

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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058301

Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA

Data do Acidente: 04/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TATIANA DIAS VIEIRA

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, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200058301 **Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA**

Data do Acidente: 04/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TATIANA DIAS VIEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: TATIANA DIAS VIEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000645-9

Conta: 000001004987-3

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



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, 05 de Março de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200058301** **Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA**

Data do Acidente: 04/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TATIANA DIAS VIEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15581481

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do plínio ou ASL: **892.625.493-34** 3 - CPF da vítima: **892.625.493-34** 4 - Nome completo da vítima: **Tatiana Dias Vieira**

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

5 - Nome completo: **TATIANA DIAS VIEIRA** 6 - CPF: **892.625.493-34**

7 - Profissão: **autônomo** 8 - Endereço: **Rua 19 de Março** 9 - Número: **886** 10 - Complemento: **—**

11 - Bairro: **Mondubim** 12 - Cidade: **Fortaleza** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60.760-365**

15 - E-mail: **SSimpre.pra.1@gmail.com** 16 - Tel. (DDP): **(85) 9 8422.3354**

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:

REUSSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, informar o número)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0645** 9 CONTA: **1004987** 3 AGÊNCIA: **—** CONTA: **—**

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (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 Indemnização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o consentimento após a efetivação do credito, liberação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, só as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de laudo no âmbito do Seguro DPVAT, sob invalidade permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, encorrendo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: 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(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não filhos/vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente apresentada, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): 35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogo): 36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogo): 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____ Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Fortaleza, 04 de Fevereiro de 2020.** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (da/latente): **Tatiana Dias Vieira**

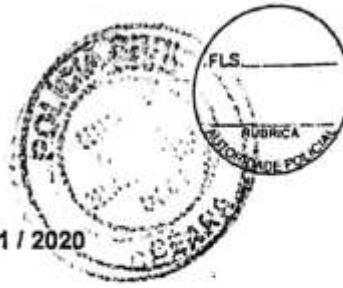
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **—** 43 - Assinatura do Procurador (se houver): **—**

95.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202047331



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 141 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/01/2020 14:50:21**
Data / Hora da Ocorrência: **04/11/2019 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AV C, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A IGREJA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TATIANA DIAS VIEIRA**
Nascimento: **15/07/1980** CPF: **97008006639** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **GERCINA DIAS VIEIRA**
JOSÉ MILTON DA SILVA VIEIRA
Endereço: **RUA DEZENOVE DE MARÇO , 886**
Bairro: **PLANALTO AYRTON SENNA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.760-365**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98843-2039**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQV3395** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0510AR025586** Renavam: **230773486** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150BROS MIX ESD** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **LARANJA** Proprietário: **CLAUDIO DIAS VIEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

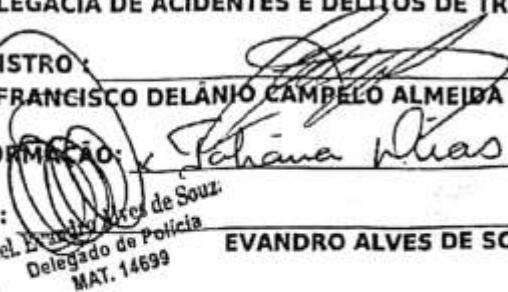
Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA NQV-3395 NA AVENIDA C QUE A VITIMA AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//////////

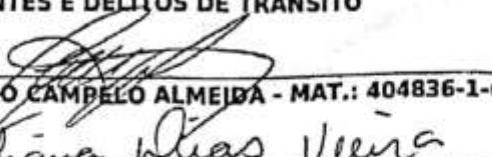
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

**FRANCISCO DELÂNIA CAMPENO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


Tatiana Dias Vieira
Bel. Bento Vargas de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 16/01/2020 15:38:51

Pág. 1 de 1

Impresso em: 16/01/2020 15:38:51

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do plínio ou ASL: **892.625.493-34.** 3 - CPF da vítima: **892.625.493-34.** 4 - Nome completo da vítima: **Tatiana Dias Vieira.**

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

5 - Nome completo: **TATIANA DIAS VIEIRA** 6 - CPF: **892.625.493-34.**

7 - Profissão: **autônomo** 8 - Endereço: **Rua 19 de Março** 9 - Número: **886** 10 - Complemento: **—**

11 - Bairro: **Mondubim** 12 - Cidade: **Fortaleza** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60.760-365**

15 - E-mail: **SSimpre pra 1@gmail.com** 16 - Tel. (DDP): **(85) 9 8422.3354**

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:

REUSSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 - R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, informar o número)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0645** 9 CONTA: **1004987** 3 AGÊNCIA: **—** CONTA: **—**

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (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 Indemnização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o consentimento após a efetivação do credito, liberação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, só as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de laudo no âmbito do Seguro DPVAT, sob invalidade permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, encorrendo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

Declaro que esta autorização não significa previsão concreta com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: 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(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não 34 - Vítima Sim Não 35 - Vítima Sim Não 36 - Vítima Sim Não 37 - Vítima Sim Não 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Fortaleza, 04 de Fevereiro de 2020.**
Tatiana Dias Vieira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dizidente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

95.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TATIANA DIAS VIEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00645-9

CONTA: 00001004987-3

Nr. Autenticação

BRADESCO13022020050000000002370064500001004987168750 PAGO

Nº do Cliente

1559745

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 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE UNICA | Nº 037254214

Rota F0J12U35 - 143000

Referência 11/2019

Nome TATIANA DIAS VIEIRA SILVA

Endereço RU 0019 DE MARCO, 00886, MONDUBIM, 60760-365,
FORTALEZA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligaçāo Monofásico

Emissão 19/11/2019
Medidor 5626713-ELE-626

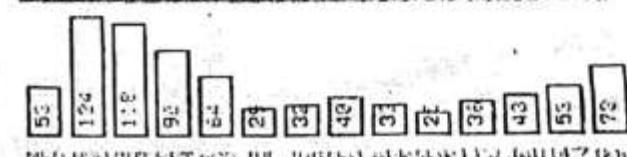
ÁREA RESERVADA AO FISCO

D0995EE91B1A287C134CFE9650B761AB

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 33 dias

Anterior 17/10/2019 | Atual 19/11/2019 | Próxima prevista 18/12/2019



DADOS DA MEDICĀO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fct. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	3.675	3.551	1,00	124	00	124	0,30202	37,45

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	11,54
PIS COMPL BX RENDA	-	0,02
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,09
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-26,87
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	26,87
JUROS MORATÓRIOS	-	0,13
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,17700	5,31
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,30329	21,23
CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH	0,45458	10,91
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01500	0,45
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05867	1,76
COB DOACAO PEQ NAZARENO 0800 095 2214	-	10,00

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	66,53	0,04	0,02
COFINS	66,53	0,20	0,13

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS				
NOOME DO PACIENTE TATIANA DIAS VIEIRA	DATA DE Nascimento 15/07/1980 (39 ANOS)	SEXO F	Nº DO PRONTUÁRIO 5164984	Nº DO BE 379210
CAUSAS			NASCER COM NÃO INFORMADO	
DOCUMENTOS	NOME MAE GERCINA DIAS VIEIRA			
NOOME RESPONSÁVEL NI	ENDERECO RUA 19 DE MATOS PLANALTO AYRTON SENNA			
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO		
CEP NI				
OCORRÊNCIA				
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE				
QUEDA LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO E TRAUMA CONTUSO DE Perna DIREITA HA 3 HORAS			MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
SINTOMAS NI				ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SATURAÇÃO NI%	PULSO NI	OLHOS NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA			
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA MORAES DA SILVA			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 04/11/2019 18:27
ÁREA ATENDIMENTO				
DE ATENDIMENTO 02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA				
ATENDIMENTO MÉDICO				
ANAMNESE				
DIAGNÓSTICO		OD. PROCEDIMENTO		OU
SAUT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X		() OUTROS		
PREScriÇÃO MÉDICA				
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
julavar azeite de oliva nro 5				
vltar azeite nro 5		por o nro 5		
dar com dente				
		TIPO DE ALTA/SAÍDA	ROBERTO FRANCISCA MORAES DA SILVA Roberto Mendes Rodrigues Traumatologista	
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO		OBITÓ: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS		
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO				

Impresso por francisca moraes da silva em 04/11/2019 18:27:49
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.



Tatiana Dias Vieira
 CONFIRME COM ORIGEM
 09/12/19

04/11/2019 18:27:500012-06
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BASES DE OLIVEIRA
 BAIXAR
 MENSAGENS - DEPOIS DE 08:44-01
 MENSAGENS - DEPOIS DE 08:44-01

Tatiana Dias Vieira
 04/11/2019 18:27:500012-06



DATA	
INÍCIO	TERMINO
09/12/19	10/12/19

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME	# Ademir da Silva
<p>Pct. 1/1 acr III (1) T fract. malleolo lat à D c/ ind. abrto cirurgia plântula obs: Necrose óssea de novos fx</p> <p>Col-Intervencionista</p>	

Wendell de Almeida Sara Mendes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-CE 14253 / SBOT 162

06/12/2019 Paciente T.D.V. 39 anos III: Fratura de malleolo lateral
Paciente consciente, orientado, eupnéico com a.a. refletiva. Refere fazer uso de medicamentos de uso contínuo para sua família. Trajetória familiar. Segue sob cuidados da equipe.

07/12/2019 am des. Jof. Mi-mp e KA

Paulo de Tasso
Cavalcante Cezar
Thiago de Souza
CRM 1562

07/12/2019 sob eudrastase, agibol, epiplast em ax, aceite dieta V.O, eliminação patologica + uso de ansiolíticos, consciente, orientado, medicando epm e aos cuidados da equipe Dantella Bezerra
COREN-CE 00000000000000000000

104.005.10700010-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Presidente Tancredo Neves 1010
Messejana - Cep: 60.801-310
Fortaleza - Ceará

Paulo de
Cavalcante
CRM 1562
CONCEPÇÃO ORIG.
09/12/19

GráficaHDEBO-SAME-Ficha Evol.Paciente-FEP-001
GráficaHDEBO-Enferm-Fich. Evol.Paciente-FEP-007

NOME

NOME: 08113 Pct. 9. 399. *Pithecius californicus*, espécie em v.v. Fêmea (cachorro) adulta infértil de 16,0. Sem excreções valiosas no período. Segue-se os cuidados da recripe. 1

2019-08-13 10:52:45
Copertina

09/11 P.D. obtained
BPP, of 26/11

5/10/80

10/11 p.f. estab'd, BPP

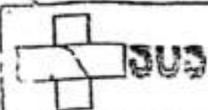
of estab. expense

5/8/89

ADM/CH/ED/DA
Ent. metro
GOSEN: 100.312

0/11 Afternoon. No movements seen
on quiet afternoons. Common in
the central hope.

1. $\frac{1}{2} \pi r^2$



Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

PTIAMP

Dias Vieiros

6 - N° PROL.

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

15/10/1990

9 - SEXO

Masculino

10 - NOME DA MAE OU RESPONSÁVEL

Socorrer das Vieriros

11 - DATA DO NASCIMENTO

100 - 11 - TELEFONE DE GORETO

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Prof. Vazco - 888 - Praia do Forte - BA

14 - CÓD. INDE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pt vítima ac de moto (SIC) e/ c/ ac III
E e frst suscoso car A D.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnes + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Frat Vazco + ac

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAL

24 - CID 10 SUBS

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PTO CIRURGICO - CSE

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CNS CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARTÍMBO DO REGISTRO PROFISSIONAL

06/11/19

Wendel de Almeida Mendes

33 - N° BILHETE

CHMEC 14752 / SBOT 16025

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 - CNPJ DA SEGUROADORA

35 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA EMPRESA

37 - CÓD. EMPRESA

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CÓD. CSE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

CNS CPF

45 - DOCUMENTO

46 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA ECGRABO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

50 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

51 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

52 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

53 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

54 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

55 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

56 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

57 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

58 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

59 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

60 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

61 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

62 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

63 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

64 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

65 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

66 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

67 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

68 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

69 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

70 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

71 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

72 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

73 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

74 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

75 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

76 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

77 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

78 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

79 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

80 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

81 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

82 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

83 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

84 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

85 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

86 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

87 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

88 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

89 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

90 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

91 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

92 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

93 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

94 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

95 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

96 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

97 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

98 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

99 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

100 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

101 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

102 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

103 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

104 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

105 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

106 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

107 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

108 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

109 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

110 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

111 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

112 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

113 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

114 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

115 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

116 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

117 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

118 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

119 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

120 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

121 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

122 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

123 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

124 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

125 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

126 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

127 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

128 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

129 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

130 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

131 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

132 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

133 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

134 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

135 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

136 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

137 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

138 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

139 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

140 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

141 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

142 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

143 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

144 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

145 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

146 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

147 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

148 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

149 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

150 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

151 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

152 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

153 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

154 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

155 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

156 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

157 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

158 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

159 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

160 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

161 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

162 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

163 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

164 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

165 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

166 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

167 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

168 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

169 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

170 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

171 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

172 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

173 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

174 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

175 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

176 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

177 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

178 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

179 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

180 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

181 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

182 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

183 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

184 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

185 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

186 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

187 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

188 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

189 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

190 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

191 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

192 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

193 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

194 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

195 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

196 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

197 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

198 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

199 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

200 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

201 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

202 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

203 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

204 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

205 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

206 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

207 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

208 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

209 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

REGISTRO DE ATENDIMENTO E AGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
TATIANA DIAS VIEIRA

CADUS

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 89262549334; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 97008006639

NOME RESPONSÁVEL
NI

MUNICÍPIO
FORTALEZA
CEP
50.760-365

UF
CE

Nº DO
PRONTUÁRIO
394400
Nº DO BE
296638

NASCIMENTO
15/07/1980 (30
ANOS)
SEXO
F
RACIOCOR
PARDO

NOME MÃE
GERCINA DIAS VIEIRA

ENDERECO
RUA DEZENOVE DE MARÇO 886 PLANALTO
AYRTON SENNA
CONTATO
(85) 98843-2039

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DO FEGO

QUEIXA
PACIENTE VEIO DO FROTINHA DE MESSEJANA (FEITO PERMUTA ENTRE AS UNIDADES DE ATENDIMENTO)
FRATURA DE TORNozELO UNIMALEOLAR

MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINTOMAS
NI

PESO
NI
TEMPERATURA
NI

CLASSE
AN
ACAO
FLO

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NAO

SINAIS VITais

SAT O2
NI%

PURO
NI

GLUCERIA
NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO

DATA E HORA DA
CLASSIFICAÇÃO
10/11/2019
22:21:23

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO 2.º DIA J

ANAMSESE

Tranuse onbro F +

tornozelo D

luxação acima clavícula F +

DIAGNÓSTICO

SADIS SOLICITADO
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X

CD-PROCEDIMENTO CD

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

10/11/2019 22:21:23

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

MÉDICAMENTO

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO FARMACÊUTICO

10/11/2019

Tiposso por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA machado em 10/11/2019 às 22:21:23
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

• Tatiana Dias Vieira

Tatiana dias vieira

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE S. DE OLIVEIRA
AELIO GOMES CORRÊA CLAUDIO SOARES VIEIRA

B. B. M. S. Vieira
Mônica Sába
Mat.15984



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Informação
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE - INSTITUTO NACIONAL DE CIÉNCIAS
PROGRAMA DE PRIMEIRAS
A.V. Castro de Paiva n° 1227 - Parangaba - CEP 60130-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3236-1222

Fortaleza

MÉDICO DE REFERÊNCIA E REFERENCIAMENTO DE EMISSÃO DE LAUDO - SUS - PRF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº de AIH:

2319103527543

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA-JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRACGC/CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE		TATIANA DIAS VIEIRA		
ENDERÉCOS DO PACIENTE		RUA: DEZENOVE DE MARÇO N° 886		
BAIRRO		PLANALTO AIRTON SENNA	MUNICÍPIO	FORTEALEZA
DATA DO NASCIMENTO		SÉXO	1.□ MASC 2.□ FEM 3.□ SEGURADO 4.□ CONJUGE 5.□ FILHO 6.□ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE		GERCINA DIAS VIEIRA		

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE	38891255300	CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
C. INT.	PROCEDIMENTO SOLICITADO		
DATA DA EMISSÃO		10/11/19	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dores e impotência
funcional na ex. e
mid

DATA DE EMISSÃO: 10/11/19
AÉCIO DE OLIVEIRA
ATÉZIO QUE CÓPIA CLÁUSURE COA GRUPO
Médica Sábia
Met. 15354

RÉCITOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

nenhum trat. clínico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Exame fírico + Rx

DIAGNÓSTICO INICIAL	Frax. no membro superior e + Fracm. traseira D	TIPO DE CLÍNICA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	trat. cirúrg.	1.□ CIRÚRGICA 3.□ CLÍNICA MÉDICA 5.□ PSQUIÁTRICA 9.□ OUTROS
CRM - MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	2.□ OBSTÉTRICA 4.□ TISIOPEUMOL 6.□ PEDIÁTRICA

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

10.11.19

23:27

Dr. Plínio Alves de Souza Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 5671 TOT 6137
Cpf: 388.912.553-00

Nome:

Tatiana D. Vitor

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
		102	10/11/19	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

10/11/19 Vivia de maneira de
Frotinha da Alegria em
Pará. Fez 2000 gramos
peso no parto

10/11/19 00:55 ADM. NESTA UNIDADE DNOVÉ
MENTE NO FROTINHA. NE MESMO
CHEGOU DEAMBULANTE. CONSC. ORIENTADA, EUPNEICA,
VERBALIZANDO SUAS NHR'S. NEGA ALGUMAS, NEIA
TA DEMESMO E FALTANDO NE AMBULATÓRIA.
X FLUOXETINA 20 MG MEDICAÇÃO ENCONTRAM-SE (1.1)
N MESSIA, (EM QUERIM) NO MOMENTO
HIS FRAZUNA DE MALEFOL LATERAL, A MESMA
RELATOU QUE FRAZUNOU A CLAVICULA ESTA ??

11/11/19 Acidente Abertura calvária debilitar o lúmen faríngeo + LAC,
sem intubação

Dr. Hildemar Queiroz
Traumatologista
CRM 13879

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

J.P. da Costa
Mônica Sába
Mat 15994

13/11/19 Fim de internação, Sair informante

Dr. Hildemar Queiroz
Traumatologista
CRM 13879

DATA	EVOLUÇÃO
13	T. D. V. q 39 anos, H.D: Fratura (L4C) à 5 + Evolução de M.D. Evolui estável, consciente, agitado, verbalizando, fiquei ca, apertado, incontinência urinária seguir em observar, - aguardando cirurgia
14	Onça Ronikur an 3315
15	+ Fratura T10/11 L1-L2 em 1ª revisão CRM 4000
	Dr. A. M. G. G. Genitais Ortopédia - Traumatologia Quadril CRM 4000
16	mete epó
17	mete epó
18	mete epó
19	T. D. V. q, 39 anos, H.D: Fratura de clavícula à + Fratura de m10 Evolui estável, con- sciente, agitado, verbalizando, fiquei apertado, incontinência urinária, seguir em observar
	Onça Ronikur an 3315
20	mete epó
21	mete epó
22	mete epó
23	mete epó
24	mete epó
25	mete epó
26	T. D. V. q, 39 anos, H.D: Fratura de clavícula à + Fratura de m10 Evolui estável, con- sciente, agitado, verbalizando, fiquei apertado, incontinência urinária, seguir em observar
	Onça Ronikur an 3315
27	mete epó
28	mete epó
29	mete epó
30	mete epó
31	mete epó
	Dr. Roberto Sales Rodrigues Ortopédia, U. I. Traumatologia CRM 4000
	CRM - MÉDICO (A)

Nome:

Tatiana Dias Vieira

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			122 10/11/2019	

INOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
18/11/19	<p>Paciente admitido com dor, sem infecções.</p> <p>Dr. Hélio Dr. Marcelo Silveira Matias</p> <p>18/11/19</p> <p>T. D. V. 9. Bauer, HD: Fratura por frc. à 6 h postura de min. evoluí estável, conseguindo deslizar verbalizando, expressiva abdução, não mobilizado. Segue em observação.</p> <p>Exame Pediátrico cen 33138.</p> <p>19/11/19</p> <p>Paciente submetido à osteosíntese de fratura do tornozelo (R):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem intercorrências - evol. II x semelhante <p>Dr. Marcelo Silveira Matias Ortopedista CRM 14098 / RQE 8480</p> <p>19/11/19</p> <p>Tatiana, retornou de e.c. as 10:45h, após pct. de fratura do tornozelo D. evolução, evolução sem parâmetros, infiltração segue em observação.</p> <p>Rodrigo M. de Souza COREN-CE 306109-ENF</p>
19/11/19	
19/11/19	
19/11/19	

CRM - MÉDICO (A)

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO

ATENÇÃO: Toda Informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela Informação.

NAME: _____

Glicemias	Insulinas	Rubrica	SINAIS VITIAIS		
11:			HORÁRIO:		
16:			P.A.:		
20:			TEMP.º:		
06:					
PJ MIN.:					

NAME: Tatiane da Silva | IDADE: 35

E: Tatiane Diniz Viana - IDADE: 35 ENF: 7 LETO: 722

Nº. PRONTUÁRIO:

DATA: **PRESCRIÇÃO MÉDICA:** **ASSINATURA:** **HORÁRIO DE APLICAÇÃO:**
DOS. MEDICAMENTOS:

OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Favorável / Desfavorável)
------------	---------------------------------------

24/55 Rec. admitido
vindo de - serventário do
estúdio de fotografia平面
lograde + fotografia de tempo 100
pág. e gravado lâmina.

de scuola
di Plinio Andreotti
di Ortopedia e Traumatologia
Ottopede SOTTO
CIRENEC 56112552
CIR 348 912552

ପାତ୍ରାବ୍ଦୀ ପାତ୍ରାବ୍ଦୀ

200000
Mörsch, S. 12
Mars 1594

ATENÇÃO: TODAS AS INFORMAÇÕES REGISTRADA DEVERÁ VIR SEGUINTE OBRIGATÓRIAMENTE DA ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO.

TATIANA DIAS VIEIRA

Nº. PRONTUÁRIO:

DATA

20/11/2019

PREScrição MÉDICA

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

IDADE

39

ENFERMARIA:

122

DATA

1

DIETA GERAL

2

JELCO SALINIZADO

3

—

4

CLINDAMICINA 600MG + 100ML DE SF DE 8/8HS

5

DIPIRONA 2ML +18ML DE AD EV 6/6HS SE DOR OU FEBRE

6

CETOPROFENO 100MG +100ML DE SF EV DE 12/12HS

7

TRAMAL 100MG +100ML DE SF EV DE 8/8HS SE DOR FORTE

8

BROMOPRIDA 35GTS VO DE 8/8HS SE NAUSEAS OU VÔMITOS

9

SINAIS VITais

10

—

11

—

12

—

13

—

14

—

15

—

16

—

17

—

18

—

19

—

20

—

21

—

22

—

23

—

24

—

25

—

26

—

27

—

28

—

29

—

30

—

31

—

32

—

33

—

34

—

35

—

36

—

37

—

38

—

39

—

40

—

41

—

42

—

43

—

44

—

45

—

46

—

47

—

48

—

49

—

50

—

51

—

52

—

53

—

54

—

55

—

56

—

57

—

58

—

59

—

60

—

61

—

62

—

63

—

64

—

65

—

66

—

67

—

68

—

69

—

70

—

71

—

72

—

73

—

74

—

75

—

76

—

77

—

78

—

79

—

80

—

81

—

82

—

83

—

84

—

85

—

86

—

87

—

88

—

89

—

90

—

91

—

92

—

93

—

94

—

95

—

96

—

97

—

98

—

99

—

100

—

101

—

102

—

103

—

104

—

105

—

106

—

107

—

108

—

109

—

110

—

111

—

112

—

113

—

114

—

115

—

116

—

117

—

118

—

119

—

120

—

121

—

122

—

123

—

124

—

125

—

126

—

127

—

128

—

129

—

130

—

131

—

132

—

133

—

134

—

135

—

136

—

137

—

138

—

139

—

140

—

141

—

142

—

143

—

144

—

145

—

146

—

147

—

148

—

149

—

150

—

151

—

152

—

Nome: Tutti e no

Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário Nº.: 394400

REGISTRO DE
EMERGÊNCIAProntuário N.º
394400Paciente: TATIQUA DIAS VIEIRAData da Operação: 19/11/19 Enfermaria: Leito:Operador: Dr. MARCELO SILVEIRA1º Auxiliar: Dr. YURI MACHADO

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiista: Dr. Marcus ForreTipo de Anestesia: MONIT + SECADiagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TORNOCOJO (D)Tipo de Operação: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOCOJO (D) +
REPASSO LIGAMENTARDiagnóstico Pós-operatório: MERMO.

Relatório Imediata Patologista:

R. P. Res. Lacerda

Exame Radiológico no ato:

Número 3262

Acidente durante a operação:

Mat 15584

Cirurgia: Contaminada Infectada

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viáceos

- ① Paciente em DPOF sob anestesia
- ② antebraço + canina + (cunha interno)
- ③ aviso lateral do malleolo lateral (D) +
diminuir peso sobre + reduzir osso
e orientar sobre a fratura do malleolo
lateral (D) + orientar com
presa e parafuso
- ④ aviso móvel do tornozelo (D) +
repaso de ligamento collateral com
Nylon.

- ⑤ longam com 50,9%

- ⑥ sutura por planos

- ⑦ curativo

Dr. Marcelo Silveira Mafas
Ortopedista
CRM 14098 / POC 3480

Dr. Yuri Oliveira Machado
Ortopedista / Traumatologista
Ortopedista Reabilitação e Alívio do Dolor
CRM/EC 44.331 - TEL 11-44.651



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMIENTO EMERGENCIA

REGISTRO DE ATENDIMENTO			
DADOS PESSOAIS		DADOS PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE TATIANA DIAS VIEIRA ENDERECO CEP		Nº DO PORTUGUÊS 5164984 NASCERONTO 15/07/1980 (39 ANOS) SEXO F NOME MÃE GERCINA DIAS VIEIRA ENDERECO RUA 19 DE MATOS PLANALTO AYRTON SENNA CONTATO	
DOCUMENTOS NOME RESPONSÁVEL NI MUNICÍPIO FORTALEZA CEP NI		OCORRÊNCIA	
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/IDADE DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEDA LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO E TRAUMA CONTUSO DE Perna DIREITA HA 3 HORAS SINTOMAS NI		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
PESO NI KG TEMPERATURA NI °C CLASSIFICAÇÃO AMARELO		SINAIS VITais PRESSÃO ARTERIAL NI/NI ALÉRGICAS NEGA RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA MORAES DA SILVA ÁREA ATENDIMENTO	
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 04/11/2019 18:27			
ATENDIMENTO 02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMSE			
SINTOMAS		DESCRIÇÃO	
SINTOMAS		DESCRIÇÃO	
DIAGNÓSTICO		ODO/PROCEDIMENTO	
SAD SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X		() OUTROS	
MEDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
juxtar artéria cubital adx E		APRAZAMENTO	
ver D - algas para Rx. poi o max		OBSERVAÇÕES	
dar com algas		Gabriela Andrade Rodrigues Traumatologista	
TIPO DE ALTA/SAÍDA		DATA E HORA DO ATENDIMENTO	
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNACAO/ODONTO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL		DATA E HORA DO ATENDIMENTO	

Impresso por francisca moraes da silva em 04/11/2019 18:27:49
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do
Processo Penal.

TATIANA DIAS VIEIRA

Acto declaratório

Onoivaiva
09.12.19

Q9999
1999-01-01
1999-01-01
1999-01-01
1999-01-01

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

NOME
TATIANA DIAS VIEIRA



DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF
97008006639 SSP CE

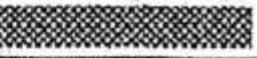
CPF
892.625.493-34
DATA NASCIMENTO
15/07/1980

FILIAÇÃO

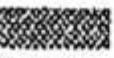
JOSE MILTON DA SILVA

GERCINA DIAS VIEIRA

PERMISSÃO



ACC



CAT.HAB.



Nº REGISTRO

06439229404

VALIDADE

22/12/2019

1º HABILITAÇÃO

18/08/2015

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Tatiana Dias Vieira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

19/09/2016

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

63178950740
CE155463799

DETRAN-CE (CEARA)

INTERPRINT LTDA.

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1351586107

PROIBIDO PLASTIFICAR

1351586107

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047641/20

Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA

CPF: 892.625.493-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2019

Titular do CPF: TATIANA DIAS VIEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TATIANA DIAS VIEIRA : 892.625.493-34

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: 04/02/2020
Nome: TATIANA DIAS VIEIRA
CPF: 892.625.493-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

TATIANA DIAS VIEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200058301

Data da solicitação: 28/02/2020
 DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Tatiana Dias Vieira

CPF do beneficiário: 592.625.493-34

Nome do solicitante: Tatiana Dias Vieira

CPF do solicitante: 892.625.493-34

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 9.8731.6643 Tel. Comercial: (85) 9.8422.3357 Tel. Residencial: (85) 9.8422.3357

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____

[DESCRVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Envio através desta, solicito da parte da Seguradora Líder, que seja feita uma nova reavaliação para melhor avaliação do grau da minha sequelas, pois fiz osteosíntese e reparo ligamentar no meu tornozelo direito e encontro-me hoje em dia com sequelas permanentes.

Fortaleza, 28 de Fevereiro de 2020.

Local e Data

Tatiana Dias Vieira

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047641/20

Número do Sinistro: 3200058301

Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA

CPF: 892.625.493-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2019

Titular do CPF: TATIANA DIAS VIEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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: 28/02/2020

Nome: TATIANA DIAS VIEIRA

CPF: 892.625.493-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020

Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

CPF: 041.838.663-32

TATIANA DIAS VIEIRA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058301 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.
LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O TORNOZELO
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O OMBRO
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058301 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.
LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O TORNOZELO
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O OMBRO
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058301 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.
LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - TORNOZELO- ALTA MÉDICA. P4,13,14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047641/20

Número do Sinistro: 3200058301

Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA

Data do acidente: 04/11/2019

CPF: 892.625.493-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TATIANA DIAS VIEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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: 28/02/2020
Nome: TATIANA DIAS VIEIRA
CPF: 892.625.493-34

TATIANA DIAS VIEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047641/20

Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA

CPF: 892.625.493-34

Data do acidente: 04/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TATIANA DIAS VIEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TATIANA DIAS VIEIRA : 892.625.493-34

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: 04/02/2020
Nome: TATIANA DIAS VIEIRA
CPF: 892.625.493-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

TATIANA DIAS VIEIRA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058301 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P4,14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50