: 003.394.533.03 4 - Nome completo da vítima: 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: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA 6 - CPF: 00339453303
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE 8 - Endereço: QUITERIA MARIA 9 - Número: 4363 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: TABULEIRO DO NORTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62960-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (88) 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: 2401 4 CONTA: 15608 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.

Pelo 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 6.194/74, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vai 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a 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

*Leila Karla Maciel de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

João Paulo de Azevedo

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**
RG: **2001025053656** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
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**
RG: **2002025033740** Orgão Emissor: _____ UF: **CE**
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
Luiz Gomes de Souza

**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 :**JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**Leila Karla Maciel de Souza**VISTO DO DELEGADO(A) :**BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

* Luiz Gomes de Souza



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 003394533/03

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

inscrito (a) no CPF sob o Nº 003394533/03, 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>	CEP: <u>62960-000</u>
E-mail:		Tel.(DDD): <u>(88) 999609640</u>	

Local e Data:

TABULEIRO DO NORTE 20.12.19

João Paulo de Araújo

Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO

Outorgante: LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão AGENTE COMUNITARIA, residente e domiciliado à Rua QUILTERIA MARIA, nº 4363, bairro CENTRO, Município de TABULEIRO DO NORTE Estado de(o) CE, Cep: 62960-000, portador(a) do Rg nº 2001025053646, SSP/CE e CPF nº 00339453303.

Outorgado: JOÃO PAULO DE ARAUJO, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à Rua JOSE PINTO FILHO, nº 40, bairro 8 DE SETEMBRO, Município de TABULEIRO DO NORTE Estado de (o) CE, Cep: 62960-000, portador (a) do RG nº SSP/ PB e CPF nº 05502529401.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, de natureza INVALIDEZ/DAMS que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) LEILA KARLA MACIEL DE SOUZA, ocorrido em 15.05.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

TABULEIRO DO NORTE 19, de 12 de 2019.

CARTÓRIO CARLOS

Leila Karla Maciel de Souza
Outorgante
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

