
Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429008

Vítima: FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Data do Acidente: 08/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429008

Vítima: FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Data do Acidente: 08/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001351-0

Conta: 0000038944-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

91336813334

Francisca Joaquina de Souza

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Francisca Joaquina de Souza

91336813334

Agricultora

St Jpu Mazagão

510

11 - Bairro:

Jpu Mazagão

12 - Cidade:

Itapipoca - CE

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62500-000

15 - E-mail:

Segurodpvatseguro@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(88) 916518931

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1351

CONTA:

38944

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (valores)?

☐ 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 do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Itapipoca - CE 10/07/19

x Francisca Joaquina de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Francineide Silva Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ITAIPÓCA
Impresso nº 2019464419



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 3226 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/07/2019 09:25:03**
Data / Hora da Ocorrência: **08/02/2019 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **IPU MAZAGÃO**
Complemento:
Bairro:
Município: **ITAIPÓCA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA**
Nascimento: **04/10/1945** CPF:
RG: **1100976-86** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **FRANCISCA JOAQUINA DA SILVA**
VICENTE JOAQUIM FELIX
Endereço: **LARGO IPU MAZAGÃO**
Bairro: **IPU MAZAGÃO**
Município: **ITAIPÓCA/CE**
País: **BRASIL**

UF: **CE**

CEP:

Telefone:

Histórico

Narra que na data, hora e local citados acima, caminhava pelo acostamento da pista, quando fora colhida por uma motocicleta de dados desconhecidos qual lhe atingiu jogando-a contra o solo; Afirma que ficará desacordada vindo a recobrar os sentidos na Unidade de Pronto Atendimento-UPA, de onde fora encaminhada para o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, conforme prontuário de atendimento de nº141603 e atendimento de nº0004, em anexo; Que segundo fora informada, a mesma fora socorrida ao citado hospital por familiares, pois o condutor da motocicleta que a atropelou, evadiu-se do local sem prestar socorro. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.

Obs.: A noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299, do C.P.B. (Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAIPÓCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

HELIA MARIA DE LIMA FREITAS - MAT.: 300488-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisca Joaquina de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO JOSÉ PORTELA NETO - MAT.: 30124375

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: 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 e somente 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valencos)? ☐ 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 do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapipoca - CE 10/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01351-0

CONTA: 000000038944-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2307201905000000000023701351000000038944168750 PAGO



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francineide Silva Cruz inscrito (a) no CPF/CNPJ 771191003 / 78,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisca Joaquina de Sousa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 913368133 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima
Francisca Joaquina de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 913368133 / 34, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Avenida Duque de Caxias</u>		Número	<u>953</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Itapipoca</u>	Estado	<u>CE</u>	CEP
						<u>62500-000</u>
Email	<u>Segurodpvatseguro@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(88) 996518731</u>	<u>(88) 992129995</u>		

Itapipoca 10 de Julho de 2019.
Local e Data

Francineide Silva Cruz
Assinatura do Declarante

FICHA DE REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS. 2- AO ELIMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGUE 2ª VIA AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNO COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

Unidade de Origem

Distrito Sanitário: _____ Município: _____
Nome: Francisca Joaquina de Sousa Prontuário Nº _____
Sexo: M ☐ F ☐ Data da Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente 73 anos vitima de atropelamento evoluindo com fratura em tibia direita e escoriações difusas, necessitando de avaliação ortopedica.

Resultados de Exames: Glasgow 15 ; PA 140/90 ; FC (80) , FR (20), St O2: 97 %

Consulta já realizada: Cetoprofeno
Impressão Diagnóstica: Fratura de tibia direita

Assinatura do(a) encaminhado(a) Nº registro _____

Função _____

08 / 02 / 2019
Data

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: (☐) Ambulatorial (☐) Hospitalar (☐) Auxílio Diagnóstico
Procedimento: avaliação Profissional: Ortopedista

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Nota: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____
Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultados de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de consulta para seguimento: _____

Problema justificou a referência? () Sim () Não

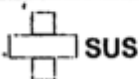
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? () Sim () Não

Assinatura do(a) consulte Nº Registro _____
Utilize também como resumo de alta.

Função _____

Data _____

LIBERADO PARA USO
15 JUL 2019



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2018003

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES

2552086

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

4 - CNES

2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

141603

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

89.8002.902.9690-76

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/10/1945

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

01 - Branca

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

FRANCISCA JOAQUINA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA KELE SOUSA SANTOS

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA IPU MAZAGAO, SN, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ITAPIPOCA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2306405

18 - UF

CE

19 - CEP

62500-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma, com fratura em planalto tibial D

Retornar para osteossíntese

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadro Acima

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

Anamnese + Exames

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S82.1 Fratura da extremidade proximal da tibia

24 - CID 10 PRINCIPAL

T93.1

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Interino

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016278224025

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/02/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO NO CONSELHO

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Jose Roberto Barroso
E: 104.866.867-87
Auditor
CRM-CE
5151 - Itapipoca

DADOS DO PACIENTE

Nome FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA				Prontuário/Atendimento 141603/0005	
Nascimento 04/10/1945		Local ITAPIPOCA		País Nacionalidade Brasil	
Idade 73 Ano(s)		Sexo Feminino		Raca/Cor Parda	
Etnia		Estado Civil Casado(a)		Religião	
Documento(s) CPF: 913.368.133-34 Identidade: 110097686				CNS 89.8002.902.9690-78	
Endereço RUA IPU MAZAGAO		Nº SN		Bairro ZONA RURAL	
Município ITAPIPOCA-CE		CEP 62500-000			
Fone (88)99284-7003		Profissão AGRICULTORA		Empresa	
Responsável MARIA KELE SOUSA SANTOS		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável IPU MAZAGAO, SN		Cônjugue FRANCISCO FERREIRA DE SOU			
Mãe FRANCISCA JOAQUINA DA SILVA		Pai VICENTE JOAQUIM FELIX			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 09/02/2019 00:02		Quarto/Leito 063-0005		Aposento ENFERMARIA	
Clínica CIRURGICA		Sótor EMERGENCIA ADULTO			
Convênio SUS		Matrícula		Autorização	
Dias 0		Guia		CRM 12320	
Médico IANO DE ALMADA FERREIRA		CID Complementar X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros locais especific			
Principal Fratura da extremidade proximal da tibia		CID Complementar X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros locais especific			
Usuário TELMA MACHADO		Procedimento SUS 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL		Sisprenatal	
Data Saída		Hora		Condição da Saída	
Usuário Saída					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

[Assinatura]
LIBERADO PARA SAÍDA
15 JUL. 2019
RPP

ITAPIPOCA, 9 de fevereiro de 2019.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: TELMA MACHADO

[Assinatura]
Assinatura do responsável



Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 141603 Atendimento 0004 Nome do Paciente FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA
Documento(s) CPF: 913.368.133-34 Identidade: 110097686
Data de Nascimento 04/10/1945 Local ITAPIPOCA/CE
Pai VICENTE JOAQUIM FELIX Mãe FRANCISCA JOAQUINA DA SILVA
Endereço RUA IPU MAZAGAO, SN Bairro ZONA RURAL CEP 62500-000 Município ITAPIPOCA
Profissão AGRICULTORA Empresa Conjuge FRANCISCO FERREIRA DE SOU
Responsável MARIA KELE SOUSA SANTOS CPF do Responsável Endereço RUA IPU MAZAGAO, SN Município ITAPIPOCA UF CE
CNS 898002902969076 Guia de Autorização
Estado Civil Casado(a) Sexo Feminino
Idade 73 Ano(s)
UF CE Telefone 88992847003

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 08/02/2019 Hora 23:26 Convênio SUS
Profissional do Atendimento ADRIANO DE ALMADA FERREIRA CRM/UF 12320/CE Tipo Atendimento CONSULTA
Indicador do Acidente Trânsito Funcionário TELMA MACHADO
Observação

Sal- Data/Hora Liberação 08/02/2019 23:48 Tipo de Saída Alta
Sín /tais Pe 3) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (mpm) PA (mmHg) Oximetria (%) Glicemia (mg/dL)
66 64 X 34 99

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 08/02/2019 23:39

Responsável pela Classificação: DENISE CARDOSO ALME

Relatório:

Cliente referenciada da upa ,vitima de atropelamento, apresentando fratura de tibia , refere dor em joelho direito ,nega perda de consciencia ,vomito, nega HAS ,DM e alergia medicamentosa.

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

08/02/2019 23:48:04h Responsável: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA CRM-CE 12320

Paciente vitima de trauma, com fratura em planalto tibial D

Internar para osteossintese

Assinatura do Profissional de Saúde sem
assinatura para o paciente ou
assinatura do convênio.

LIBIA CONFORTURA DE SOUZA LIMA
15 JUL 2019

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA KELE SOUSA SANTO

Dados Clínicos - Médico

Paciente

FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Data de Nascimento

Idade

Nome da Mãe

04/10/1945

73 Ano(s)

FRANCISCA JOAQUINA DA SILVA

Data Atendimento

Aposento

08/02/2019

Profissional Responsável

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

Convênio

SUS

Prontuário

141603/0004

Quarto/Leito

/

CRM

12320

Sector

EMERGENCIA ADULTO

Especialidade

TRAUM/ORTO

FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Folha de Observação Clínica - 08/02/2019 23:48:35

Diagnostico - Doenças Secundárias - Queixa e Duração - História da Doença Atual - Antecedentes individuais e hereditários

Paciente vítima de trauma, com fratura em planalto tibial D

Intencar para osteossintese

Adriano de Almada Ferreira

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-CE 12320

RESPONSÁVEL: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

LIBIA CORRETORA DE SIG. LTDA
15 JUL. 2019

Eu, o(a) paciente ou representante legal, autorizo a realização de procedimentos médicos e cirúrgicos necessários para o tratamento da doença atual e das doenças secundárias, sem qualquer ônus para o paciente ou representante legal.

Assinatura do paciente ou representante legal

Dados Clínicos - Médico

Paciente			Francisca JOAQUINA DE SOUSA		Prontuário	141603/0005
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe				
04/10/1945	73 Ano(s)	FRANCISCA JOAQUINA DA SILVA				
Data Internação	Aposento					
09/02/2019	ENFERMARIA					
Profissional Responsável			Quarto/Leito		020/0001	
ADRIANO DE ALMADA FERREIRA			CRM		12320	
Convênio	Setor	Especialidade				
SUS	POSTO 2	CIRURGICA				
Diagnóstico	S82.1 Fratura da extremidade proximal da tibia X58.8 Exposição a outros fatores especificados - outros					

DESCRICAO PROCEDIMENTO CIRURGICO ANESTESIA

Descrição de Procedimento Cirurgico - Anestesia - 13/02/2019 19:38:45

paciente em ddh sob anestesia
aspepsia + antessepsia + campos
incisao antero lateral em tibia proximal direito
dissecção por planos
erguido plato lateral e fixação com parafusos e placa sob escopia
f. amento por planos
Curativo
a rpa

Dr. Rodolfo Jose Braga Teixeira
CRM - CE 15672

RESPONSÁVEL: RODOLFO JOSE BRAGA TEIXEIRA - CRM-CE 15672

Eu, o(a) Sr(a) _____, de nome _____, residente e domiciliado(a) em _____, por meio do(a) Sr(a) _____, portador(a) do CPF nº _____, para o paciente ou responsável pelo convênio

Assinatura

LIBIA GUARATIORA DE SOUZA LTDA.

15 JUL. 2019

Assinatura

63040002398

FICHA DE REFERÊNCIA

1- PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS. 2- AO ELIMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGUE 2ª VIA AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNO COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

Unidade de Origem

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Francisca Joaquina de Sousa Prontuário Nº _____

Sexo: M ☐ F ☐ Data da Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente 73 anos vitima de atropelamento evoluindo com fratura em tíbia direita e escoriações difusas, necessitando de avaliação ortopedica.

Resultados de Exames: Glasgow 15 ; PA 140/90 ; FC (80) , FR (20), St O2: 97 %

Consulta já realizada: Cetoprofeno

Impressão Diagnóstica: Fratura de tíbia direita

Assinatura do(a) encaminhado(a) Nº registro

Função

08 / 02 / 2019

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: (☐) Ambulatorial (☐) Hospitalar (☐) Auxílio Diagnóstico

Procedimento: avaliação Profissional: Ortopedista

Unidade de referência: _____ Data: ____/____/____ Nota: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultados de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de consulta para seguimento: _____

Problema justificou a referência? () Sim () Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? () Sim () Não

Assinatura do(a) consulte Nº Registro
Utilize também como resumo de alta.

Função

Data

LIBERADA CONSULTA DE SEGUIMENTO
15 JUL 2019

Prescrição: 0007

Data de Nascimento: 04/10/1945

Data: 14/02/2019

Hora: 09:25

Convênio: SUS

Diagnóstico: S82.1 Fratura da extremidade proximal da tibia

Paciente: FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Nome da Mãe: FRANCISCA JOAQUINA DA SILVA

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

Setor: POSTO 2

Prontuário: 141603/0005

Sexo: Feminino

Quarto/Leito: 020/0001

CRM: 12320

Data de Internação: 09/02/2019

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. ALTA HOSPITALAR				

Evolução Clínica:

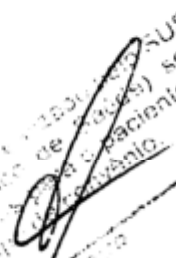
paciente em po de osteossintese de plato tibial direito

sem queixas

cd: alta hospitalar


Dr. Rodolfo Teixeira
CRM - CE 15672

RESPONSÁVEL: RODOLFO JOSE BRAGA TEIXEIRA - CRM-CE 15672


Dr. Adriano de Almada Ferreira
CRM - CE 12320
SUS
Sem
convênio




CANCELAMENTO DE IDENTIDADE
 ADMINISTRATIVO
 CANCELAMENTO DE IDENTIDADE
 ADMINISTRATIVO

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

com o nº 913368133-34



MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Nº de Inscrição
913368133-34

Data do Nascimento
04/10/45

1100976-86
 FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA
 05/107/86
 Violeto, Joaquina de
 Francisco Joaquina da SILVA
 Uruburetama-CE
 04/10/45
 Cert. Cas. 440, LV. 2, Fls. 1/3
 Cert. de São João, Uruburetama-CE

00/02/81 : em
 Emitido em

TAMBÉM NACIONAL TERRITÓRIO O CDD ME ODIÁVA

FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA

Assinatura

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

15 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 Ministério da Saúde
 Instituto Nacional de Câncer
 Avenida Brasil, 470 - Rio de Janeiro - RJ

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1551416278

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1551416278

PRIMEIRO NOME FRANCINEIDE SILVA CRUZ
LOCAL ITATIPOCA, CE
DATA DE NASCIMENTO 19/12/2017
DATA DE EMISSÃO 05/01/2021
1ª EMISSÃO 08/12/2016

CPF 771.191.003-78
CPF 527994280
CE 05651399750
CE 0162734735

ENDEREÇO Rua Sebastião Rodrigues da Cruz
MARIA DAS NEVES SILVA CRUZ
CE 05651399750
CE 0162734735

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1551416278

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429008 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA **Data do acidente:** 08/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 6 (CIRURGIA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429008 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA JOAQUINA DE SOUSA **Data do acidente:** 08/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 6 (CIRURGIA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisca Joaquina de Santa, brasileiro(a), estado civil casada, profissão agricultora, residente e domiciliado à Rua St Ipe Macaço, nº SIN, bairro Ipe Macaço, Município de Itapipoca, Estado de(o) Ceará, Cep: 62500-000, portador(a) do Rg nº 1100976-86, SSP/CE e CPF nº 913368133-34

Outorgado: Francineide Silva Cruz, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Empresaria, residente e domiciliado(a) à Rua Chumil Queque de Car, nº 953, bairro Centro, Município de Itapipoca, Estado de(o) Ceará, Cep: 62500-000, portador(a) do RG nº 529990280, SSP/CE e CPF nº 77119100378

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) Francisca Joaquina de Santa, ocorrido em 08/02/19, na data do acidente de Trânsito. E cobertura de Invalidez, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Itapipoca-CE, 20 de Julho De 2019.



X. FRANCISCA JOAQUINA DE SANTA
Outorgante
CPF Nº 913.368.133/34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

