
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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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: Ssimpleira1@gmail.com 16 - Tel/(DDD): (85) 98422.3354

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Adicione o nome da agência) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: —

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, quitação após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, encontrando, desde já, em me submetendo à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: —

25 - Grau de Parentesco com a vítima: — 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: —

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: — Falecidos: — 30 - Vítima deixou ascendentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: — Falecidos: — 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização no Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou falsidade na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprescindível: Assinatura da vítima ou do representante legal (se houver)

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): —

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): —

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): —

38 - 1ª Nome: — CPF: —

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: — CPF: —

Assinatura da testemunha

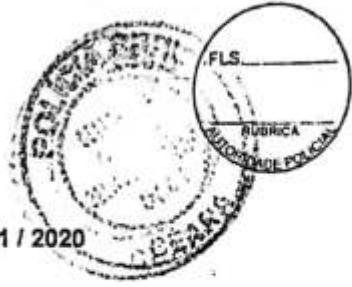
40 - Local e Data: Fortaleza 04 de Fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatório): Tatiana Dias Vieira

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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: _____
RG: **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 DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

Bel. Evandro Alves 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

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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: Ssimpleira1@gmail.com 16 - Tel/(DDD): (85) 98422.3354

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:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abalados. Adicione o nome da conta) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: —

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, quitação após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, encontrando, desde já, em me submetendo à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: —

25 - Grau de Parentesco com a vítima: — 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: —

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: — Falecidos: — 30 - Vítima deixou ascendentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: — Falecidos: — 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização no Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprescindível para a análise do pedido de indenização: —

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): —

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): —

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): —

38 - 1ª Nome: — CPF: —

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: — CPF: —

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza 04 de Fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Tatiana Dias Vieira

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

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: 000001004987-3

Nr. Autenticação

BRABCO1302202005000000000023700645000001004987168750 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 2002

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Rota FOJ12U35 - 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

Ligação Monofásico

Emissão 19/11/2019

Medidor 5626713-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

D0995EE91B1A287C134CFE9650B761AB

DATAS DE LEITURA P.F.: 33 dias

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



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Est. (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 ATE 030 KWH	0,17700	5,31
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,30329	21,23
CONSUMO DE 100 KWH ATE 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\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	66,53	0,04	0,02
COFINS	66,53	0,20	0,10

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE TATIANA DIAS VIEIRA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5164984	Nº DO BE 379210
CAUSAS		NASCIMENTO 15/07/1980(39 ANOS)		SEXO F	LOCAL DO ACIDENTE NAO INFORMADO
DOCUMENTOS		ENDEREÇO RUA 19 DE MATOS PLANALTO AYRTON SENNA		NOME DA ENFERMEIRA GERCINA DIAS VIEIRA	
NOME RESPONSÁVEL NI		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CEP NI		OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTADORES DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO E TRAUMA CONTUSO DE PERNA DIREITA HA 3 HORAS				MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI				ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICOSEMA NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA MORAES DA SILVA			
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	DATA E HORA DA CLASSIF 04/11/2019 18:27				
ÁREA DE ATENDIMENTO					
DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					

*Exame físico D e A de F
pela gerente*

DIAGNÓSTICO		COO. PROCEDIMENTO	CO
SAÚDE SOLICITADA: <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRÂNIO <input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>fixar o ombro direito com F</i>			
<i>verificar o pé direito com R</i>			
<i>dar com o pé direito</i>			
TIPO DE ALTA/SAÍDA		OBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS	
DECISÃO MÉDICA: <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

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 Penal.

[Assinatura]

Tatiana Dias Vieira
TATIANA DIAS VIEIRA

Francisca Moraes da Silva
CONFERE COM ORIGINAL
09/12/19

Fortaleza - Ceará
Município de Fortaleza - Ceará
Rua Alexandre Gusmão, 1578
Barro de Oliveira
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
04.836.197/20012-05

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

DATA	
ESPÉCIE	
LEITO	
QUADRO CLÍNICO	

NOME	
# Adunias #	
Pct. / LSC III (1) / 1 par. moleto	
lat à D c / ind. de tto	
curativos p/ curtos	
obs: Necrose de urros 11x	
Col-Internamento	
06/11	Paciente T.D.V 39 anos. IH: Fratura de malleolo lateral
07/11	Doença: Paciente consciente, orientado, eufórico com a.a. refém. Refere fazer uso de medicação de uso contínuo pidi para a familiar trazer a prescrição segue sob cuidados da equipe.
07/11	afim, em des. sol. p/ m e k7
07/11	pot encue estame, apênd, eufórico em a.a. aceite dieta V.O. eliminação fisiológica + uso de analgésicos, consciente, orientado, medicado e p/ a equipe
07/11	afim, p/ m des

Wendel de Alencar Mendes
Ortopedista-Traumatologista
CREME 214253 / SBO 1602

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcanti Castro
Ortopedista
CRM 19851

Danielle Bezerra
COREN-CE 528428

04.005.107/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. José de Alencar 1000
Mossoró - Cep: 60.001-010
Fortaleza - Ceará

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcanti Castro
Ortopedista-Traumatologista
CRM 19851
09/12/19

Gráfica HDEBO-SAME-Ficha Evol. Paciente-FEP-001
Gráfica HDEBO-Enferm-Fich. Evol. Paciente-FEP-007

NOME:

08/11/13

pac. 9. 399. Goleteu cafezinho, repousou em c.a. e está bem.
Deixa a dieta infundida 6-0. Sem queixas atuais no
período. Segue sob os cuidados da equipe.

Dr. Alexandre S. Faria
COREN: 128.732-ENF

09/11 p.d. estável

BPP, afekt

5/8/10

Dr. Antônio de Castro
Otorrinolaringologista
CRM-CE 8970-20711-03

09/11/13

Pac. no 3-014, com 94% de sat. de oxigênio.
13:30 Relatou no momento atual, com sono, quieto.
Requerida água no inf.

ADRIANA CHAVES DE OLIVEIRA
Enfermeiro
COREN: 128.312

10/11 p.d. estável, BPP

afekt, expreice

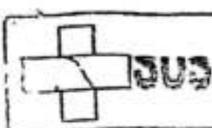
5/8/10

Dr. Antônio de Castro
Otorrinolaringologista
CRM-CE 8970-20711-03

01/11

Ativo. No momento sem
queixas atuais. Com tosse
e fte. restrição hoje.

Dr. Antônio de Castro
Otorrinolaringologista
CRM-CE 8970-20711-03



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CIES

4 - CIES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

6 - Nº PROJ.

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE MUNIC

11 - TELEFONE DE CONTATO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pct vítima AC DE MORTO (SIC) e/CAE III
A E e FRAQ MUSCULO CAR A D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Anamnese + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSA

Fract TBC + LSC I

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ DA EMPRESA

37 - Nº BIULETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tenaz Coelho 1570
Mossoró - RN - CEP: 60.264-210

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

Assinatura
CONFERE COM ORIGINAL
09/12/19



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRICTUAL MATILDE SOARES
LO DE OLIVEIRA PARANGABA

1-222 SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO E AGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
TATIANA DIAS VIEIRA

CADUSUS

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 89262549334; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 97608006639

NOME RESPONSÁVEL
NI

MUNICÍPIO
FORTALEZA

CEP
60.760-385

UF
CE

Nº DO PRONTUÁRIO
394400

Nº DO BE
296638

NASCIMENTO
15/07/1980 (39 ANOS)

SEXO
F

RACIA COR
PARDO

NOME MAE
GERCINA DIAS VIEIRA

ENDEREÇO
RUA DEZENOVE DE MARÇO 888 PLANALTO
AYRTON SENNA

CONTATO
(85) 98843-2039

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DESDO DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DO LESÃO

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

MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINTOMAS
NI

SINAIS VITAIS

PESO
NI

TEMPERATURA
NI

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

ALERGIAS
NAO

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

CLASSIFICAÇÃO
AR
ELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVA MACHADO

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO PELA UNIDADE

ANAMNESE

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

DIAGNÓSTICO

EXATIDÃO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X

PRESCRIÇÃO

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

INTERVALO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

Impresso por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVA 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.

Dr. Plínio Alves da Silva Souza Oliveira
Proprietário da Traumatologia
CRM 5614 TEOT 8172
CPF 380.512.353-00

Tatiana Dias Vieira
tatiana dias vieira

HOSPITAL DISTRICTUAL MATILDE SOARES
RUA DEZENOVE DE MARÇO 888 PLANALTO

Mônica Saba
Mat.15984



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AV. Odeite de Paula nº 1137 - Parangaba - CEP 64.226-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3139-1333

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2319103527543

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

TATIANA DIAS VIEIRA

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: DEZENOVE DE MARÇO Nº 886

BARRIO

PLANALTO AIRTON SENNA

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

1. ☐ MASC 2. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

GERCIANA DIAS VIEIRA

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

388912553

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 MLE e
MID

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
ATUAL QUE COTA, CONTAR COM ORIGINAL

Assinatura

Mônica Silva

Mat. 15984

DIAGNÓSTICOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurite tract. ciliar

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Exame físico + Rx

DIAGNÓSTICO INICIAL

Distúrbios neuromusculares e + Fratura
transversal D

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
2. ☐ CLÍNICA MÉDICA
3. ☐ PSIQUIÁTRICA
4. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
3. ☐ TISIOPEUMOL
4. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

trat. conserv.

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

5681

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Plínio Alves de Souza Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 5671 TEOT 6132
CPF 388.912.553-00

DATA

10.11.19

HORA

22:22

Nome: <u>Tatiane D. Viana</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
		<u>122</u>	<u>10/11/2019</u>	

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	Visto Anamnese de Frotinha de Parangaba para reabilitação física no Frotinha.
11/11/19	00:55 ADM. NESTA UNIDADE PROVE NIENTE DO FROTINHA DE MESSEJAS. CHEGOU DEAMBULANDO, CONSC. ORIENTADA, EUPNEICA, VERBALIZANDO SUAS NHR'S, NEGA ALERGIAS, NELA TIA DERMATOSE E FAT ISO DE AMITRIPTILINA 25mg E FLUOXETINA 20mg MEDICAÇÕES ENCONTRAM-SE EM A MESMA, SEM QUESITOS NO MOMENTO. HIS FRATURA DE MALEOLO LATERAL, A MESMA RELATOU QUE FRATUROU A CLAVICULA ESQ.??
11/11/19	Paciente Aguarda exames de laboratório + LAC, sem internação.
12/11/19	Recebeu e foi
13/11/19	Paciente Aguarda exames, sem internação.

Dr. Hildemar Queiroz
Traumatologia
CRM 7879

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

J.P. da Silva
Mônica Silva
Mat 15324

Dr. Hildemar Queiroz
Traumatologia
CRM 7879

DATA	EVOLUÇÃO
13	T.D.V. q. 39 anos, H.D.: Fratura (LAC) a
14	+ Fratura de MID. Evolui estável,
15	consistente,quistado, verbalizando, pupila
	ca, reflexo, nistagmo normalizado segue em observação. Acompanhamento
	clínico
	Conf. Ronick am 3315
14/04	+ Fratura TÓRAX + L.A.C.
	14/04 RECUPERAÇÃO NORMAL
	Dr. A. ... Otorrinolaringologia CRM 4600
15	Recuperação
16	Recuperação
17	Recuperação
18	Recuperação
19	T.D.V. q. 39 anos, H.D.: Fratura de clavícula e
20	+ Fratura de MID. Evolui estável, con-
21	sistente,quistado, verbalizando, pupila
22	ca, reflexo, nistagmo normalizado segue
	em observação.
	Conf. Ronick am 3315
23	Recuperação
24	Recuperação
25	Recuperação
26	Recuperação
27	Recuperação
28	Recuperação
29	Recuperação
30	Recuperação
31	Recuperação
01/05	Recuperação
02/05	Recuperação
03/05	Recuperação
04/05	Recuperação
05/05	Recuperação
06/05	Recuperação
07/05	Recuperação
08/05	Recuperação
09/05	Recuperação
10/05	Recuperação
11/05	Recuperação
12/05	Recuperação
13/05	Recuperação
14/05	Recuperação
15/05	Recuperação
16/05	Recuperação
17/05	Recuperação
18/05	Recuperação
19/05	Recuperação
20/05	Recuperação
21/05	Recuperação
22/05	Recuperação
23/05	Recuperação
24/05	Recuperação
25/05	Recuperação
26/05	Recuperação
27/05	Recuperação
28/05	Recuperação
29/05	Recuperação
30/05	Recuperação
31/05	Recuperação
01/06	Recuperação
02/06	Recuperação
03/06	Recuperação
04/06	Recuperação
05/06	Recuperação
06/06	Recuperação
07/06	Recuperação
08/06	Recuperação
09/06	Recuperação
10/06	Recuperação
11/06	Recuperação
12/06	Recuperação
13/06	Recuperação
14/06	Recuperação
15/06	Recuperação
16/06	Recuperação
17/06	Recuperação
18/06	Recuperação
19/06	Recuperação
20/06	Recuperação
21/06	Recuperação
22/06	Recuperação
23/06	Recuperação
24/06	Recuperação
25/06	Recuperação
26/06	Recuperação
27/06	Recuperação
28/06	Recuperação
29/06	Recuperação
30/06	Recuperação
01/07	Recuperação
02/07	Recuperação
03/07	Recuperação
04/07	Recuperação
05/07	Recuperação
06/07	Recuperação
07/07	Recuperação
08/07	Recuperação
09/07	Recuperação
10/07	Recuperação
11/07	Recuperação
12/07	Recuperação
13/07	Recuperação
14/07	Recuperação
15/07	Recuperação
16/07	Recuperação
17/07	Recuperação
18/07	Recuperação
19/07	Recuperação
20/07	Recuperação
21/07	Recuperação
22/07	Recuperação
23/07	Recuperação
24/07	Recuperação
25/07	Recuperação
26/07	Recuperação
27/07	Recuperação
28/07	Recuperação
29/07	Recuperação
30/07	Recuperação
31/07	Recuperação
01/08	Recuperação
02/08	Recuperação
03/08	Recuperação
04/08	Recuperação
05/08	Recuperação
06/08	Recuperação
07/08	Recuperação
08/08	Recuperação
09/08	Recuperação
10/08	Recuperação
11/08	Recuperação
12/08	Recuperação
13/08	Recuperação
14/08	Recuperação
15/08	Recuperação
16/08	Recuperação
17/08	Recuperação
18/08	Recuperação
19/08	Recuperação
20/08	Recuperação
21/08	Recuperação
22/08	Recuperação
23/08	Recuperação
24/08	Recuperação
25/08	Recuperação
26/08	Recuperação
27/08	Recuperação
28/08	Recuperação
29/08	Recuperação
30/08	Recuperação
31/08	Recuperação
01/09	Recuperação
02/09	Recuperação
03/09	Recuperação
04/09	Recuperação
05/09	Recuperação
06/09	Recuperação
07/09	Recuperação
08/09	Recuperação
09/09	Recuperação
10/09	Recuperação
11/09	Recuperação
12/09	Recuperação
13/09	Recuperação
14/09	Recuperação
15/09	Recuperação
16/09	Recuperação
17/09	Recuperação
18/09	Recuperação
19/09	Recuperação
20/09	Recuperação
21/09	Recuperação
22/09	Recuperação
23/09	Recuperação
24/09	Recuperação
25/09	Recuperação
26/09	Recuperação
27/09	Recuperação
28/09	Recuperação
29/09	Recuperação
30/09	Recuperação
01/10	Recuperação
02/10	Recuperação
03/10	Recuperação
04/10	Recuperação
05/10	Recuperação
06/10	Recuperação
07/10	Recuperação
08/10	Recuperação
09/10	Recuperação
10/10	Recuperação
11/10	Recuperação
12/10	Recuperação
13/10	Recuperação
14/10	Recuperação
15/10	Recuperação
16/10	Recuperação
17/10	Recuperação
18/10	Recuperação
19/10	Recuperação
20/10	Recuperação
21/10	Recuperação
22/10	Recuperação
23/10	Recuperação
24/10	Recuperação
25/10	Recuperação
26/10	Recuperação
27/10	Recuperação
28/10	Recuperação
29/10	Recuperação
30/10	Recuperação
31/10	Recuperação
01/11	Recuperação
02/11	Recuperação
03/11	Recuperação
04/11	Recuperação
05/11	Recuperação
06/11	Recuperação
07/11	Recuperação
08/11	Recuperação
09/11	Recuperação
10/11	Recuperação
11/11	Recuperação
12/11	Recuperação
13/11	Recuperação
14/11	Recuperação
15/11	Recuperação
16/11	Recuperação
17/11	Recuperação
18/11	Recuperação
19/11	Recuperação
20/11	Recuperação
21/11	Recuperação
22/11	Recuperação
23/11	Recuperação
24/11	Recuperação
25/11	Recuperação
26/11	Recuperação
27/11	Recuperação
28/11	Recuperação
29/11	Recuperação
30/11	Recuperação
31/11	Recuperação
01/12	Recuperação
02/12	Recuperação
03/12	Recuperação
04/12	Recuperação
05/12	Recuperação
06/12	Recuperação
07/12	Recuperação
08/12	Recuperação
09/12	Recuperação
10/12	Recuperação
11/12	Recuperação
12/12	Recuperação
13/12	Recuperação
14/12	Recuperação
15/12	Recuperação
16/12	Recuperação
17/12	Recuperação
18/12	Recuperação
19/12	Recuperação
20/12	Recuperação
21/12	Recuperação
22/12	Recuperação
23/12	Recuperação
24/12	Recuperação
25/12	Recuperação
26/12	Recuperação
27/12	Recuperação
28/12	Recuperação
29/12	Recuperação
30/12	Recuperação
31/12	Recuperação

CRM - MÉDICO (A)

Tatiana: Din Vieira.

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

Scanned by CamScanner

EVOLUÇÃO

10/11/19

Parts open, some interesting.

Alto Hospital de Natação e Aquicultura na
LAC (paciente oncológica com câncer de mama) residente

Dr. Arturo
Cruz
CR 7879

ATESTO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

2.2 A. Paul

Minor Sales

Ms. 15584

CRM - MÉDICO (A)

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ГЛАВА -

SINAIS VITAIS			
HORARIO:			
P.A.:			
TEMP.°:			
P./MIN.:			
M.V. / MIN.:			

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Falt / Diária)

Dr. Plinio Pavesi de Souza Oliveira
Otopneumologia
CREMEC 5071 TEOT 6152
Cof 388.91252

Ao 24:55 Per. admitido
 vindo de emergência /
 sair de hospital - 24 horas
 seguida + exame de tomografia
 para a seguirando imagem

Monica Seid
Mar 15 2004

ATENÇÃO: TODAS INFORMAÇÕES REGISTRADA DEVERÁ VIR SEGUIDA OBRIGATORIAMENTE DA ASSINATURA E CARIMBO DO TUTOR RESPONSÁVEL PELO ORIENTANDO, ASSINADO E CARIMBADO EM PRESEÇA DO TUTOR RESPONSÁVEL PELO ORIENTANDO.			
IDADE	39	ENFERMARIA:	122
		Nº. PRONTUÁRIO:	

Nº. PRONUDARIO:

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

causa de alta hospitalar în 9.58.

2 JELCO SALINIZADO

243

1

1

1

1

1

1

Atto Hospital

Dr. K. V.

[Signature]
Munir Saita

11/11/11

1879

Nome: Tatiana Dias Vieira

Prontuário Nº.: 394400

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>19/11/19</u>	Pres. Arterial: <u>120 x 80</u>	Pulso: <u>88 bpm</u>	Respiração:	Temperatura:	Peso: <u>88 kg</u>	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Ureia:	Outros:
Urina:						
Ap. Respiratório:				Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório: <u>non</u>				Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:		
Estado Mental: <u>normal</u>		Atarácicos:	Corticóides:	Alergia:		Hipotensores:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fratura Torácica D</u>				Estado Físico: <u>AM - I</u>		Risco:
Anestesias Anteriores:						

Medicação Pré-anestésica:		Aplicadas às:	Efeito:
Agente Anestésico	02		
Líquido			
		<p>INDUÇÃO</p> <p>Relax.: _____ End.: _____ Tense.: _____</p> <p>Laringe exposta: _____ Lente: _____</p> <p>Náusea: _____ Vômito: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p>1. 4gms lúmen MSD</p> <p>2. Oximétrico - 600m</p> <p>3. Antispasmo</p> <p>4. Rhipurio bolus de 1g</p> <p>5. Puncos lombares de 11/15mm</p> <p>6. Etomidato 0.3mg</p> <p>7. SPPB</p>	
<p>ANESTESIA: <u>DD</u></p> <p>Agentes: <u>Xibutina, Sufentanila</u></p> <p>Técnica: <u>Boyerung Espinal</u></p> <p>Operação: <u>Tratamento Cirúrgico Fratura Tórax</u></p> <p>Cirurgiões: <u>Marcos</u></p> <p>Anestesiistas: <u>MARCUS FORTE - 4444</u></p> <p>Observações:</p>		<p>Anestesia Total: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Não, por quê?</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reações na S.O.: _____</p> <p>Osteo.: _____ CO2: _____ Escal.: _____</p> <p>Náusea: _____ Vômito: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cântula: _____</p> <p>Para o leito: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>CONDIÇÕES:</p> <p>Perda Sanguínea:</p>	

Paciente: TATIANA DIAS VIEIRA

Data da Operação: 19.11.19

Enfermaria:

Leito:

Operador: Dr. MARCELO SILVEIRA

1º Auxiliar: Dr. YURI MACHADO

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiista: Dr. MARCUS FORRE

Tipo de Anestesia: RAQUIM + SEDACAL

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TORNOZELO (D)

Tipo de Operação: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO (D) +
REPARO LIGAMENTAR

Diagnóstico Pós-operatório: MBPND

Atestado que o paciente foi submetido a cirurgia

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Marcelo Silva

Mat 15584

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

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

- ① Paciente em BDH sob anestesia
- ② antrotomia + anquia + campos externos
- ③ acesso lateral do malleolo lateral (D) +
direção para dentro + direção aberta
e encontrando a fratura de malleolo
lateral (D) + encontrando com
pica e perfuro
- ④ acesso medial do tornozelo (D) +
reparo de ligamento anterior com
Nylon
- ⑤ Lavagem com 500,9%
- ⑥ Sutura por pontos
- ⑦ Curativos

Dr. Marcelo Silveira Matias
Ortopedista
CRM 14098 / RQE 8480

Dr. Yuri Oliveira Machado
Ortopedia Traumatologia
Ortopedia Pediátrica e Alecrim de 14
CRM 14.331 - TEOT 14.451



Prefeitura de
Fortaleza

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

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE TATIANA DIAS VIEIRA		NASCIMENTO 15/07/1980(39 ANOS)		Nº DO PRIORITÁRIO 5164884	Nº DO BA 379210
CAUSAS		SEXO F		RACIA COR NÃO INFORMADA	
DOCUMENTOS		ENDEREÇO RUA 19 DE MATOS PLANALTO AYRTON SENNA		NOME DA MÃE GERCINA DIAS VIEIRA	
NOME RESPONSÁVEL NI		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CÓDIGO NI		OCCORRÊNCIA		LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDEREÇO DO ACIDENTE	
QUEIXA LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO E TRAUMA CONTUSO DE PERNA DIREITA HA 3 HORAS		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 5(ADULTO)	
SINAIS VITAIS		SARCO NI%		PULSO NI	
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		GLICOSIA NI	
TEMPERATURA NI °C		ALTERAÇÃO NEGA		DATA E HORA DA CLASSIF 04/11/2019 18:27	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA MORAES DA SILVA		ÁREA ATENDIMENTO	
DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		ATENDEMENTO MÉDICO		ANAMNESE	
<p><i>Exame físico de ombro F pela ginecologista</i></p>					
DIAGNÓSTICO					
SOLICITAÇÃO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>fixador externo de ombro F</i>					
<i>verificar depois para R. no o. neurol</i>					
<i>dar com o. de ombro</i>					
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () MIL () 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 Penal.

Tatiana Dias Vieira
TATIANA DIAS VIEIRA

Atto declaratório

21

Francisca Moraes da Silva
09/12/19

COPIA
04/11/2019 18:27:49
NOME DO PACIENTE
TATIANA DIAS VIEIRA
Nº DO PRIORITÁRIO
5164884
Nº DO BA
379210

REPÚBLICA 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.
AB

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
EE155463799

DETRAN-CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1351586107

PROIBIDO PLASTIFICAR
1351586107

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 015039009B21
 DIG 1 230773486 0000000000 2019

CLAUDIO PIAS VIEIRA
 FORTALEZA / CE

82765170304 NOV3395/CE

9CZKRD0510AR025586

HONDA/NXR150BROS MIX ESD
 2P/DCV/149CC

1ª VENC. 2ª VENC. 3ª VENC.
 1ª 2ª 3ª
 1ª 2ª 3ª

80.11 0.32 84.58 24/06/2019

13/07/2019

IGOR PONTE
 DETRAN-CE

VEÍCULO OMIATÓMICO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGUNDO DPVAT

CE Nº 015039009B21 BILHETE DE SEGURO DPVAT

82765170304 NOV3395 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204 38460044008

2019 13/07/2019

HONDA/NXR150BROS MIX ESD

9CZKRD0510AR025586

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05 4.01 40.05

4.15 0.32 84.58

24/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: KD05E1A025586

015039009B21

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

230773486
 235606/60

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047641/20

Vítima: TATIANA DIAS VIEIRA

CPF: 892.625.493-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TATIANA DIAS VIEIRA

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

TATIANA DIAS VIEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: 892.62549334

Nome do solicitante: Tatiana Dias Vieira.

CPF do solicitante: 892.62549334

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 9.8731.6643
DDD

Tel. Comercial: (85) 9.8422.3357
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

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) documentos estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

Venho através desta, solicitar pa parte da Seguradora lider, que seja feita uma perícia médica para minha avaliação do grau da minha sequela pois fiz. osteossintese e Riparo 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 a 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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TATIANA DIAS VIEIRA

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

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

Valoração 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

Valoração 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

CPF: 892.625.493-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TATIANA DIAS VIEIRA

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TATIANA DIAS VIEIRA

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

Valoração 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