
Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266301

Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA

Data do Acidente: 25/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINETE DE SOUZA SILVA

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

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266301

Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA

Data do Acidente: 25/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINETE DE SOUZA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 punhos

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: **EDINETE DE SOUZA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001047**

Conta: **0000014903-0**

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, 17 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: EDINETE DE SOUZA SILVA

Nº Sinistro: 3190266301
EDINETE DE SOUZA SILVA

Data do Acidente: 25/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190266301**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14324850



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (CUSTAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTAR)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do registro ou AS

CPF da vítima

Nome completo da vítima

025-782-653-05

Edinete de Souza Silva

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

Nome completo: Edinete de Souza Silva

Profissão: Autônomo

Endereço: Rua Tupi

CPF: 025-782-653-05

Número: 1565 CS Altos

Bairro: Jockey Club

Cidade: Fontalva

Estado: CE

CEP: 60000000

Tel (DDD): 85-9761-8930

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS - DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 1047

13

CONTA: 14903

(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 qualquer tempo, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Requerimento 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

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filho:

informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provar a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Fontalva, 01 de Abril de 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2019206933

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1005 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **29/03/2019 12:52:53**Data / Hora da Ocorrência: **25/10/2018 17:20:00**Endereço da Ocorrência: **RUA BARÃO DE SOBRAL**

Complemento:

Bairro: **DAMAS**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PRÓXIMO A AVENIDA JOÃO PESSOA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **EDINETE DE SOUZA SILVA**Nascimento: **25/07/1986** CPF: **025.782.653-05**RG: **2002097043831**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **ELENIR SOUZA SILVA****JOSÉ SARAIVA DA SILVA**Endereço: **RUA TUPI, 1565 ALTOS**Bairro: **JOAO XXIII**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

CEP:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **HZA3325** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2JC30708R079635** Renavam: **943950759** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:**2007** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**Proprietário: **MARIA NAYANE CAMPOS SEMEAO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Afirma que no horário e data acima mencionados trafegava sozinha na motocicleta de placa HZA-3325, licenciada em nome de Maria Nayane Campos Semeão, que dobrou na Rua Barão de Sobral, e estacionou no semáforo, quando avistou um veículo de placas não anotadas, que vinha em sua direção, assustou-se e caiu da motocicleta, sendo que o veículo desviou e foi embora; QUE, com a queda ficou lesionada; QUE foi socorrida por pessoas que presenciaram o acidente e depois levada para o IJF Centro, onde recebeu atendimento. E nada mais disse//////////

OBS: A falsa comunicação é prevista no Art 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**Maria do Socorro Furtado Silva
MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**Edinete de Souza Silva

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: Edinete de Souza Silva CPF: 025-782-653-05
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Tupi Número: 1565 Complemento: CS Alta
Bairro: Jockey Club Cidade: Fontalva Estado: CE CEP: 60000000
Tel. (DDD): 85-9761-8930

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS: DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 1047 13 CONTA: 14903 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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.

Foi 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 do 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CxL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filho, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso não viva, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem beneficiários que se apresentarem e provar, em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão 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.

Local e Data: Fontalva, 01 de Abril de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

Edinete de Souza Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGÓ na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 25/10/2018 18:25:27	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702109721740195	NOME: EDINETE DE SOUZA SILVA		Registro: 5586838				
CPF: 025.782.853-05	RG: 2002097043831	D. NASC: 25/07/1986	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: ELENIR SOUZA SILVA		NOME DO PAI: JOSE SARAIVA DA SILVA					
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: TUPÁ		Nº: 565	BAIRRO: JOÃO XXIII			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 85 997691590	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60525250			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: EDINETE DE SOUZA SILVA		PARENTESCO:		TELEFONE: 85 997691590			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACÓRDIAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista							
QUEIXAS: QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DEFORMIDADE GROSSEIRA+ DOR MODERADA							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/ DOR MODERADA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
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:					



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINETE DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01047

CONTA: 000000014903-0

Nr. da Autenticação F55AA72DA74BB6F8

5126653

Inscrito para Lei Nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Calmon, 190
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.846-3

enel

Para aplicar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

559866071

Rota 20 012-40 23 100600 - 5

Data de Emissão 29/01/2019

Nome MARIA MARTA ALVES PEREIRA

End. Postal RUI FLUPE 01565 CS ALTOS

JOCKEY CLUB - FORTALEZA

Medidor 25253975

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BA. RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 045381993-11

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jan/2019
Data da Apresentação 29/01/2019
Próxima Leitura 26/02/2019

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto 1.000
Mês Jan/2019 EIGI 10.33

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
R\$ 0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

STN 1.960.1270.4650.942.1200.4707

Padrão Individual	Aprovação Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	9,91	19,82
RC	3,11	6,22	12,45
DMIC	1,77		8,35

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7365	7260	1,00	105	0,00	0,00	0,22	23,10
25/01/19	28/12/18		32 Dias		105		23,10

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS
Multa Moratória Ref. 10/2018
ILUMINAC. PÚBLICA MUNICIPAL
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA, BAIXA RENDA
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

VALOR (R\$)
23,10
0,55
9,50
1,22
-39,69

VENCIMENTO

25/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Valor do Consumo	23,10
Encargos	0,55
Distribuição	0,55
Encargos Especiais	0,55
Tarifa (PIS-COFINS)	2,65
TOTAL	29,40

HISTÓRICO DE CONSUMO últimos 12 meses

103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114
103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114

CONSUMO CONSÓRTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão de CO₂ 0,99 | Compensação de CO₂ 0,99 | Cotação Ecológica (NCC) 0,00

PARA CONSULTAR SUA TELA DE DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DE CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

Consta desta fatura R\$ 2,65 referente a PIS e COFINS. Assinatura: PIS/COFINS e COFINS/17N

Sendá-se verde em Jan/19, sem acréscimo no valor do anexo e ser impresso para o
consumidor. Informações: www.brazil.gov.br

Nº do Cliente 5126653 Jan/2019 Referência 0,00
Data de Emissão 29/01/2019 Total a Pagar (R\$) 0005126653 00076 19762 24
Nº da Nota Fiscal Nº de Controle
PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mini
mo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor
será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer
incidência de multas ou encargos.



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

Eu, Maria Mayane Campos Semeão

RG nº 2006005000360, data de expedição 17/01/2017

Órgão SSP, portador do CPF nº 04125065306

com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

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

Travessa Antônio dos Santos, nº 40

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

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

Edinete de Souza Silva, cujo o condutor era

Veículo: Moto Modelo: Honda CB 125 Fan Ano: 2007-2008

Placa: HA 3325 Chassi: 9C2JC30708R079635

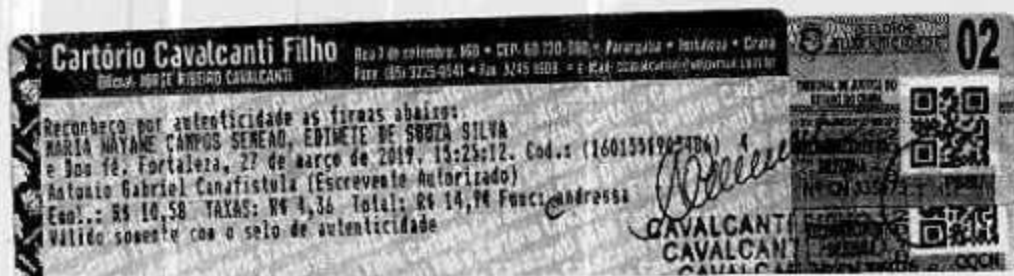
Data do Acidente: 25/11/2018

Local e Data: Rua Barão de Sobral 25/11/2018

Maria Mayane Campos Semeão
Assinatura do Declarante

Edinete de Souza Silva
Assinatura do Condutor

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



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 25/10/2018 18:25:27	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702109721740195	NOME: EDINETE DE SOUZA SILVA				Registro: 5586638		
CPF: 025.782.653-05	RG: 2002097043831	D. NASC: 25/07/1986	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR:		
NOME DA MÃE: ELENIR SOUZA SILVA			NOME DO PAI: JOSE SARAIVA DA SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: TUP		Nº: 565	BAIRRO: JOAO XXII			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 85 997691580	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60625250			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: EDINETE DE SOUZA SILVA			PARENTESCO:		TELEFONE: 85 997691580		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADOR:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DEFORMIDADE GROSSEIRA+ DOR MODERADA							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/ DOR MODERADA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
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:			

DE PROTOCOLO - 101
RAE TIRADA
PELO SISTEMA ESUS
DATA 08/03/2019
MOTOCICLISTA
Eduardo Moreira





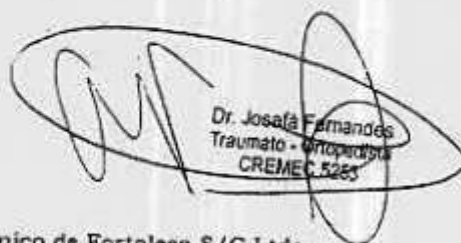
H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Edinete de Jesus Silva

P/ DPVAT

- Paciente de alta da
traumatologia.

03/04/19


Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5265

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MD007.3





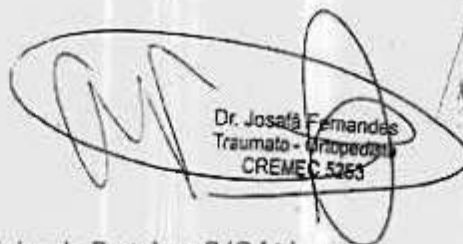
H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Edinete de Jesus Silva

- P/ DPVAT

- Paciente de alta da
traumatologia.

03/01/19

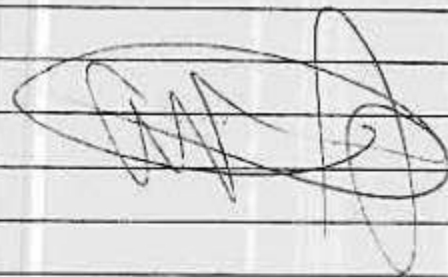

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedia
CREMEC 5263



Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fonc/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@ig.com

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- Desobito dorsal sob anestesia
- Alargado do M5D
- Alargado dos campos
- Inclinação ao ponto D
- Manobra descompressiva do
corpo vertebral
- Redução da protusão distal do
ponto D, que se fixada com 3
pinos de Kirschner
- Durativo
- Tala gessada





**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Cúneo de Fortaleza S. C. Ltda.
CNPJ: 07.775.084/0001-15 - CGF: 152510
Av. Francisco Sá, 5445 - Alameda Weyne - Fortaleza-CE
CEP: 60.510-002 - Fone/Fax: (85) 3208.2005

www.hospitalfernandes-tavora.com.br E-mail: hospitalfernandes-tavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 09/11

Nome do paciente: <u>Camilla de Souza Silva</u>	
Nº Prontuário: <u>5448475</u>	Categoria:
Clinica: <u>Amarela</u>	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. Xavier</u>	
Anestesiista: <u>Dr. Brandão</u>	
Tipo de Anestesia: <u>Braquial + Sedação</u>	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: <u>Elizabeth</u>	
Circulante: <u>W. Kelly</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Politraumatismo</u>	
Tipo de Operação/Código: <u>Fratura múltipla</u> 4 1 5 0 3 0 0 1 3	
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Fratura no rádio D. distal</u>	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato: <u>+</u>	
Acidente e Incidentes: <u>Não houve</u>	
Contagem de Compressas: <u>Sim</u>	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo
Anestesia Ocorrências Principais		Classificação da Cirurgia:
11:40 às 12:20		LIMPA: <u>✓</u>
		POT. CONTAMINADA:
		CONTAMINADA:
		INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Eduardo Brandão
Médico Anestesiologista
CRM 15.442 CE
Assinatura Anestesiista



TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Numero Data Hora Convênio/Plano
201821005288 07/11/2018 20:51 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Médico Responsável
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Procedimento Solicitado
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
235/2 APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
EDINETE DE SOUZA SILVA FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
25/07/1986 32 Anos CATÓLICO (A) 2448475 201802570004804

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO
Procedimento Realizado
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
Data Hora Motivo
10/11/2018 15:52 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente EDINETE DE SOUZA SILVA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 10 de novembro de 2018

Responsável/
Representante Legal

X Elenir de Souza Silva X Elenir

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Rayssa C. Fernandes

Nome Legível

Assinatura/Capimbo

Rayssa C. Fernandes
Enfermeira
CRM 10.447-9/2008



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]==

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821005288	07/11/2018	20:51	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO			12600096716	
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI			6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI	
Procedimento Solicitado				Dias
0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA				2

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome				Sexo
EDINETE DE SOUZA SILVA				FEMININO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
25/07/1986	32 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)	CATÓLICO (A)
Mãe			Pai	
ELENIR SOUZA SILVA			JOSE SARAIVA DA SILVA	
Conjuge			Responsável	Prontuário
			ELENIR SOUZA SILVA	2448475

CNS	Registro	Documento Informado
702109721740195	201802570004804	RG: 2002097043831

País	Município de Naturalidade
BRASIL	CAPISTRANO/CE

Município de Residência	Logradouro
FORTALEZA/CE	RUA TUPI

Número	Complemento	Bairro
1557		JOAO XXIII

Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência
(85)9966.02555		

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / OPERADOR DE CAIXA

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito		
ELENIR	235/2		
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem	
APARTAMENTO SIMPLES	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03	
Atendente: maria	Data: 07/11/2018	Hora: 21:10:31	Tempo: 00:19:17

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

ELENIR SOUZA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente EDINETE DE SOUZA SILVA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 07 de novembro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Elenir de Souza Silva



CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da Internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S523 - Fratura da diáfise do rádio

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE
RÁDIO,NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRURGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RX

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

Voltar

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"34 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **EDINETE DE SOUZA SILVA** PRONTUÁRIO: **5586638**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: **70310923740195** 8 - DATA NASCIMENTO: **25/07/1986** 09 - SEXO: **(M) (F)** 10 - RAÇA/COR: 10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE/PAI: **ELENIR SOUZA SILVA** 12 - TELEFONE:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **TUPI 565 JOAO XXIII**
16 - MUNICÍPIO: **FORTALEZA** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE RADIO ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX .RADIO** 24 - CID 10: **S523** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA RADIO** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408020431**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **07/11/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente





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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600096716
NÚMERO DA AIH: 2318103427222

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE PROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 702109721740195 - EDINETE DE SOUZA SILVA
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 25/07/1986 - 32 anos
NOME DA MÃE: ELENIR SOUZA SILVA
NOME DO RESPONSÁVEL: A MESMA
ENDEREÇO: TUPI, Nº 1557 - A
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: FEMININO
TELEFONE DE CONTATO:
TELEFONE DO RESPONSÁVEL:
BAIRRO: JOAQUIM
CEP:

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S523 - Fratura da diáfise do rádio
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:
DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020431 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA
CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEQUIATRAUMATOLOGIA
DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 07/11/2018 - 17:41 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 24/11/2018 - 15:43

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



MS.DAT05

VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 12/2018

DATA: 07/12/2018

Núm AIH: 231810342722-2 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 12/2018 Data de Emissão: 07/12/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0235 Leito: 0002
Doc autorizador: 708505329547275 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350003
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 70210972174019
Paciente: EDINETE DE SOUZA SILVA Prontuário: 2448475 Laudo:
Data Nasc.: 25/07/1986 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2002097043831
Responsável pac.: EDINETE DE SOUZA SILVA Nome da Mãe: ELENIR SOUZA SILVA
Endereço: TUPI, 1557 - JOAO XXIII Raça/Cor: PARDAS
Município: 280440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60525-120 Telefone: (85)9966.02555
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE
Diag. complementar: Causa Óbito:
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 07/11/2018 Data saída: 10/11/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01:

==[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]==
CNPJ do Empregador: CNAER: -
Vínculo com a previdência: - CBO: -

==[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]==

Linha Ato/Proced	PF	IE C30	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.03.02.007-7	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 112018 NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFE
2 04.03.02.007-7	980016297389026	6 225151	980016297389026	3969800	1 112018 NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFE
3 04.08.02.040-4	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 112018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTRE
4 04.08.02.040-4	980016297389026	6 225151	980016297389026	3969800	1 112018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTRE
5 08.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	✓ 3 112018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
6 04.01.01.001-5	206633842350003	0 225270	206633842350003	3969800	-1 112018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7 02.04.04.001-9	3969800	0	3969800	3969800	✓ 112018 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO

==[VALORES DA PRÉVIA]==

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +		+ Serviço Profissional +		+ Direto +		+ Rateado +		+ Total +	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40	0,00
04.03.02 COLUNA E NERVOS PERIFÉRICOS	201,43	0,00	0,00	0,00	173,64	0,00	0,00	0,00	375,07	0,00
04.08.02 MEMBROS SUPERIORES	159,49	0,00	0,00	0,00	101,41	0,00	0,00	0,00	260,90	0,00
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00	0,00
Total Geral:	417,32	0,00	0,00	0,00	275,05	0,00	0,00	0,00	692,37	0,00

Número de Nascidos: Número de Saídas: N. Pré-Natal:
Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

COMPRESSEGUROS
E PREVIDENCIA S.A.
08 ABR 2019

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Fortaleza, 25 de abril de 2019.

Declaro que Sr (a) EDINETE DE SOUZA SILVA, CPF 025.782.653-05, admitido (a) para avaliação fisioterapêutica, com diagnóstico médico de pós operatório de fratura de rádio direito, sendo submetido (a) a cirurgia para colocação de artefatos metálicos em novembro de 2018, realizou a avaliação cinético funcional onde apresentou queixas de dor ao movimento prolongado e bloqueio articular e parestesia.

De acordo com o quadro clínico, observou-se que a região afetada apresenta queiloide, edema e aderência na cicatriz com desconforto à palpação. Ao exame físico apresentou: diminuição da amplitude de movimento para desvio ulnar, extensão e flexão de punho avaliadas pela goniometria, apresenta quadro algico ao realizar grandes esforços e à palpação com Escala Visual Analógica 8.

Apresenta como diagnóstico funcional: Disfunção osteomuscular com diminuição da amplitude de movimento e parestesia com quadro algico à grandes esforços.



Dra. Cherblane M. Monte
Fisioterapeuta
221866 - F

Dra. Cherblane M. Monte
Fisioterapeuta
CREFITO 281.866-F

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013788739273
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 01 943950759 RENOVAÇÃO: 0000000000 EXERCÍCIO: 2017

MARIA NAYANE CAMPOS SENEAL

 FORTALEZA/CE

04125065306 PLACA: HZA3325

*****/CE 9C2JC30708R079635

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN ANO FAB: 2007 ANO MOD: 2008

CAP/POT/CIL: 2P/0CV/124CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: 1***** VENC. COTA UNICA: 1***** VENC. COTAS: 2***** 3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 180.65 IOF (R\$): 0.70 PREMIO TOTAL (R\$): 181.35 DATA DE PAGAMENTO: 07/08/2017

FORTALEZA 17/01/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE POR SUA CARGA, APLESSA TRANSPORTAR OUTRO SAO DO DPVAT

CE Nº 013788739273 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

04125065306 HZA3325

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

013788739273 97467703278

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 17/01/2018

VIA: 01 CPF / CNPJ: 04125065306 PLACA: HZA3325

RENOVAÇÃO: 943950759 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB: 2007 CAT. IMB: 09 Nº CHASSI: 9C2JC30708R079635

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 81.29	DENATRAN (R\$): 9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$): 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15	IOF (R\$): 0.70	TOTAL A SEGUIR (R\$): 185.60

☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 07/08/2017

PROPRIETÁRIO: LOTE/DONATÁRIO: SEGURADORA LIDER DPVAT
 MOTOR: JC30E78079635

SEGURO SEGUROS
 08 ABR 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266301 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. PÁG 4,6,

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

NOME
 MARIA NAYANE CAMPOS SENEAO

DOC. IDENTIDADE / CNH / RENOV. ID
 2006005000360 SSP CE

CPF
 041.250.453-08

DATA NASCIMENTO
 05/06/1990

FRANCIA
 FRANCISCO PEREIRA
 CAMPOS FILHO
 MARIA BEATRIZ SENEAO

PERMISSÃO
 ACC

CLASSE
 D

Nº VOTO
 06779183536

VALIDADE
 17/11/2021

1ª EMISSÃO
 17/01/2017

DESCRIÇÃO
 RAR;

Maria Nayane Campos Seneao

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 30/08/2018

Rafaela Silva

27080562693
CE166671304

CEARA

CAVALCANTI FILHO
 CAVALCANTI FILHO
 CAVALCANTI FILHO

Cartório Cavalcanti Filho
 Rua João de Deus, 100 - CEP: 60.120-000 - Parangaba - Fortaleza - CE
 Fone: (85) 3329-2001 - Fax: (85) 3315-1996 - e-mail: cavalcantifilho@ce.com.br

Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do Original que me foi apresentado.
 Fortaleza, 27 de março de 2019, 15:22:39. *Sueli*

Maria Sueli Borges Pinto (Estrevente)
 Enul.: R\$ 1,23 TAXAS: R\$ 1,19 Total: R\$ 2,42 Fone: Sueli
 Válido somente com o selo de autenticidade

03

WAVES SEGUROS
 08 ABR 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120467/19

Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA

CPF: 025.782.653-05

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 25/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINETE DE SOUZA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDINETE DE SOUZA SILVA : 025.782.653-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/04/2019
Nome: EDINETE DE SOUZA SILVA
CPF: 025.782.653-05

EDINETE DE SOUZA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA
CPF: 048.755.333-06

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120467/19

Número do Sinistro: 3190266301

Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA

CPF: 025.782.653-05

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 25/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINETE DE SOUZA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2019
Nome: EDINETE DE SOUZA SILVA
CPF: 025.782.653-05

EDINETE DE SOUZA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120467/19

Número do Sinistro: 3190266301

Vítima: EDINETE DE SOUZA SILVA

CPF: 025.782.653-05

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 25/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINETE DE SOUZA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2019
Nome: EDINETE DE SOUZA SILVA
CPF: 025.782.653-05

EDINETE DE SOUZA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA