

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190564472

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190564472

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190564472

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

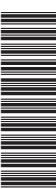
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190564472 **Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA**

Data do Acidente: 17/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA BARROS DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 237

Agência: 000005440-2

Conta: 000001000148-0

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190564472 **Cidade:** Nova Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 3º metacarpo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 3º dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 20°, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do 3º metacarpo direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 17/02/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do 3º metacarpo direito. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do 3º dedo da mão direita. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda funcional parcial e incompleta do 3º dedo da mão direita, em grau intenso, devido à redução da mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190564472**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIA BARROS DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RU MARIA CLARICE TAVARES, 0, , 62.200-000, VERMELHO, Nova Russas/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP SP / 253505483**

Data e local do acidente: **17/02/2019 - Nova Russas/CE**

Data e local do exame: **27/01/2020 - Sobral/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do 3º metacarpo direito.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, conservador e fisioterápico para a fratura do 3º metacarpo direito. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no 3º dedo da mão direita, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do 3º dedo da mão direita apresenta flexão da articulação interfalangeana proximal aos 40°, flexão da articulação interfalangeana distal aos 20°, preensão palmar anormal, movimento de pinça anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda funcional parcial e incompleta do 3º dedo da mão direita, devido à redução da mobilidade.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

("Vítima em tratamento"

("Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

3º Dedo da Mão Direita - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Gracine Freitas Covalente
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS



Impresso nº 2019239914

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 510 - 311 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/04/2019 08:34:16**
Data / Hora da Ocorrência: **17/02/2019 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA 265**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: **ESTRADA QUE LIGA NOVA RUSSAS A TAMBORIL**

Município: **NOVA RUSSAS/CE**
Noticiante(s)

Nome: **ANTONIA BARROS DE SOUZA**
Nascimento: **29/06/1966** CPF: **253505483** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **FRANCISCA MARIA DE MESQUITA**
PEDRO LOPES DE BARROS
Endereço: **RUA MARIA CLARICE TAVARES, 704**
Bairro: **PANTANAL**
Município: **NOVA RUSSAS/CE**
País: **BRASIL**

UF: **SP**

CEP: **62.200-000**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNJ2368** Uf: **CE** Município: **NOVA RUSSAS** Chassi: **9C2KC1660FR049007** Renavam: **1063432372** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **JOSE ALMIR DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que foi vítima que foi vítima de acidente de trânsito; Que é habilitada na categoria "AB", registro 06446817586/CE; Que na data e horários acima mencionados estava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN EX 2015/2015, COR BRANCA, PLACA: PNJ2368, pela estrada CE 265, que liga NOVA RUSSAS A TAMBORIL quando em dado momento que devido sofrer de labirintite, em dado momento sentiu tonturas, perdeu o controle da motocicleta e caiu; Que com a queda chocou-se com o solo; Que logo após o acidente foi socorrida para o HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ GONÇALVES ROSA em NOVA RUSSAS; Que ficou constatado que a noticiante sofreu uma fratura na mão direita; Que o fato foi registrado em radiograma da Polícia Militar; E nada mais disse.///

As informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de responsabilidade do queixoso; sendo o mesmo informado que a comunicação de fato inexistente e falso crime configura crime nos moldes dos arts 339 e 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

X Antonia
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

Consolidado em: 12/04/2019 09:03:16

Pág. 1 de 2

Impresso em: 12/04/2019 09:03:16



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS



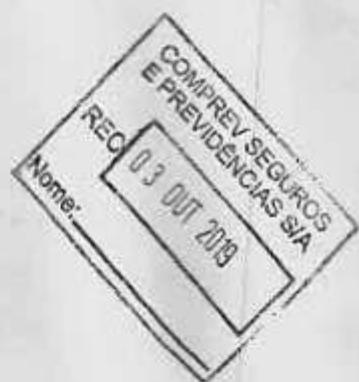
Impresso nº 2019239914

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 610 - 311 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Wanderley Vieira Lima - MAT.: 3012376X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonia batista Souza

VISTO DO DELEGADO(A) : Francisco Jailton Silva Rodrigues - MAT.: 30120361



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA BARROS DE SOUZA

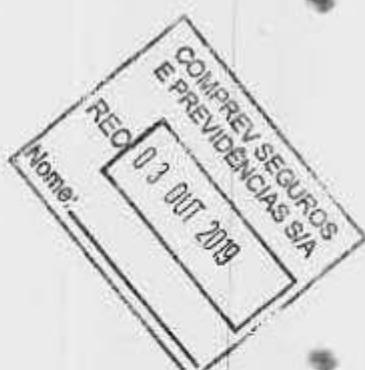
BANCO: 237

AGÊNCIA: 05440-2

CONTA: 00001000148-0

Nr. Autenticação

BRADESCO4032020050000000002370544000001000148101250 PAGO



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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: 4009-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 12 05 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ANTONIA BARROS DE SOUZA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 416.362.523-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIA BARROS DE SOUZA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 350.675.213-53,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDE da Vítima ANTONIA BARROS DE SOUZA,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 350.675.213-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

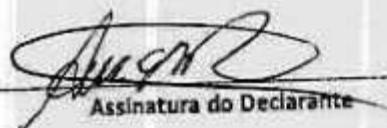
Recuso Informar

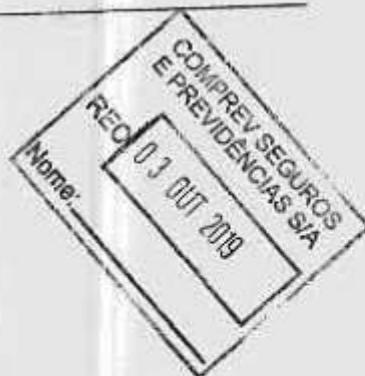
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>R. HERMÍNEGILDO MARTINS</u>	Número:	<u>323</u>	Complemento:
Bairro:	<u>PATROMUNDO</u>	Estado:	<u>CE</u>	CEP: <u>62.200.000</u>
Cidade:				Tel.(DDD):

E-mail:

Local e Data: Mona Russas 30.09.2013


Assinatura do Declarante





Hospital Municipal 3: sé Gonçalves Rosa
 R. Dr. Osvaldo Marti 15, 833 - Nova Russas/CE
 Timbaúba - C.E.P: 6 200-000
www.novarussas.ce.gov.br

CNPJ:
 Telefone: (88) 3672-6035
 Email: email@hotmail.com

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: 17843 ANTÔNIA BARROS DE SOUZA		Data - Hora 17/02/2019 - 10:00		Atendimento 30498	
Cartão Nacional de Saúde(CNS) 858004276691372		Documento	Data de Nascimento 29/06/1976	Idade 42	Sexo F
Nome da Mãe FRANCISCA MARIA DE MESQUITA		Nome do Pai PEDRO LOPES DE BARROS		Tel.: Contato 88-99450-052	convênio SUS BPA
Endereço: ARIA CLARICE TAVARES		Nº: 704	Bairro: PANTANAL	Cidade/UF NOVA RUSSASCE	CEP 62200000
Médico:	P.S.F: PANTANAL	Agente de Saúde:			

1. História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal: *Dores na Cintura e nas costas*
 Historia:

Ant. c. cintura e nas costas

2. Exame Físico / Triagem

Temperatura: 36 °C
 Frequência Cardíaca: 86 bpm
 Glicemia:
 Fuso:
 Relato: PACIENTE 53 ANOS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. REFERE ALGIA E DIFICULDADE DE MOVIMENTO MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES LEVES PELO CORPO. EDEMA NA REGIÃO DO LÁBIO SUPERIOR.
 Escala de Glasgow:

Pressão Arterial: 140X10 mmHg
 Frequência Respiratória:
 SpO2: 98%
 Altura:
 IMC:

3. Hipótese/Conclusão Diagnóstica

CID10:
 Diagnóstico:
 Hipótese Diagnóstico:

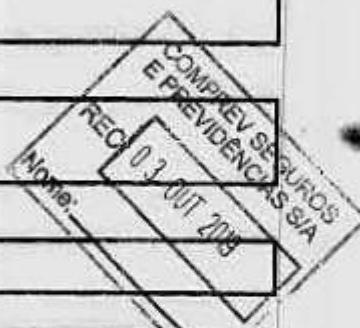
4. Conduta/Tratamento

5. Medicamentos

6. Exames Solicitados

Patologista / Ivenaldo
 Assinatura Cacimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável/Saída





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CNPJ 60.975.737/0076-79
RUA UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - 63700000 - CRATEUS - CE

Impressão: 16/04/2019 12:45

Página 1
601001

ATESTADO MÉDICO

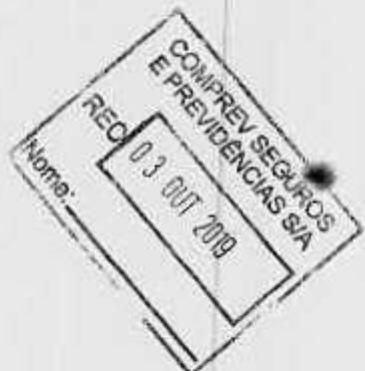
Atesto que o Sr(a) ANTONIA BARROS DE SOUZA necessita afastar-se de suas atividades de 16/04/2019 (terça-feira) até 16/05/2019 (quinta-feira), para tratamento médico.

Observações

FRATURA DO 3º METACARPO D

CRATEUS - CE, 16 de abril de 2019 - 12:45

JAMIL SANCHES JORQUE / CRM 6945





PREFEITURA DE
NOVA RUSSAS

COMEÇOU UM NOVO TEMPO

Centro de Especialidades da Saúde
Dr. Francisco Scarcelo Jorge
SETOR DE FISIOTERAPIA
Novo Russas - CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SSM - Secretaria de Saúde do Município

SUS - Sistema Único de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Centro de Especialidades da Saúde

Nome: Antônia Barros de Souza

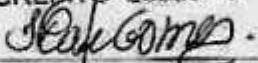
Endereço: R. Maria Clarice Sávares, 704 Pantanal

Declaro para os devidos fins de direito que a paciente supracitada foi encaminhada para o tratamento fisioterapêutico com diagnóstico de fratura do 3º metacarpo da mão direita. Foi realizado 15 sessões de fisioterapia neste setor durante o período de 23/04/19 a 14/06/2019.

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes

Fisioterapeuta

CREFI/TO 28290 - F



Carimbo e Assinatura

30/08/2019

Data

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.





Hospital Municipal 3: sé Gonçalves Rosa
 R. Dr. Osvaldo Marti 15, 833 - Nova Russas/CE
 Timbaúba - C.E.P: 6 200-000
www.novarussas.ce.gov.br

CNPJ:
 Telefone: (88) 3672-6035
 Email: email@hotmail.com

FICHA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: 17843 ANTÔNIA BARROS DE SOUZA		Data - Hora 17/02/2019 - 10:00		Atendimento 30498	
Cartão Nacional de Saúde(CNS) 858004276691372		Documento	Data de Nascimento 29/06/1976	Idade 42	Sexo F
Nome da Mãe FRANCISCA MARIA DE MESQUITA		Nome do Pai PEDRO LOPES DE BARROS		Tel.: Contato 88-99450-052	convênio SUS BPA
Endereço: ARIA CLARICE TAVARES		Nº: 704	Bairro: PANTANAL	Cidade/UF NOVA RUSSASCE	CEP 62200000
Médico:	P.S.F: PANTANAL	Agente de Saúde:			

1. História Clínica/Queixa do Paciente

Queixa Principal: *Dores na Cintura e nas costas*
 Historia:

Ant. c. cintura e nas costas

2. Exame Físico / Triagem

Temperatura: 36 °C
 Frequência Cardíaca: 86 bpm
 Glicemia:
 Peso:
 Relato: PACIENTE 53 ANOS, DEU ENTRADA NESTA UNIDADE APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. REFERE ALGIA E DIFICULDADE DE MOVIMENTO MSD. APRESENTA ESCORIAÇÕES LEVES PELO CORPO. EDEMA NA REGIÃO DO LÁBIO SUPERIOR.
 Escala de Glasgow:

Pressão Arterial: 140X10 mmHg
 Frequência Respiratória:
 SpO2: 98%
 Altura:
 IMC:

3. Hipótese/Conclusão Diagnóstica

CID10:
 Diagnóstico:
 Hipótese Diagnóstico:

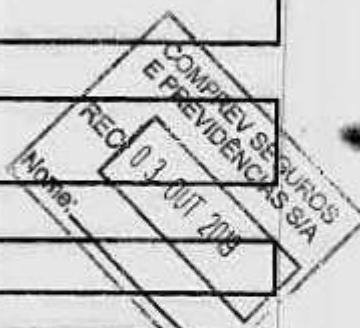
4. Conduta/Tratamento

5. Medicamentos

6. Exames Solicitados

Patologista / Ivenaldo
 Assinatura Cacimbo do Médico

Ass. Paciente ou Responsável/Saída





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CNPJ 60.975.737/0076-79
RUA UBALDINO SOUTO MAIOR, 1052 - 63700000 - CRATEUS - CE

Impressão: 16/04/2019 12:45

Página 1
601001

ATESTADO MÉDICO

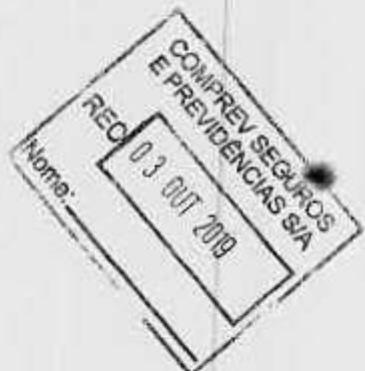
Atesto que o Sr(a) ANTONIA BARROS DE SOUZA necessita afastar-se de suas atividades de 16/04/2019 (terça-feira) até 16/05/2019 (quinta-feira), para tratamento médico.

Observações

FRATURA DO 3º METACARPO D

CRATEUS - CE, 16 de abril de 2019 - 12:45

JAMIL SANCHES JORQUE / CRM 6945





PREFEITURA DE
NOVA RUSSAS

COMEÇOU UM NOVO TEMPO

Centro de Especialidades da Saúde
Dr. Francisco Scarcelo Jorge
SETOR DE FISIOTERAPIA
Novo Russas - CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

SSM - Secretaria de Saúde do Município

SUS - Sistema Único de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Nome: Antônia Barros de Souza

Endereço: R. Maria Clarice Souza, 704 Pantanal

Declaro para os devidos fins de direito que a paciente supracitada foi encaminhada para o tratamento fisioterapêutico com diagnóstico de fratura do 3º metacarpo da mão direita. Foi realizado 15 sessões de fisioterapia neste setor durante o período de 23/04/19 a 14/06/2019.

Maria do Socorro J. de O. Café Gomes
Fisioterapeuta
CREFI 0 28290 - F

30/08/2019
Data

Maria Gomes
Carimbo e Assinatura

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.





PREFEITURA DE
NOVA RUSSAS
COHECOU UM NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS
SSM - Secretaria de Saúde do Município
SUS - Sistema Único de Saúde
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Endereço: _____

RELATÓRIO MÉDICO

Abaixo para os devidos fins, que
anteriora Bairro de Sosa foi vítima
de acidente de trânsito, ocorrido em
17/02/19, apresentando fratura no
3º metacôrpo da mão direita com
deformidade de 60%, abertura e
fratamento suspenso. Encontra-se
se este definitiva.

15/01/2020
Data

RELATÓRIO
MÉDICO
SUS 2019

Carimbo e Assinatura

O mosquito Aedes Aegypti é transmissor da DENGUE, CHIKUNGUNHA E ZIKA.
Se o mosquito pode MATAR. Ele não pode NASCER.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ANTÔNIA BARROS DE SOUZA		
DOCUMENTO / CARTEIRA DE 233505483 822 SP CN 390.675.213-53 29/06/1986		
NOME PEDRO LOPES DE BARROS FRANCISCA MARIA DE MESQUITA		
NOME ANTONIA BARROS DE SOUZA NOME MARIA DE MESQUITA		
NOME 06446917586 VALOR 05/02/2020 PRESTADOR 25/06/2015		
COMENTÁRIOS SEM OBSERVAÇÃO		
ANTONIA BARROS DE SOUZA MARCA DO PORTADOR		
LOCAL: CRATO/CE DATA: 09/09/2016 01651640036 CE155197465		
BRASIL-CE (CEARA)		

PÓSSESSA PLASTIFICAR
 1351468059





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

CPF: 390.675.213-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Titular do CPF: ANTONIA BARROS DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA : 416.362.523-20

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

ANTONIA BARROS DE SOUZA : 390.675.213-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 03/10/2019

Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 416.362.523-20

Data do cadastramento: 03/10/2019

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

Número do Sinistro: 3190564472

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

CPF: 390.675.213-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2019

Titular do CPF: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 416.362.523-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PROCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIA BARROS DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão NÃO DECLAROU, residente e domiciliado à Rua MENECCAPICHE, 7000, nº 100, bairro Vila Cremelha, Município de NOVA RUSSAS, Estado de(o) CEARA, Cep.: 62.200-000, portador(a) do RG nº 253.505484, SSP/CE e CPF nº 350.675.213-53.

Outorgado: ANTONIO ELIEZIO PERCIM OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão NÃO DECLAROU, residente e domiciliado(a) à Rua HERMANEGILDO MARTINS, nº 323, bairro, PATRIMÔNIO, Município de NOVA RUSSAS, Estado de (o) CEARA, Cep.: 62.200-000, portador (a) do RG nº 9590228764 SSP/CE e CPF nº 416.362.523-20.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIA BARROS DE SOUZA, ocorrido em 17.10.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Natureza do Processo: INVESTIGAÇÃO

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

NOVA RUSSAS, 09 de JULHO de 2019.

2º Ofício
NOVA RUSSAS - CE
Antonio Barros de Souza
Outorgante
CPF Nº ...

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO ESTADUAL DE
2º Ofício
Nova Russas - Ceará
Maria Alice Martins Gonçalves
Exercício Autônomo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

CPF: 390.675.213-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2019

Titular do CPF: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA : 416.362.523-20

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

ANTONIA BARROS DE SOUZA : 390.675.213-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 416.362.523-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342344/19

Número do Sinistro: 3190564472

Vítima: ANTONIA BARROS DE SOUZA

CPF: 390.675.213-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2019

Titular do CPF: ANTONIA BARROS DE SOUZA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 416.362.523-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA