

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439508**      **Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA**

**Data do Acidente: 23/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALANNA RUTY DA 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 joelho 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: **ALANNA RUTY DA SILVA**

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

Banco: **237**

Agência: **000001781-7**

Conta: **0000001405-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

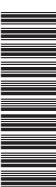
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439508  
Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA

Cidade: Limoeiro do Norte  
Data do acidente: 23/04/2019

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P.2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

013.677.233-10

4 - Nome completo da vítima:

Alanna Ruty da Sifra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Alanna Ruty da Sifra

6 - CPF:

013.677.233-10

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Bairro:

9 - Número:

Cidade:

10 - Complemento:

11 - Estado:

12 - CEP:

E-mail:

13 - Tel.(DDD):

14 - Celular:

15 - Telefone:

DADOS CADASTRAIS

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

O IMI 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 Lider 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 discordar do seu conceito.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 o rogo/a pedido:

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

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

40 - Local e Data:

18107159  
Alanna Ruty da Sifra

38 - 1º | Nome:

12 JUL 2013

CPF:

658

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

Impresso nº 2019483091

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
Autenticação  
PLS  
O 2º Ofício do Conselho  
de Câmaras, Barreiros, Limoeiro do Norte-CE  
CEP 62.930-000 | Fone: (88) 34223-1534

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
AUTENTICAÇÃO  
A presente fotocópia confere com o  
original exibido neste ato. De 18/07/2019  
Limoeiro do Norte-CE  
Assinatura: *Eduardo*  
VALIDO SOMENTE COM O CARTÓRIO DE AUTENTICAÇÃO

Avaní Fernandes Maia - Tabacha  
José Ferreira Lima - Gabinete  
Eduardo Maria Fernandes Maia - Subsecretaria  
Elvériano Magalhães Gomes - Esq. Comunicação  
Rosânia Rabelo Lima Alves - Assessoria de Imprensa  
VALIDO SOMENTE COM O CARTÓRIO DE AUTENTICAÇÃO

03



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491-1915/2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **17/07/2019 10:09:45**

Data / Hora da Ocorrência: **23/04/2019 19:08:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOS EXPEDICIONÁRIOS**

Complemento:

Bairro:

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**

Nome: **ALANNA RUTY DA SILVA**

Nascimento: **27/06/1983** CPF:

RG: **339258299** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA  
ANTONIO ROSA DA SILVA**

Endereço: **RUA ESTRADA DAS FLORES, 2104**

Bairro: **LUIZ ALVES DE FREITAS**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

País: **BRASIL**

LIBIA LIMA DE SOUZA LIMA, UFA.

UF:

22 JUL. 2019

ABR.  
CEP: **62.930-000**

Telefone: **(88) 9412-4502**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NUS4723** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi:

**9C2KC1550AR091028** Renavam: **210507187** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano

Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**CINZA** Proprietário: **FRANCISCO ERIVANILSON ROSA DA SILVA**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

**Histórico**

Informa a noticiante que na data/hora/local citado foi vítima de acidente de trânsito; Que quem conduzia a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, COR CINZA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA NUS4723, em nome de FRANCISCO ERIVANILSON ROSA DA SILVA, era seu companheiro ANTÔNIO MARTINS DA SILVA e a noticiante estava na garupa; Que nas próximo a residência de Lúcia Baltazar (ex vereadora), um animal do tipo cachorro, atravessou a rua e condutor não conseguiu desviar; Que ao colidir com o cachorro ambos vieram a cair sobre o solo, sendo que a motocicleta caiu sobre a perna esquerda da noticiante; Que devido a isto, a mesma não conseguiu se levantar; Que populares chegaram ao local e socorreram a noticiante de carro até o Hospital São Camilo; Que não foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; Que são testemunhas deste fato o Srº ANTÔNIO MARTINS DA SILVA (CNH 04950833624) e o Srº JOSÉ MARCONDES MAIA (RG 2005019027755); Que a noticiante foi atendida no Hospital São Camilo pelo Dr. LUCAS RIBEIRO MACIEL (CRM 18799) onde este avaliou como paciente vítima de queda de moto com trauma em joelho esquerdo; Que diante de tal situação a noticiante após cerca de quatro dias, foi encaminhada para o Hospital Regional do Sertão Central - HRSC, onde foi atendida pelo Dr. FCO. JOSÉ FROTA (CRM 13246), onde foi realizado

*Alanna Ruty da Silva*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE  
Impresso nº 2019483091



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 1915 / 2019

procedimento cirúrgico; E NADA MAIS DISSE././././././.

**DELEGACIA DESTINO:** DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE *Hector de Souza Medeiros*

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** *Hector de Souza Medeiros*  
Inscrição de Policia Civil  
Mat: 301.130-1.2

HECTOR DE SOUSA MEDEIROS - MAT.: 30114418

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *Alomara Relysa Silva*

**VISTO DO DELEGADO(A) :** *Bruno Antonio de Souza Varela*

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o  
original exibido nestas notas, f...  
Limoeiro do Norte-CE, 18 JUL 2019

*Avaní Fernandes Matos - Tabelião*  
Bel. Cláudia José Fernandes Matos - Substituto  
Enr. Cláudia Maria Fernandes Matos - Substituta  
Elytonilma Magalhães Gomes - Esc. Compromissada  
Rodrigo Ribeiro Lima Alves - Esc. Compromissada  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

LIGE, LIGE, LIGE, LIGE, LIGE, LIGE,

- 22 JUL. 2019

*Ribeiro*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

013.677.233-10

4 - Nome completo da vítima:

Alanna Ruty da Sifra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Alanna Ruty da Sifra

6 - CPF:

013.677.233-10

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Bairro:

9 - Número:

10 - Complemento:

Cidade:

Estado:

CEP:

11 - E-mail:

12 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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:

Bradesco

AGÊNCIA:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

AGÊNCIA:

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

Bradesco

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Inserir o dígito se existir)

CONTA:

01405

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI 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 Lider 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 discordar do seu conceito.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhas, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (se 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 o rogo/a pedido:

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

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

40 - Local e Data:

18107159  
Alanna Ruty da Sifra

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

12 JUL 2013

655

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Puntuaria: Atendimento Núm do Paciente  
014368 0003 ALANNA RUTY DA SILVA

Documento(s)

Identidade: 339258299

Data de Nascimento

27/05/1983

Local

LIMOEIRO DO NORTE/CE

Pal:

ANTONIO ROSA DA SILVA

Endereço

CONJUNTO HABITACIONAL ESTRADA DAS FLORES LUIZ ALVES DE F

Bairro

LIMOEIRO DO NORTE

Mãe

LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

CPF

62930-000

Município

LIMOEIRO DO NORTE

Profissão

AGRICULTORA

Responsável

ANTONIO MARTINS

CPF do Responsável

Antônio Martins

Endereço

CONJUNTO HABITACIONAL ESTRADA DAS F

Município

LIMOEIRO DO NORTE

Guia da Autorização

CNS

160700692270004

Estado Civil

Solteiro(a)

Sexo

Feminino

Idade

35 Ano(s)

UF Telefone

CE 88-9412

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio Matrícula

23/04/2019 19:08 SUS

CRM/UF

18799/CE

Tipo Atendimento

CONSULTA CLINICA

Funcionário

Funcionário

ALBERTIANE TALITA DIAS COSTA

Incidência

Classificação

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 23/04/2019 19:22

Responsável pela Classificação: ISABELLA STEFANE MA

Relatório:

Paciente vítima de queda de moto, queixa-se de dor intensa em MIE. Nega alergia medicamentosa.

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

23/04/2019 19:33:37h Responsável: LUCAS RIBEIRO MACIEL CRM-CE 18799

Queda de motocicleta com trauma em joelho esquerdo hoje

Apresenta hematoma em joelho esquerdo

Fratura? Contusao?

Solicito Rx

Andrea Gazzola da Rocha  
CRM/CE 18799  
Conselho de Medicina do Estado do Ceará  
CPF: 345501613-15

Paciente MDR  
e cópia dos exa

Lente Índice 1.6

CRM/CE 18799  
Medicina da Saúde  
LUCAS RIBEIRO MACIEL

LUCAS RIBEIRO MACIEL - CRM: 18799

Lidia Gazzola CRM/CE 18799

22/04/2019

Assinatura

Lidia Gazzola  
Assinatura Paciente/Responsável: ANTONIO MARTINS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANNA RUTY DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 00000001405-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2082019050000000002370178100000001405168750 PAGO



Nº DO CLIENTE

6502963

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

A tarifa social de energia elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará  
Rua Paiva Moreira, 120  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 108 848-3



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

580079017

Rota 16 25060 03 258000 - 9 Data de Emissão 22/06/2019  
 Nome ANA CRISTINA SILVA SOUZA  
 End. Postal RU ANTONIO JOSE BARBOSA 02023 02023 AP 01  
 BOM NOME - LIM. DO NORTE - 62930000  
 Medidor 2048163 Poste 0000 A515  
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX . RENDA NONOFASICO  
 RG / CPF / CNPJ 018733253-39 CGF  
 Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda na versão digital completa
Jun/2019	22/06/2019	25/07/2019	LITMETRO 10 KWH
			45/2019 EUS 45,45

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual		Agrupado Individual	
			Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
ISENTO			DIC	5,15	15,45	2,31
			FIC	3,23	9,69	1,39
			DMIC	2,94	8,82	1,29
6970.2335.024E.0532.6718.0003.4646.5745						

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Falt.	Tarifa (R\$/MWh)	Valor (R\$)
FP 0150	0015	1,00	155	0,00	155	42,19424	44,22

## DESCRÍÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	44,22
MULTA MORATORIA REF 05/2019	0,94
JUROS DO MES	0,63
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	14,26
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIKA RENDA	0,97

VENCIMENTO

01/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,02

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	22,69						
Transporte	1,00						
Iluminação	1,00						
Entrega	1,00						
Impostos e Encargos	1,00						
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	1,00						
Total	22,69						

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

	136	135	139	148	131	145	142	127	138	135	136	127
136	135	139	148	131	145	142	127	138	135	136	127	121

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%) CO<sub>2</sub>

52,70 0,00

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E ADESÃO AO VENCIMENTO

PARA DESFRUTAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTÔMATICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DE CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços  
fiquei temporariamente indisponíveis entre 29/06 e 06/07.  
Solicite asas de emergência funcionar corretamente.

Consta desta fatura R\$ 2,00 referente à PIS e COFINS. Aliquotas: PIS 0,64% e COFINS 2,50%  
Imposto: R\$ 0,00 - ICMS: R\$ 0,00 - PIS: R\$ 0,00 - COFINS: R\$ 0,00

Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. Informações: www.anatel.gov.br

Linha de Cultura de Sustentabilidade

Nº do Cliente: 6502963-1 Referência: Jun/2019  
 Data de Emissão: 22/06/2019 Total a Pagar (R\$): 61,02  
 Nº da Nota Fiscal: 580079017 Nº de Controle: 0006502963 00054 39582 60

22 JUL 2019



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

#### 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Imanritim Sifua Souza Lopera, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.733.253-39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Glanma Ruty da Sifua, inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.677.233-10, do sinistro de DPVAT cobertura Interalidez da Vítima Glanma Ruty da Sifua, inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.677.233-10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recupan Renda: Recupan Recupan 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>Gto José Barbosa</u>	Número	<u>2023</u>	Complemento
Bairro	<u>Bom-Nome</u>	Cidade	<u>Limairo do Norte</u>	Estado
Email		Telefone comercial(DDD)	<u>62</u>	CPF

Limairo 18 de julho de 2019  
Local e Data

Imanritim Sifua Souza Lopera  
Assinatura do Declarante



# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Onduladora: 0800 021 91 35

Eu, Francisco Erivanilson Rosa da Silva

RG nº 20075667953, data de expedição 24/01/2019

Órgão 33P-e, portador do CPF nº 058.450.483-70,  
com domicílio na cidade de dimônio do norte, no Estado de  
riara, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Francisco Holanda, nº 511

complemento Bon-nome, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

Alanna Ruty da Silva, cujo o condutor era  
Antônio Martins da Silva

Veículo: Motoeielo Modelo: 2010 FANTAST Ano: 2010

Placa: NUS4723 Chassi: ge0ke1550AR.091028

Data do Acidente: 23/04/19

,  ,

Local e Data: Feimoeiro do Norte-ce, 17/07/2019

#### Assinatura do Declarante

Within the first 12 months of age, LIDA.

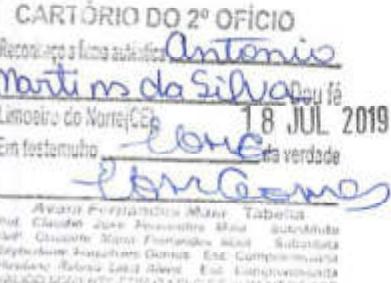
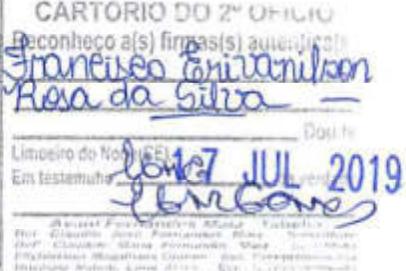
22 JUL 2019

Francisco Encomendero porci da Gilva

Assinatura do Declarante

Digitized by srujanika@gmail.com

*martin da silva*  
Assinatura do Condutor  
É essa sólida e tenaz que não caiu em momento de desistência.



FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome <b>ALANNA RUTY DA SILVA</b>				Prontuário/Atendimento J14368/0004
Sexo F	Local LIMOEIRO DO NORTE	País Nacionalidade Brasil	Idade 35 Ano(s)	
Raça/Cor Parda	Etnia	Estado Civil Solteiro(a)	Religião CATÓLICA	
Documento(s) Número: 339258299		CNS 70.8604.557.0742-80		
Endereço CONJUNTO HABITACIONAL ESTRADA DAS FLORES		Nº 2104	Bairro LUIZ ALVES DE FREITAS	Município LIMOEIRO DO NORTE-CE
Fone (88) 9412-4502	Profissão AGRICULTORA	Empresa		Fone Empresa
Responsável LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA	CPF do Responsável			Fone Responsável
Endereço Responsável	Conjuge			
Mae LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA	Pai ANTONIO ROSA DA SILVA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 23/04/2019 20:03	Quarto/Leito 100-L	Aposento ENFERMARIA	Clinica MEDICA	Setor UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA
Convênio SUS	Matrícula	Autorização		
Medico CAS RIBEIRO MACIEL		Dias 0	Guia	CRM 18799
Paciente Principal	CID Complementar			
Admissão				
Nome ANA JESSICA DE OLIVEIRA	Procedimento SUS			Sistemas
Hora Saída 23/04/2019 13:00	Condição da Saída vita instável	Usuário Saída 23/04/2019		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou de necrópsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me as disposições gerais contidas no regulamento do hospital e declaro que não paguei Honorários Nacionais nem diferenças/taxas hospitalares.(exceto convênios e particular).OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

À Direção.

Andressa Geronimo da Rocha  
Coord. de Atendimento  
CPRJ 345800813-15

LÍBIA GOMES FILHO LTDA.

22/04/2019

LIMOEIRO DO NORTE, 23 de abril de 2019.

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: ALANA JESSICA DE OLIVEIRA

Assinatura do responsável

Lívia Lidelis Bríma.



# Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

## FICHA DE REFERÊNCIA

15420070642

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: Alanne Ruty da Silveira Prontuário Nº \_\_\_\_\_Sexo: M  F  Idade: 35 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

## Motivo do Encaminhamento:

Quede de ciclismo no joelho com trauma e gelo esquenta  
Queda de escada com trauma e gelo esquenta com restrição de movimento

## Resultado de Exames:

Rx: Fratura obliqua de tíbia e fíbula esquerda, estabilidade plena +, hér

## Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura em joelho CID: \_\_\_\_\_Assinatura do encaminhante - Nº Registro  
CRAMPE 18190

Função

23/06/15

Data

Hora

## Agendamento

Encaminhamento 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 Nº \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

*Andréa Bragolin da Rocha  
Coord. de Atendimento  
CPF 345.654.987-5*

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada:

*Linha de tratamento da articulação do joelho.*

*22 JUL. 2015*

Proposta de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?  SIM  NÃO

010.001



## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente	ALANNA RUTY DA SILVA		
Endereço	CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES	Idade	35 ano(s) 10
Bairro:	LUIS ALVES	Prontuário	14760
CEP:	62930-000	UF:CEARÁ	Sexo Feminino
	Num: 2104	Cidad	LIMOEIRO DO NORTE

### Localizaçā

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 02 Leito 405  
Internação 30/04/2019 07:09 Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

### Relatório

Tipo de Saída: Alta Cancelada  
Não

### Resumo

realizado tto cirúrgico de fratura de planalto tibial sem intercorrências.  
alta hospitalar com analgesia e aines e antibioticó

não pisar

mes

rx

### Terapêutica

tto cirúrgico com placa e parafuso

### Diagnóstic

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

### DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

### Condições de

Melhorado

Data Programada da

\* Não Informado \*

### Observações Complementares

retornar em 16 dias ao ambulatório

responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 02/05/2019

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Luiz Valdo  
Traumato / Ortopedia  
CRM - CE: 17037

LIGA CORRETORA DE SEC. LTDA.

22 JUL. 2019

## RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO

Paciente: 014760 - ALANNA RUTY DA SILVA

Sexo: Feminino Idade: 35 ano(s) 10 mes(es) e 10 dia(s)

Nome da Mãe: LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Data de Nascimento: 27/06/1983

Endereço: CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES

Bairro: LUIS ALVES

CEP: 62930-000

Leito Atual: null,null,null

Num: 2104

UF: CEARÁ

Cidade: LIMOEIRO DO NORTE

### Queixa Principal

DOR EM JOELHO

### HDA

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 8 DIAS, APRESENTANDO FRATURA DE PLATÔ TIBIAL  
NECESSITA TTO CIRURGICO

### ANAMNESE

#### Patológicos Progressos

NDN

#### Familiares

\*\*\* Não Informado \*\*\*

#### Sociais

\*\*\* Não Informado \*\*\*

### ANTECEDENTES

#### Estado Geral

NDN

#### Respiratório

NDN

#### Cardiológico

NDN

#### Abdominal

DN

#### Neurológico

NDN

#### Extremidades

NDN

#### Outros

\*\*\* Não Informado \*\*\*

### EXAME FÍSICO

Resultado: 15

### GLASGOW

LIGIA GOMES FERREIRA DE SOUZA ITDA.

22/05/2019

### DIAGNÓSTICOS

Princip Confirmad Código Descrição

Sim Sim S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA



## ATESTADO MÉDICO

0

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

ALANNA RUTY DA SILVA

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO  
POR Sessenta (60) dias DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

M2SS

Dr. Luiz Valdomiro de Oliveira  
CRM - CE: 17031

DATA:	/ /	MÉDICO   CREMEC
-------	-----	-----------------

Pág.

LILIA GUERRA LTDA.

22 JUL, 2019

NEO



## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 01/05/19 12:57

Paciente: ALANNA RUTY DA SILVA

Prontuário: 14760

Dt. Nascimento: 27/06/1983

Clinica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL

Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01

Cirurgião: GEORGE WALLACE FREIRE ALVES

Anestesiologia: JOSE NEUTON BENEVIDES DE LIMA

1º Auxiliar: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA

2º Auxiliar:

Enfermeiro: MARIA ARLENE SARAIVA DE SOUZA

Circulante: EDUARDO DONATO SILVEIRA

Instrumentador: MARIA MIKAELLY FERREIRA DOS SANTOS

### Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	S
0408050187	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO JOELHO	N
0408050683	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NIVEL DO JOELHO	N

### Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	S
0408050187	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO JOELHO	N
150683	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NIVEL DO JOELHO	N

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:  
SIM SIM

Acidentes e Incidentes:  
NÃO

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Limpa Tipo de Anestesia: Bloqueio

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. APOSIÇÃO DE FAIXA DE SMARCH
4. ACESSO POSTEROMEDIAL AO PLATO MEDIAL, IDENTIFICAÇÃO E ISOLAMENTO DA VEIA E NERVO SAFENO, RETRAÇÃO DA PATA DE GANSO E DESENVOLVIMENTO DO PLANO ANTERIOR À CABEÇA MEDIAL DO GASTROCNEMIO. REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA E FIXAÇÃO UTILIZANDO 1 PLACA EM T 3,5MM + 4 PARAFUSOS CORTICais 3,5MM COM CHECAGEM POR RADIOSCOPIA
5. CESSO ANTEROLATERAL, DISSECÇÃO POR PLANUS E INCISÃO SUBMENISCAL LATERAL PARA VISUALIZAÇÃO DA SUPERFÍCIE ARTICULAR, RETIRADA DE DEBRIS. REALIZADO NIVELAMENTO DO PLATÔ LATERAL E ESTABILIZAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS DE KIRSHNER. ASSAGEM DE 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS 6,0MM COM ARRUELA PARA FECHAMENTO DA ARTICULAÇÃO, RETIRADA DOS FIOS DE KIRSHNER, APOSIÇÃO DE PLACA EM L ANATÔMICA PARA PLANALTO TIBIAL E FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CORTICais 4,5MM.
6. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TÍbia COM 2 PARAFUSOS CORTICais 4,5MM COM ARRUELA
7. CONTROLE RADIOGRÁFICO
8. LAVAGEM COM SF 0,9%, REVISÃO DA HEMOSTASIA, REINSERÇÃO DO MENISCO LATERAL, SÍNTese POR PLANOS, CURATIVO ESTÉRIL

Data

01/05/19

Dr. George Wallace F. 1º Es  
CREMEC 16.670

LICENCIAMENTO DE SGL. ITDA.  
22 JUL. 2019

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente	ALANNA RUTY DA SILVA	Idade	35 ano(s)	Prontuário	14760
Endereço	CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES	UF:CEARÁ			
Bairro:	LUIS ALVES	Sexo	Feminino		
CEP:	62930-000	Num:	2104	Cidad	LIMOEIRO DO NORTE

### Localizaçā

Clinica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 02 Leito 405  
Internação 30/04/2019 07:09 Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

### Relatório

Tipo de Saída: Alta Cancelada

### Resumo

realizado tto cirúrgico de fratura de planalto tibial sem intercorrências.  
alta hospitalar com analgesia e aines e antibioticó

não pisar

### Exames

rx

### Terapêutica

tto cirúrgico com placa e parafuso

### Diagnóstic

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

### DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

### Condições de

Melhorado

Data Programada da \* Não Informado \*

### Observações Complementares

retornar em 16 dias ao ambulatório

### Responsáve

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 02/05/2019

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Luiz Valdo  
Traumato / Ortopedia  
CRM / CE: 17037

2 JUN, 2019

1950  
JULY 11, 1950  
RECEIVED  
LIBRARY



# SĀOCAMILO

Hospital São Raimundo

Exame: SBSCP0006848 Data: 24/04/2019 Hora: 13:52:43

Nome: ALANNA RUTY DA SILVA

Sexo: Feminino Raça: Caucásioide

Responsável: IARA ELLEN DIOGENES DE ALENCAR

Solicitante: DRA ATAANDA

Indicação do exame: Avaliação de cardiopatias de base

Campo Extra 1

Campo Extra 2

## Condições Clínicas Especiais

PCTE NAO FAZ USO DE MARCA PASSO

PCTE COM MIE IMOBILIZADO

## CONCLUSÃO

ECG NORMAL (FC = 88 BPM)

Dr. Otho Duran  
Médico  
CRM-BP 134262

Dr. Otho Duran - Cardiologista  
CRM - SP 134262

Intervalos	(ms)	(mm - 25mm/s)	(bpm)	Valores de Referência
RR	681	17	88	
PR	-	-	-	120 a 200 ms
QRS	-	-	-	< 100 ms
QT	437	10.9	-	
QTc	530	13.2	-	< 450 ms

LÍBIA CORREIÓRO - C.R. LEOA.

22 JUL. 2019

SABINO ROBERTO DE FREITAS  
88 2142 - 0244

Página 1 de 2

010.001.000.181

ID: SBSCP0006848

Nome: ALANNA RUTY DA SILVA

Idade: 35 anos

Data: 24/04/2019

**REPOUSO**

FC: 88 bpm

PAS/PAD: ---/--- mmHg

DII N 25 mm/s 32Hz

DII N 25 mm/s 32Hz

DII N 25 mm/s 32Hz

aVR N 25 mm/s 32Hz

aVL N 25 mm/s 32Hz

aVF N 25 mm/s 32Hz

V1 N 25 mm/s 32Hz

V2 N 25 mm/s 32Hz

V3 N 25 mm/s 32Hz

V4 N 25 mm/s 32Hz

V5 N 25 mm/s 32Hz

V6 N 25 mm/s 32Hz

DII N 25 mm/s 32Hz

LÍBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

22 JUL. 2019

REC:

# LABORXALE

LABORATÓRIO E CLÍNICA MÉDICA



000100102346  
 Rua Camilo Brasiliense, 397 - Centro  
 62930-000 Limoelro do Norte - CE  
 Fone: (88) 3423-2442  
 CNPJ.: 08.599.079/0001-20

Paciente  
**ALANNA RUTY DA SILVA**

Idade  
 35 (A)

Médico  
**ATAANDA OHARA L DE M. MONTEIRO**

Coleta  
**09-SB Sao Camilo**

Data de Coleta  
 24/04/19 17:23

Convênio  
**SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - REGIONAL**

Documento

Data de Emissão  
 24/04/19 18:36

## RESULTADO

### TAP - TEMPO DE PROTROMBINA

Tempo de Protrombina : **11,9** seg 12 a 15

Atividade : **100,0** % 70 a 100%

INR : **1,00** 0,85 a 1,20

Material : Sangue  
 Método : YVI

**TTPA - TEMPO DE TROMB. PARC...** **28,0** seg

Material : Sangue  
 Método : Automação Coagutimer II  
 V.R. : 30,00 a 45,00

Dra. Alanne Lannara Freire e Silva  
 CRBM: 9787

LIMA CONSULTORIA CLÍNICA LTDA.

22 JUN 2019

Folha: 2 de 3

Os valores dos testes de laboratórios sofrerem influência de estados fisiológicos, patológicos, e uso de medicamentos, etc. Somente seu clínico tem condições de interpretar corretamente estes resultados.

# LABORVALE

## LABORATÓRIO E CLÍNICA MÉDICA



000100102346

Rua Camilo Brasiliense, 397 - Centro  
62930-000 Limeiro do Norte - CE  
Fone: (88) 3423-2442  
CNPJ.: 08.599.079/0001-20

Paciente  
**ALANNA RUTY DA SILVA**

Médico  
**ATAANDA OHARA L DE M. MONTEIRO**

Convênio  
**SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO - REGIONAL**

Idade:  
35 (A)

Coleta  
**09-SB Sao Camilo**

Documento

Data de Coleta  
24/04/19 17:23

Data de Emissão  
24/04/19 18:36

## RESULTADO

### HEMOGRAMA

Material: Sangue Total com EDTA  
Método: Automação ABX Pentra 60

#### Eritrograma

	Valores de Referência		
Hemácias em milhões	3,60 /mm <sup>3</sup>	4,00	- 5,20
Hemoglobina	10,5 g %	12,00	- 16,00
Hematócrito	32,0 %	35,00	- 46,00
VCM	88,88 u3	80,00	- 100,00
HCM	29,16 pg	26,00	- 34,00
CHCM	32,81 %	31,00	- 36,00
RDW	14,0 %	10,0	- 15,0

#### Leucograma

	Valores de Referência		
Leucócitos	9.800 /mm <sup>3</sup>	4.000	- 10.000
Mielócitos	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 - 0
Metamielócitos	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 - 1
Bastões	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	3 - 5
Segmentados	44 %	4.312 /mm <sup>3</sup>	54 - 62 2.160 - 6.200
Eosinófilos	1 %	98 /mm <sup>3</sup>	2 - 5
Basófilos	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 - 1
Linfócitos	41 %	4.018 /mm <sup>3</sup>	20 - 35 800 - 3.500
Monócitos	14 %	1.372 /mm <sup>3</sup>	3 - 8
Plaquetas	309.000 /mm <sup>3</sup>	150.000	- 450.000
VPM	9,5 /mm <sup>3</sup>	6,50	- 11,00
Plaquetócrito	0,29 /mm <sup>3</sup>	0,10	- 0,50
PDW	14,3 /mm <sup>3</sup>	10,00	- 18,00

#### Observação

Hemácias normocíticas e normocrômicas. Linfócitos sem atipias.

Neutrófilos sem sinais degenerativos.

Plaquetas morfo e numericamente normais.

Dra. Alanne Lamnara Freire e Silva  
CRBM: 9787



000100102346

Rua Camilo Brasiliense, 397 - Centro  
 62930-000 Limeiro do Norte - CE  
 Fone: (88) 3423-2442  
 CNPJ.: 08.599.079/0001-20

Paciente  
**ALANNA RUTY DA SILVA**

Idade  
**35 (A)**

Médico  
**ATAANDA OHARA L DE M. MONTEIRO**

Data de Coleta  
**24/04/19 17:23**

Convênio  
**SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - REGIONAL**

Coleta  
**09-SB Sao Camilo**

Documento

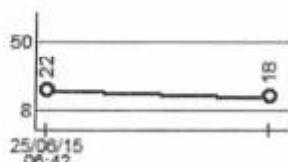
Data de Emissão  
**24/04/19 18:36**

## RESULTADO

### URÉIA

**18,00 mg/dL**

Material : Soro  
 Método : Enzimático  
 V.R. : Adulto .....: 19,0 a 49,0 mg/dL  
 Recém-nascido: 8,4 a 25,8 mg/dL  
 Criança .....: 10,8 a 38,4 mg/dL



### CREATININA

Resultado : **0,80 mg/dL**

Material : Soro  
 Método : Cinético  
 V.R. : Creatinina: 0,4 a 1,3 mg/dL  
 Clearance de Creatinina:  
 Homens : 90 a 140 ml/min/1.73m<sup>2</sup>  
 Mulheres: 80 a 125 ml/min/1.73m<sup>2</sup>

Dra. Aianne Lamnara Freire e Silva  
 CRBM: 9787

LÍBIA CONSULTORA CLÍNICA LTDA.

22 JUL 2019

Folha: 3 de 3  
 Os valores dos testes de laboratórios sofram influência de estados fisiológicos, patológicos, e uso de medicamentos, etc. Somente seu clínico tem condições de interpretar corretamente estes resultados.

# LABORXALE

## LABORATÓRIO E CLÍNICA MÉDICA



000100102346  
 Rua Camilo Brasiliense, 397 - Centro  
 62930-000 Limoeiro do Norte - CE  
 Fone: (88) 3423-2442  
 CNPJ.: 08.599.079/0001-20

Paciente  
**ALANNA RUTY DA SILVA**

Idade  
 35 (A)

Médico  
**ATAANDA OHARA L DE M. MONTEIRO**

Data de Coleta  
 24/04/19 17:23

Convênio  
**SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - REGIONAL**

Coleta  
**09-SB Sao Camilo**

Dor/mento

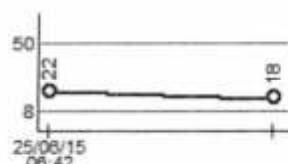
Data de Emissão  
 24/04/19 18:36

### RESULTADO

#### URÉIA

**18,00 mg/dL**

Material : Soro  
 Método : Enzimático  
 V.R. : Adulto .....: 19,0 a 49,0 mg/dL  
 Recém-nascido: 8,4 a 25,8 mg/dL  
 Criança .....: 10,8 a 38,4 mg/dL



#### CREATININA

Resultado : **0,80 mg/dL**

Material : Soro  
 Método : Cinético  
 V.R. : Creatinina: 0,4 a 1,3 mg/dL  
 Clearance de Creatinina:  
 Homens : 90 a 140 ml/min/1.73m<sup>2</sup>  
 Mulheres: 80 a 125 ml/min/1.73m<sup>2</sup>

Dra. Alianne Lamnara Freire e Silva  
 CRBM: 9787

Folha: 3 de 3

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, e uso de medicamentos, etc. Somente seu clínico tem condições de interpretar corretamente estes resultados.



Exame: SBSCP0006848 Data: 24/04/2019 Hora: 13:52:43

Nome: ALANNA RUTY DA SILVA

Idade: 35 anos Data Nasc.: 27/06/1983

Sexo: Feminino Raça: Caucásioide

Estatura:

Peso:

Temperatura:

Responsável: IARA ELLEN DIOGENES DE ALENCAR

Registro: 469855

Solicitante: DRA ATAANDA

Registro:

Indicação do exame: Avaliação de cardiopatias de base

Campo Extra 1

Campo Extra 2

**Condições Clínicas Especiais**

PCTE NAO FAZ USO DE MARCA PASSO

PCTE COM MIE IMOBILIZADO

## CONCLUSÃO

ECG NORMAL (FC = 88 BPM)

Dr. Otho Duran  
Médico  
CRM-SP 134262

Dr. Otho Duran - Cardiologista  
CRM - SP 134262

Intervalos	(ms)	(mm - 25mm/s)	(bpm)	Valores de Referência
RR	681	17	88	
PR	-	-	-	120 a 200 ms
QRS	-	-	-	< 100 ms
QT	437	10.9	-	
QTc	530	13.2	-	< 450 ms

LÍNEA CONSTRUTORA DE SEG. LTDA.

22 JUL. 2019

Nº 01



OUTROS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FRANCISCO ERIVANILSON ROSA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CÓD. EMISSOR UF: 20075667953 SIT CE

CH: 058.450.483-70 DATA NASCIMENTO: 07/05/1992

PRAÇÃO: ANTONIO ROSA DA SILVA  
LUIZA MARIA DA CONCEICAO SAIVA

PERMISSÃO: ACC CAIXAS AB

Nº REGISTRO: 06135224876 VALIDEZ: 16/01/2024 1ª HABILITAÇÃO: 31/07/2014

OBSERVAÇÕES:  
SEM OBSERVAÇÃO:

F.º Francisco R. da Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: LIMOEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO: 24/01/2019  
RUDY VASCONCELOS PONTE  
ASSINATURA DO EMISSOR: 72061614066  
CE168941600

PROIBIDO PLASTIFICAR

1668679917

CEARÁ

LÍDIA GOMES TÔRIO - 00000000000000000000

22 JUN. 2024

22 JUL. 2019

Digitized by srujanika@gmail.com

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS,  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE FORMAÇÃO  
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DE HABILITAÇÃO

**ANTONIO MARTINS DA SILVA**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**1226297454**

**DOC. AUTOMÓVEL** / **1º MÍNIMO** / **BR03**

**CNH** / **581.556-193-20** / **19/12/1985**

**ABERTURA**  
**SILVA**  
**FRANCISCA MARTINS DA**  
**SILVA**

**PERMITIDO** / **ACO.** / **CARRETA**  
**13/11/2020** / **26/05/2010**

**RODRIGO ROSEN**  
**ROSEN, CH**  
**17/11/2015**

**DELEGADO GERAL**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439508  
Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA

Cidade: Limoeiro do Norte  
Data do acidente: 23/04/2019

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P.2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439508  
Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA

Cidade: Limoeiro do Norte  
Data do acidente: 23/04/2019

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P.2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Alamna Ruty da Silva, brasileiro(a), estado  
civil Solteira, profissão agricultora, residente e domiciliado à Rua  
Cj Estrada das Flores, nº 2104 QD 7; bairro LUIS ALVES DE FREITAS  
Município de Timóteo do Norte, Estado de(o) CEARA, Cep 62930-000  
portador(a) do Rg nº 3392582/99, SSP/ El e CPF nº 013.677.233-10

Outorgado Ana Cristina Silva Souza Lopes, brasileiro(a)  
Estado civil casada profissão agricultor residente e domiciliado(a) á  
Rua Antônio José Barbosa, nº 2023 bairro Boa-Nova  
Município detimóteo do norte, Estado de (o) Ceará, Cep: 62930-000  
portador (a) do Rg nº 2003099029869 SSP/ Ceará e CPF nº 01873325339

Poresteinstrumento particular de procuraçao,o(a)outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para fim especial de requerer junto é qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o(a) Sr.(a) Vanessa Ritter da Silveira, ocorrido em 23/04/19, 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 Declaração de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Cedido de 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.

Leimpeirodonfateus, quinto De 2019

2º OFÍCIO  
LIMOEIRO DA MORTA

Alonna Ruth da Silva

## **Outorgante**

CPF Nº. 013.677.233-10

**Obs:** Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou  
verdadeira

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246837/19

**Vítima:** ALANNA RUTY DA SILVA

**CPF:** 013.677.233-10

**Data do acidente:** 23/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALANNA RUTY DA SILVA

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## 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

### ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES : 018.733.253-39

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

### ALANNA RUTY DA SILVA : 013.677.233-10

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](http://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: 22/07/2019  
Nome: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES  
CPF: 018.733.253-39

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190439508**

**Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA**

**Data do Acidente: 23/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALANNA RUTY DA 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

