

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO CANCELADO
OK

Parecer Médico

Análise |

PRESTADORA: Visão Médica
NOME DA VÍTIMA: FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO
NÚMERO DO SINISTRO: 2010/261181
DATA DO ACIDENTE: 21/08/2005
UF: CE
SEGURADORA: MBM SEGURADORA S/A
REGULADORA:

Ricardo

DIAGNÓSTICO:
FRATURA DO OLECRANO DIREITO E FRATURA DA CLAVICULA DIREITA (TTO CIRURGICO)

SEQÜELAS PERMANENTES:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MS DIREITO

VALOR PLEITEADO / PERCENTUAL:	VALOR AVALIADO / PERCENTUAL	PERÍCIA MÉDICA:
R\$ 9450,00 / 70%	R\$ 4725,00 / 35%	

DOCUMENTO(S) COMPLEMENTAR(ES)

PARECER:
INVALIDEZ PARCIAL / MS DIREITO: 50% DE 70% = 35%

OBSERVAÇÕES:

Jorge Alberto C. de Souza
MÉDICO
CRM 52 37730-0

DATA DA ANÁLISE	DATA DO ENCAMINHAMENTO
16/08/2010	17/08/2010

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

GE - 1 Via - 9001113261878


Seg/Reg: 123M

Sinistro nº 2010-26181

DIGITADO

PROCEDIMENTO		Processo nº 100 / <u>134133</u> / 20 / 01 / <u>001</u>	
Prestador: () CNIS () MS (☒) Visão Médica () Amorim e Mattos () CEBEME			
(☒) Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação			
PROCEDIMENTO		Processo nº 100 / _____ / 20 / _____	
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos () CEBEME			
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação			
PROCEDIMENTO		Processo nº 100 / _____ / 20 / _____	
Prestador: () CNIS () MS () Visão Médica () Amorim e Mattos () CEBEME			
() Aval.IP () Reaval. IP () Legitimidade () Investigação			
Obs.:		DUT	
() -VÍTIMA PROPR. SEG.QUITADO	DATA DO SIN.	VENCIMENTO	PAGAMENTO
(☒) -VÍTIMA NÃO PROPRIETÁRIA			
SIN.ANTERIORES:			
BENEF.:			

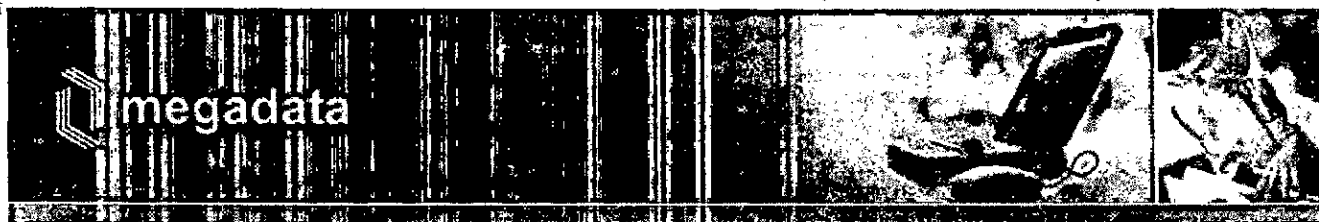
Liberado para pagamento ☐

Devolvido/Faltando documentos ☐

Analista/Fabrica: RICARDO

Data: 12 / 8 / 2010

Obs.: Esta planilha não deve ser retirada do processo



```

=====
* Megadata Computacoes          D.P.V.A.T.          04/08/2010 10:53:58 *
* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *
* DPV010T ***** CONSULTA POR NUMERO DO SINISTRO ***** V064 / DPV016P *
=====
ANO / NUM. / LANC - 2010 / 261181 / 01 COD. DEPEND .. - 055
COD. SEG. .... - 6084 TIPO DOCUMENTO - 4 EX -
NUM. DOCUMENTO - CE102401593 DT.CADAST.PARC.- 00 / 00 / 0000
CATEGORIA .... - 09 DT. SINISTRO . - 21 / 08 / 2005
DT. CADAST.... - 04 / 08 / 2010 DT. RATEIO ... - 00 / 00 / 0000
NATUREZA ..... - 2 CPF VITIMA - 62531468315
NOME DA VITIMA - FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO
DT. NASC. .... - 02 / 08 / 1981 VALOR INDENIZ. -
SEQUENCIA .... - 002 VLR COR.MON/JUR- 0,00
COD. REC/RECL. - 4 DT. PAGAMENTO - 00 / 00 / 0000
NOME RECEBEDOR -
CPF/CGC RECEB. - 0000000000000000 DT. ATUALIZ... - 04 / 08 / 2010
PROCURADOR/INT.-
CPF/CGC PRC/INT- BOLETIM ..... - 11212575/05
DELEGACIA .... - FORTALEZA UF DELEGACIA - CE
REGULACAO .... - 3 SUB-JUDICE ... - DT. RECEB.
DT. RECLAMACAO - 14 / 06 / 2010 CONF. PGTO - / /
* LANC.MANUAL.
ENTER = CONTINUAR PF03 = FIM PF07 = VOLTA MENU

```

Ricardo

Curitiba, 15 de Junho de 2010

Ilmo. (a) senhor (a).

Nome: Francisca Leanne Nobre Melo

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT –

Sinistro de Invalidez – Vítima: FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recebemos o processo acima mencionado em 14/06/2010, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- **Deverá ser apresentado junto ao processo;**

1. **Comprovante de endereço legível.**
2. **Anexo II conforme circular 116/09.**
3. **Número de conta na autorização de pagamento.**

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos, para encaminhar o processo à Lider/Convênio-DPVAT, para finalização.

Tal procedimento está em conformidade com normas estabelecidas pela Lider/Convênio-DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo inicial de 30 dias que tínhamos para nos pronunciar quanto à indenização.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,

MBM Previdência e Seguros



Curitiba, 31 de Março de 2010.

Ilmo(a) Sr(a).
Francisca Leanne Nobre Melo.
Rua: Dom Carlos, nº 309
Cidade: Fortaleza – CE
CEP.: 60.000-000

Ref: Sinistro DPVAT – INVALIDEZ – 2009/189899
Vítima: FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que conforme vossa solicitação, estamos devolvendo em anexo, toda a documentação original do processo, para suas providências.

Diante do exposto, estamos à disposição para reabrir o processo mediante a reapresentação dos documentos ora devolvidos juntamente com a documentação solicitada por cartas enviadas anteriormente.

Informamos que o processo encontra-se cancelado administrativamente e até a presente data não consta nenhuma ação Judicial junto a esta Seguradora, para o referido processo.

Por oportuno, informamos que o presente procedimento é efetuado em atendimento as instruções emanadas da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Obrigatório DPVAT.

Sem mais para o momento, firmamo-nos.

Cordialmente.



EXCELSIOR SEGUROS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 12. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 112 - 12515 / 2005

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: LESÃO CORPORAL CLP/POSA - TRANSITO

Data / Hora da Comunicação: 19/10/2005 09:54:06

Data / Hora da Ocorrência : 21/08/2005 18:30:06

Endereço da Ocorrência: ROD BR 116

AEROLANDIA FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: POLÍCIA RODOVIÁRIA

Dados da Vítima

Nome: FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO

Nascimento : 02/08/1981

RG: 97012002723 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: FRANCISCO DE ASSIS MELO

MARIA ZIZEUDA NOBRE MELO

Endereço: R 715 65 3ª ETAPA

CONJUNTO CEARA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: 3294-8751

Histórico

Diz a declarante que no dia, hora e local citados acima, estava na garupa da motocicleta de placas HWS 3492, de cor preta, ano 2004, de marca Twister, conduzida pelo senhor BERLARMINO SANTOS SOARES, quando de repente, um carro de marca Gol bateu na traseira da moto em que estava e voou, tendo caído cerca de nove metros de distância. Que, ressalta que o condutor do veículo Gol, de cor cinza era um homem, no entanto não sabe dizer o nome deste homem, tampouco as placas de seu veículo. Que, quando caiu no acostamento, desmaiou e não recorda mais de nada. Que, ao recuperar a consciência estava no hospital UF-Centro, onde ficou durante nove dias e depois foi transferida para o hospital Pronto Socorro dos Acidentados, tendo sido submetida a duas cirurgias, onde passou cinco dias. Que, depois ficou sabendo que a perícia compareceu ao local do acidente em tela. Que, em virtude da declarante se encontrar com o braço direito enfaixado até a altura da mão, com que assina, vai ao final deste B. O., com sua piteira direita. E nada mais disse. *Francisca Leanne Nobre Melo*

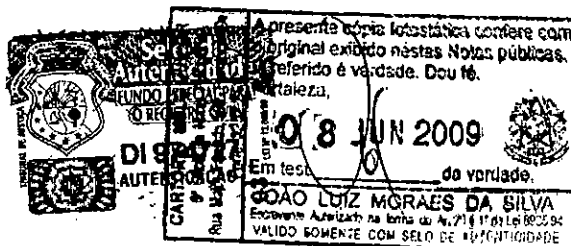
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 4. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Coliana Moari*

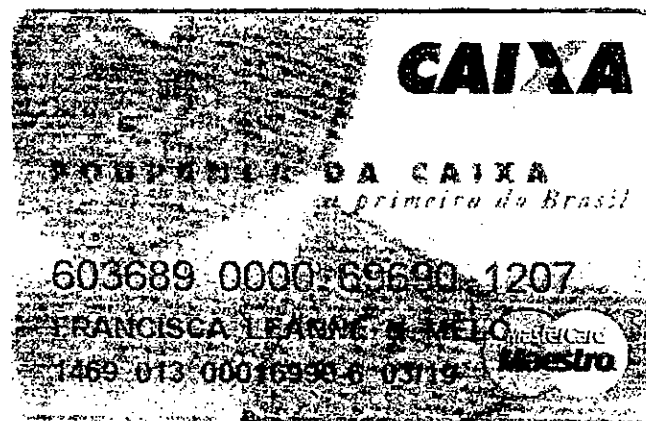
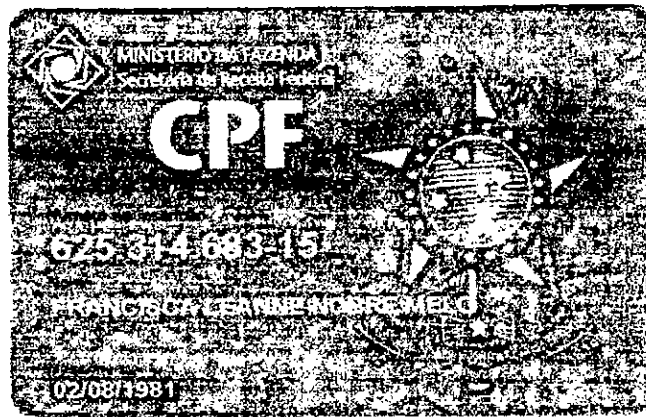
MATRÍCULA: 133920-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

VISTO DO DELEGADO(A) :



Fm. de A. Benedito de Souza
Delegado de Polícia Civil
MAT 12.515/2005



DOCUMENTO RECEBIDO
02 / 08 / 10

Av. Lauro Vieira Chaves, 1030 - Vila União - Fortaleza-CE | CEP: 60.420-901
CNPJ: 07040108-0001-57 | C.G.F.: 06859.236-1
Atendimento ao Cliente: 0800.2750195 | Internet: www.cagece.com.br

DADOS DO CLIENTE

Nome: FCA LEANNI NOBRE 1110
Endereço: RU DOM CARLOS, 00:00
Cidade: FORTALEZA
Endereço Entrega:
Cidade:
CPF/CNPJ: 625.314.645-15

Cep: 60000-000

Cep:

INSCRIÇÃO

00354251

Codificação

001. 48.789.0230.0000

Emissão

17/02/2009

Mês/Ano

02/2009

ECONOMIAS

Previsão Próxima Leitura
16/03/2009

Residencial
000

Comercial
000

Industrial
000

Pública
000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO DO PRODUTO

Produto	Medidor	Data Leitura Atual	Leitura Atual	Data Leitura Anterior	Leitura Anterior	Volume (m³)	Média (m³)
AGUA	A04S040214	17/02/09	318	17/01/09	282	36	22

MÉDIA DE VOLUME

Produto	Volume Total (m³)	Média (m³)
AGUA	36	22
ESGOTO	36	

Ocorrência

Selo de
Autenticidade

A presente fatura copia-confere com o
Original.
Dou fé. Ar. 03
06/23/09
AUTENTICAÇÃO
Zerra

INFORMAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DA ÁGUA

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Fluor	C. de Col. em 1h	Escherichia Coli
Edigidas	61	118	148	74	645	
Analisadas	7	713	713	106		
Em conformidade	7	712	709	106		

12/MAR. 2009

MONTEGEM

ANTES DO CARRA DE DE UM ROLDO NO REMOUE. DUE S
CONSTITUIMOS DE 1 DE R\$ 19.13. CASO PRGO DESCO

Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular
Márcia Honorata de Conceição de Lima - Escrevente
Carmen Lúcia de Sousa Gomes - Escrevente
Raimunda Bezerra de Alcântara - Escrevente
Sônia Maria Mates Magalhães Araújo - Escrevente

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)
AGUA	24.27
ESGOTO	58.98
PARCELA MENIO 0 1	23.19
JUROS PARCEL.	1.46
MULTA DE 2%	1.53
JUROS 0.033% 0 4	0.81

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
FEV/08	11	
MAR/08	8	
ABR/08	11	
MAI/08	11	
JUN/08	10	
JUL/08	10	
AGO/08	20	
SET/08	26	
OUT/08	18	
NOV/08	26	
DEZ/08	25	
JAN/09	20	

05/03/2009

TOTAL A PAGAR (R\$)
170.24

Inscrição: 08354251	Mês/Ano: 02/2009
Local: 001	Setor: 111
Quadra: 78V	Lote: 0230
Comp: 0000	Vencimento: 05/03/2009
Cidade: FORTALEZA	Total (R\$): 170.24

DOCUMENTO RECEBIDO
02/03/09



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SAMU 192 FORTALEZA**

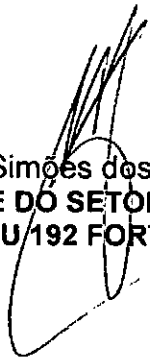


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 FORTALEZA prestou atendimento à Sra. Francisca Leanne Nobre Melo dia 21/08/2005 às 19h10min na Rodovia BR 116, Bairro Cajazeiras. Paciente vítima de urgência traumática, sendo provável colisão. Paciente foi atendido no local e removido ao Hospital Instituto Doutor José Frota – Centro.

Fortaleza, 28 de setembro de 2009.

Atenciosamente,


Messias Simões dos Santos Neto
CHEFE DO SETOR MÉDICO
SAMU 192 FORTALEZA

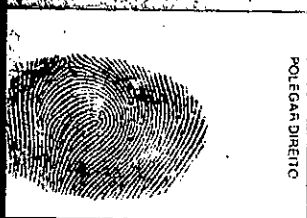
**DOCUMENTO
RECEBIDO EM**

29 / 10 / 09
EXCELSIOR

SAMU 192 FORTALEZA
Rua Padre Guerra, 1350 - Parquelândia
CEP 60455-360 - Fortaleza-Ceará.
Telefone: (85)3452.9158

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA



Francisca Leanne Nobre Melo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97012002723 -2a V^{EX} DATA DE EXPEDIÇÃO 13/3/2007
NOME FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO

FILIAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS MELO E MARIA ZIZEUDA NOBRE MELO

NATURALIDADE GUARACIABA DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 2/8/1981
DOC. ORIGIN. CERT. NASC. 48303 L A/41 F
349 PARANGABA, FORTALEZA/CE.
CPF 62531468315

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

CARTÓRIO ALENCAR ARARIPE
Av. Mister Hull, n° 4965
Tel.: (85) 3235-3301
Válido Somente com Selo de Autenticidade

A presente fotocópia
Original.
Dou fé. Antônio B. de
Fortaleza.

12 MAR. 2007

Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular
Márcia Honorato da Conceição de Lima - Escrevente
Carmen Lúcia de Sousa Gomes - Escrevente
Raimunda Bezerra de Alcântara - Escrevente
Sônia Maria Matos Magalhães Araújo - Escrevente



CARTÓRIO ALENCAR ARARIPE
Av. Mister Hull, n° 4965
Tel.: (85) 3235-3301
Válido Somente com Selo de Autenticidade

A presente fotocópia
Original.
Dou fé. Antônio B. de
Fortaleza.

12 MAR. 2007

Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular
Márcia Honorato da Conceição de Lima - Escrevente
Carmen Lúcia de Sousa Gomes - Escrevente
Raimunda Bezerra de Alcântara - Escrevente
Sônia Maria Matos Magalhães Araújo - Escrevente



 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

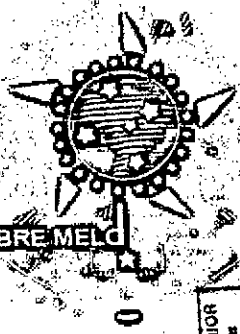
CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição
625.314.683-15

Nome
FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO

Nascimento
02/08/1981





A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas Notas públicas. O referido é verdade. Dou fé.
Fortaleza,

08 JUN 2009

Em test. _____ da verdade.

JOAO LUIZ MORAES DA SILVA
Escritário Autorizado na Junta do Arto 11 da Lei 8036/04
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARLOS MELO JUNIOR
O. C. 1200 11/12/1981
Rua Manoel Faria 40, 550 - Fortaleza - CE
Fones: 3152 2112

CAIXA

DA CAIXA
primeira do Brasil

603689 0000 69690 11207

FRANCISCA LEANNE N MELO

1469 013 00016990-6 03/19



A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas Notas públicas. O referido é verdade. Dou fé.
Fortaleza,

08 JUN 2009

Em test. _____ da verdade.

JOAO LUIZ MORAES DA SILVA
Escritário Autorizado na Junta do Arto 11 da Lei 8036/04
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARLOS MELO JUNIOR
O. C. 1200 11/12/1981
Rua Manoel Faria 40, 550 - Fortaleza - CE
Fones: 3152 2112

Prontuario: 193511 FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO

Data Nascimento: 02/08/1981 Idade: 27

Sexo: Feminino

Pai: FRANCISCO DE ASSIS MELO

Mae: MARIA ZIZEUDA NOBRE MELO

Data Atendimento: 21/08/2005

Hora Atendimento: 19:29

Data Internacao: 22/08/2005

Hora Internacao: 22:13

Data Saida: 29/08/2005

Hora Saida: 23:19

Medico: CRM 3667 CLINIO ALVES DE SOUZA

REMOCAO - PRONTO SOCORRO DE ACIDENTES LTDA

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO,FRATURA DO OLECRANO DIREITO e CLAVICULA DIREITA.

"DECLARACAO "RE"DICITADA EM 07.11.2008.

Medico Responsavel pela Informacao

Ass do Paciente ou Responsavel


Dr. Fernando César Siqueira Telles
Diretor do Departamento de Apoio Técnico-IJF
CRM: 2129 - CPF: 073824593-53



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

REGISTRO Nº
2949605

PACIENTE		DATA NASCIMENTO		IDENTIDADE Nº	
FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO		05 10 1980		OUT-0	
TELEFONE	SEXO	NATURALIDADE	1 SOLTEIRO 2 CASADO 3 VIÚVO 4 OUTROS		
085--	1 MASC. 3 FEM.	FORTALEZA			
PAI		MAE			
NI		BAIRRO		CIDADE	
ENDEREÇO		AEROLANDIA		FORTALEZA	
OCORR. ENFRETE DNFR		PARENTESCO		FONE	
ACOMPANHANTE					
SOS FORT. AR 10					
EMERGÊNCIA I		EMERGÊNCIA II		SPA	
1 ADULTO 2 PEDIÁTRICA 3 TRAUMATOLOGIA 11 QUEIMADO		5 OTORRINO 6 OFTALMOLOG. 7 ENDOSCOPIA-DIGEST. 8 ODONTOLOG. 9 ENDOSCOPIA-RESP.		12 CLÍNICO 13 CIRÚRGICO 14 TRAUMATOLÓGICO 15 PEDIÁTRICO	
				ATROPELAMENTO	

CONDIÇÕES DO PACIENTE										PUPILAS		
1 APARENT. BEM	2 REGULAR	3 HAL. ETÍLICO	4 CONSCIENTE	5 TORPOROSO	1 MIDRIASE	4 ANISOCÓRIA						
INCONSCIENTE	7 AGITADO	8 EM CONVULSÃO	9 DISPNEIA	10 GANÓTICO	2 KIOSE	5 REAGENTE						
11 ENTUBADO	12 C/ HEMORRAGIA	13 POLITRAUMAT.	14 QUEIMADO	15 MORTO	3 ISOCORIA							

TRAUMA	SIM	NÃO	PA.: [] [] [] X [] [] [] mmHg	F.R.: [] [] mRm	DATA DO ATENDIMENTO	HORA
			TEMP. [] [] [] F.C. [] [] [] ppm		21 08 2005	19 29

MOTIVO DO ATENDIMENTO	
<i>[Handwritten signature]</i>	

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES						
1 RAO X	2 ULTRASOM	3 TOMOGRAF. COMR	4 SANGUE	5 URINA	6 ECG	OUTROS

DIAGNÓSTICO	
<i>[Handwritten signature]</i>	
CÓDIGO <i>[Handwritten]</i>	

DATA / HORA / PARECER / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS	
<i>[Handwritten signature]</i>	

CÓDIGO [] [] [] [] [] [] [] []		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	DATA	HORA
CÓDIGO [] [] [] [] [] [] [] []		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	DATA	HORA
CÓDIGO [] [] [] [] [] [] [] []		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	DATA	HORA
CÓDIGO [] [] [] [] [] [] [] []		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	DATA	HORA

ARQUIVO GERAL I.J.F.
ESTA CÓPIA CONFERE

DATA / HORA / PARECER / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO _____

ASSINATURA E CARIMBO

DATA

HORA

CÓDIGO _____

ASSINATURA E CARIMBO

DATA

HORA

CÓDIGO _____

ASSINATURA E CARIMBO

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO

OBSERVAÇÃO

CONSULTA

1 - ALTA

☐ DECISÃO MÉDICA

☐ A PEDIDO

☐ A RÉVELIA

☐ REMOVIDO PARA

☐ AMBULATÓRIO

GUIA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: _____

2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h)

☐

DATA E HORA DA ALTA: _____

3 - INTERNAÇÃO

☐

Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA ALTA: _____

ASS. CARIMBO MÉDICO _____

PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO

☐ SIM

☐ NÃO

DATA E HORA DO ÓBITO: _____



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170-002,
Fortaleza-CE FONE: (85) 3244-2144
Site: hospitalpsa.com.br

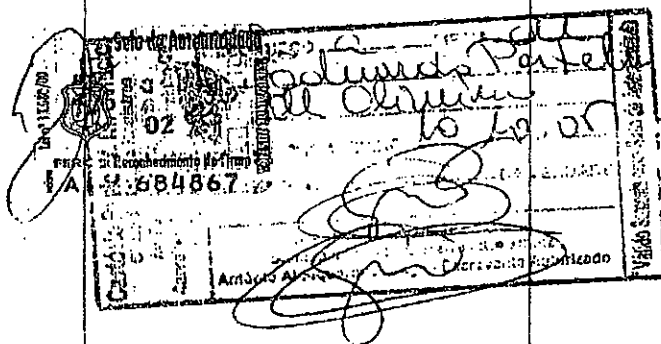
LAUDO RADIOLOGICO

Nome do Paciente: Francisca Leane Nobre Melo
Data: 02/09/05

RX da clavícula

Trans-operatório de fratura no terço médio da clavícula com
colocação de pino intramedular alinhando os fragmentos.

Dr. Eduardo Portela de Oliveira
Radiologista C.R.M: 5579





INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI Rh

- ☒ USO DE PRÓTESE E ÓRTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

652

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

CGC 07.272.297/0001-93

ACIENTE: F. C. Kone N. MATH

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: [Signature] CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

Fratura da
clavícula (D.)
usado
o Fio Steinmann - 01

Vicente C. Ferreira
Traumato-Ortopedia
CREMEC 1283

DATA:

02/08/05

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA - CPF



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐	DIÁRIA DE UTI
☐	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
☐	VACINA ANTI Rh

☒	USO DE PRÓTESE E ÓRTESE
☐	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐	USO DE OXIGENADORES
☐	NUTRIÇÃO PARENTERAL

652

118852

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS CGC 07.272.297/0001-93

PACIENTE: Fra Leone Nobre Melo Nº AIH

PROCEDIMENTO ANTERIOR: PROCEDIMENTO SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE: [Assinatura] CRM 116 CPF

JUSTIFICATIVA:

Fratura do
Olecrano. (1) e (2) do
(1) Fio Steinmann - 02
(2) Fio Aço 01

Dicente C. Ferrutu
Traumato-Ortopedia
CREMEC 186

DATA: 20/05

[Assinatura]
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA - CPF



HOSPITAL PSA

Av. Desembargador Moreira, 2283, Aldeota, CEP: 60170.002, Fortaleza-CE.

PABX: (85) 3244-2144 FAX: 32247225

Site: hospitalpsa.com.br

RELATÓRIO MÉDICO

O paciente Francisco Jeanne Nobre Melo
portador de RG: 97012062723, Prontuário número: 118851,
esteve internado neste hospital no período de 29/08/05 a 03/09/05, sob
meus cuidados, em tratamento médico das morbidades consequentes de acidente
com veículo automotor terrestre.

Descrição das lesões consequentes do acidente.
① Fratura de Ombro Direito
② Fratura clavícula Direita
Tratamento realizado para cada lesão.
① RFA + Fixação Cimex
② RFA + Fixação Cimex

Condição de alta:

pulverizada

Recebeu alta hospitalar em

7/09/05

Fortaleza 03 de Setembro de 2005.

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

Dr. C. Furtado
Ortopedia
CREMEC-1222

Dr. C. Furtado
Ortopedia
CREMEC-1222



DR. VICENTE LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE AIH

UNIDADE		CÓDIGO	
[Redacted]		[Redacted]	
NOME: <u>Pronto Colomodo Aguiar</u>			

NOME DO CLIENTE		ÓRGÃO EMISSOR	
<u>Francisco L. Nobre Melo</u>		<u>118851</u>	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		MUNICÍPIO	
<u>Con. Engenheiro DNER Aurole</u>		<u>Fortaleza</u>	
CEP	DATA NASCIMENTO	SEXO	CONDIÇÃO
	<u>05/10/80</u>	MASCULINO ☐ 1 FEMININO ☒ 3	SEGURO ☐ 2 CONJUGE ☐ 4 FILHO ☐ 6 OUTRO DEP. ☐ 8

NOME DO SEGURADO	
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
PIS / PASEP / Nº INDIVIDUAL	EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9
CGC EMPRESA <u>Dr. Joias Prato</u>	

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE	PROCED. SOLICITADO	CAR. INT.	DATADA EMISSÃO	CPF MÉDICO RESPONSÁVEL
	<u>3901307-3</u>			
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO →		CAUSA EXTERNA	CGC DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
<u>ferimento com fratura</u> <u>de osso do antebraço direito</u> <u>tratamento cirúrgico</u> <u>5520</u>	

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
<u>Fratura de osso do antebraço D</u>

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS
<u>Exame clínico e radiológico</u>

DIAGNÓSTICO INICIAL	CLÍNICA															
<u>Fratura osso do antebraço D</u>	<table border="1"> <tr> <td>CIRÚRGICA</td> <td>OBSTÉTRICA</td> <td>CL. MÉDICA</td> </tr> <tr> <td>☐ 1</td> <td>☐ 2</td> <td>☐ 3</td> </tr> <tr> <td>TERAPIA FÍSICA</td> <td>PSIQUIÁTRICA</td> <td>PEDIÁTRICA</td> </tr> <tr> <td>☐ 4</td> <td>☐ 5</td> <td>☐ 6</td> </tr> <tr> <td colspan="3">OUTROS ☐ 7</td> </tr> </table>	CIRÚRGICA	OBSTÉTRICA	CL. MÉDICA	☐ 1	☐ 2	☐ 3	TERAPIA FÍSICA	PSIQUIÁTRICA	PEDIÁTRICA	☐ 4	☐ 5	☐ 6	OUTROS ☐ 7		
CIRÚRGICA	OBSTÉTRICA	CL. MÉDICA														
☐ 1	☐ 2	☐ 3														
TERAPIA FÍSICA	PSIQUIÁTRICA	PEDIÁTRICA														
☐ 4	☐ 5	☐ 6														
OUTROS ☐ 7																
PROCEDIMENTO SOLICITADO																
<u>Int. de fratura</u>																

4111

Enfermería

Letto

Register

Clinico

Cinquepico

Clinical

OLE CRANO

Qwert

Temp.	Pulso	Resp.	P.A.	Gerais	Anestesia	Fin	Tempo
36	10	12	120/80	Boa	Profunda	100	120 min

Condições Durante a Anestesia

Condições Durante a Anestesia

Descreva o que foi feito durante a operação

Descreva o que foi feito durante a operação

(c) [illegible] + [illegible]

④ Importance of the work

③ This is for the
participate the customer

Descreva os Órgãos Explorados e Registre os Achados Patológicos

Sources

Fraxinus

Campak of food
Steinman and food
car, choice

Collagen Compresses

Condições Pós Operatórias Imediatas

3. Conductance

Procedimento

Tabela SSM

RESU, 2011
Dhruv

89013073

Vicente R. Espinoza
 Treinta y Ocho
 Calle 1263

1 Aus/Nar: Mauola Phonete Aus/Nar
 CPF: 20.532633-9
 CRM: 6193

Anesthesiology

Anestesiista
[Signature]



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170.002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PLANILHA DE CIRURGIA

Paciente: <u>F - George Volante Neto</u>	Prontuário: <u>15852</u>	
Idade: <u>24</u> anos	Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino	Clínica: <u>Ortopedia</u>
Cirurgia proposta: <u>Reparo de fratura da tíbia e fíbula</u>	Sala: <u>07</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Vicente</u>	Anestesista: <u>Dr. Marcelo</u>	
Início da cirurgia: <u>12:00h</u>	Término da cirurgia: <u>14:00h</u>	Data: <u>21/04/05</u>

Dr. Vicente de Paulo C. Ferreira
CRM 1263
CPF 050.008.803-68

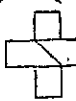
Visto do Cirurgião

Visto do Anestesista

Assinatura do Cirurgião
<u>Vicente de Paulo C. Ferreira</u>
<u>Carimbo de Identificação</u>
<u>10.10.05</u>
<u>Antônio Albuquerque da Silva - Responsável Autorizado</u>

Assinatura do Anestesista
<u>Marcelo Magalhães</u>
<u>Carimbo de Identificação</u>
<u>10.10.05</u>
<u>Antônio Albuquerque da Silva - Responsável Autorizado</u>

<i>[Signature]</i>	Anestesiologista	<i>[Signature]</i>
--------------------	------------------	--------------------



SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE
DATASUS

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

NOME DO HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA.			
REGISTRANTE Rozilene	MÉDICO Vicente	LEITO 442	PRONTUÁRIO 118.851 Ret.
SOLICITAÇÃO		RESERVA 608623	DATA INTERNAÇÃO 27.01.06

NOME DO PACIENTE FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO			
NOME DO PAI FRANCISCO DE ASSIS MELO			
NOME DA MÃE MARIA ZIZUDA NOBRE MELO			
ENDEREÇO DO PACIENTE Rua 715, 65 3ª etapa			
PIS/OUTROS		D.ID.	MUNICÍPIO Fortaleza
Nº IBGE		CEP 60153116	UF CE
DATA NASC. 02/08/81		SEXO M	TELEFONE 32949751
NOME DO RESPONSÁVEL		PIS/OUTROS	D.ID.

CPF MÉD. SOLICITANTE 01104688956	DADOS DA INTERNAÇÃO CPF DIRETOR CLÍNICO 41256951161368	ASS. DIRETOR CLÍNICO Francisco Hugo Franco Diretor Clínico CRM 1355
--	---	---

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Quimura I e II - 055 ED
Rotorela (7)
Necessite retira-l

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Quimura I e II - 055 ED	☐ TRAUMATOLOGIA / ORTOPEDIA ☒ CLÍNICA CIRÚRGIA ☐ PEDIATRIA ☐ CLÍNICA MÉDICA ☐ OUTROS
---	--

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS Be... cat...	DIAGNÓSTICO INICIAL Quimura I e II - 055 ED	CID 2470
PROCEDIMENTO SOLICITADO Retirada P / NO	C. INT. 1	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 99001216
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE Dr. Vicente de Paulo S. Farias CRM 1355	CRM MÉDICO SOLICITANTE 1765	DATA 25/01/06



HOSPITAL PSA DATA: 27/01/2006 HORA: 07:11
NOME: FRANCISCA LEANNE NOBRE ME
CONVENIO: SUS
MEDICO: VICENTE DE PAULO CAMPOS F
ATEND: 0820720 PRONT: 118851

REGISTRO DE ATENDIMENTO

- ☐ Urgência / Emergência
☐ Ambulatório
☒ Internação

Atendimento			
Dia	Mês	Ano	Hora
27	01	2008	07:31

- ☒ 1º Atendimento
☐ Retorno

Registro Nº 0820720

Prontuário Nº 118851

Procedência: ELETIVA-PSA 29/01

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE	PACIENTE	FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO		ESTUDANTE	PROFISSIONAL	DATA NASCIMENTO	02/08/1981	IDADE	24 Anos
	SEXO	1 MASC.	2 FEM.	NATURALID. / NACIONALID.	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	CPF	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	97612002723 SSP-CE
	ENDEREÇO	0215-55-20 ETAP CONJ. CEAPA		BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	TELEFONE	CE 8513294-8751	
	ACOMPANHANTE	FRANCISCO DE ASSIS MELO		MARIA ZIZELDA NOBRE MELO	PARENTESCO	TELEFONE			

ID. CV.	CONVÊNIO	SUS		CARTERA Nº	VALIDADE
	PLANO	SEGURADO			
	PROFISSIONAL				

INF. INTERNAÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE	VICENTE DE PAULO CAMPOS FERREIRA		MÉDICO RESPONSÁVEL	VICENTE DE PAULO CAMPOS FERREIRA	
	POSTO OU CLÍNICA	PECEPÇÃO SUS		Nº DO LEITO	REGISTRANTE	
	DIAGNÓSTICO	3470- Sequim env rem placa frnt outr disp fix int		44 - 442	CARLA	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	PERMANÊNCIA MÍNIMA
39.001.21.0 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEA (NECESSITANDO CORTICOTOMIA)	0

MÉDICO SOLICITANTE	CONDIÇÕES DO PACIENTE (HISTÓRIA CLÍNICA)	INTERNAÇÕES ANTERIORES
	<i>Pinos intra-osseos cortados</i>	OUTROS HOSPITAIS
	IMAGEM / LABORATÓRIO (PEDIDO DE EXAMES)	RAI: ☐ ☐ X ☐ ☐ mmHg Temp: ☐ ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL	EVOLUÇÃO / PROCEDIMENTOS REALIZADOS / LAUDO	DADOS DA ALTA	
	<i>Pinos intra-osseos cortados</i>	CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO	
		2470	
	MOTIVO DA ALTA	PROCEDIMENTO REALIZADO	
☒ MELHORADO ☐ TRANSFERIDO ☐ A REVELAR ☐ A PEDIDO ☐ ÓBITO	39001210		
	DATA	HORA	
	27/01/06		

27/10/06

Nome Francisca Leanne Nogueira Reis			
GIH	Enfermaria 44	Leito 442	Registro 118.851

DIAGNÓSTICO	
Clinico	Cirurgico
Fratura intra-articular do 1º dedo do pé direito	

ANESTESIA								
Temp.	Pulso	Resp.	P.A.	Gerais	Anestesia	Fim	Início	Tempo
36	80	12	110/70	sem	local	11/10	11/10	20

Condições Durante a Anestesia	

CIRURGIA	
Descreva o que foi feito durante a operação	
1) Anestesia local	
2) Lavagem da ferida com solução fisiológica	
3) Incisão longitudinal no dorso do 1º dedo do pé direito	

Descreva os Órgãos Explorados e Registre os Achados Patológicos	Suturas
4) Retenção do fratura com fio de náilon	
5) Fio de náilon	
6) Sutura com fio de náilon	Contagem Compressas

Condições Pós Operatórias Imediatas	

Procedimento	Tabela SSM
Retenção de fratura do 1º dedo do pé direito com fio de náilon	39401210
Dr. Vicente Paulo C. Ferreira CRM 1253 CPF 88.000.881.803-68	
Assistente	
Auxiliar	
Auxiliar	
Anestesia	



128.851

Paciente: Francisca Leanne Nogueira ReisIdade: 24 anos

Diagnóstico:

EVOLUÇÃO / PARECER

Assinatura

27/01/2006 - 11:00hJose Facundo Neto

Traumatismo - Ortopedia

CRM: 4354 - CPF: 091.379.713-87

27/01/06Análise de Análise:Transtorno de ansiedade.Transtorno de ansiedade.A C 2 NOMED A 100 X 100 mmAlphaDr. Vicente de Paulo C. FerreiraCRM: 1253CPF: 045.075.213/09270106Dr. Vicente de Paulo C. FerreiraCRM: 1253CPF: 045.075.213/09Dr. Vicente de Paulo C. FerreiraCRM: 1253CPF: 045.075.213/09270106AlexandreDr. Vicente de Paulo C. FerreiraCRM: 1253CPF: 045.075.213/09



PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

a: 27/01/06		Paciente: <u>Fca Leonne Nóbrega Melo</u>	Leito: <u>442</u>	Prontuário: <u>118.851</u>					
Prescrição Médica		Horário	Hora	PA(mmHg)	Glicemia	FC(bpm)	FR(ipm)	T(°C)	Visto
<u>05/01/2006</u>			6h						
<u>(1) 1500 cc x 12h</u>			11h	<u>110 x 70</u>	-	-	-	<u>36.7°</u>	<u>nl</u>
<u>(2) - micção normal</u>			17h	<u>110 x 70</u>				<u>37.0°</u>	<u>nota</u>
			21h						
<u>Dr. José Facundo Neto</u> Trauma - Ortopedia CRM 4384 - CPF 091.379.713-87			Evolução de Enfermagem:						
<u>(1) Sinais</u>			<u>Pr(4) autuado</u>						
<u>(2) Exame físico</u>			<u>AS 08:45h Pac. admitida nesta uni-</u>						
<u>(3) Aferir 2 SR</u>			<u>dade para realizar trat. cirurgico</u>						
<u>(4) P.A.T. 19/55</u>			<u>com oxigênio.</u>						
			<u>Pre-Operado em HUSC. efeito</u>						
			<u>anestésico segue bem no período - it</u>						
			<u>a mesma encontra-se de alta</u>						
			<u>hospitalar e Dr. Vicente</u>						

NOME DO HOSPITAL			
PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA.			
REGISTRANTE	MÉDICO	LEITO	PRONTUÁRIO
<i>Adalice</i>	<i>Dr. Vicente</i>	<i>423</i>	<i>118851</i>
SOLICITAÇÃO	RESERVA		DATA INTERNAÇÃO
	<i>647254</i>		<i>28/03/06</i>

NOME DO PACIENTE
 Francisco Keanny Nobre Melo
 NOME DO PAI
 Francisco de Jesus Melo
 NOME DO MÃE
 Maria Zizenda Nobre Melo
 ENDEREÇO DO PACIENTE
 715, 65 3º etap.
 PIS/OUTROS
 Rg 97012002723
 D.ID
 conj. Leona
 BAIRRO
 Fortaleza
 MUNICÍPIO
 N.º IBGE
 CEP
 60531690
 UF
 CE
 DATA NASC.
 02/08/84
 SEXO
 M
 TELEFONE
 3294-8754
 NOME DO RESPONSÁVEL
 PIS/OUTROS
 D.ID

CPF MÊD. SOLICITANTE: 015010681268 DADOS DA INTERNAÇÃO CPF DIRETOR CLÍNICO: 42569516368

ASS. DIRETOR CLÍNICO: Francisco Hugo Andrade
Diretor Clínico: CRM 1005

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Find intro-oss EO
 N2 chloride (1)
 process for retro-b

Dr. Ricardo Fontenelle
Auditor Médico - SMS
CRM: 2328 CPF: 617.208.870-53

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

fratura

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Re

5

Dr. Vicente de Paulo C. Ferreira
CRM 2663
CPF: 030.668.003-58

☒ TRAUMATOLOGIA / ORTOPEDIA
☒ CLÍNICA CIRÚRGICA
☐ PEDIATRIA
☐ CLÍNICA MÉDICA
☐ OUTROS _____

DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
Sinais e sintomas clínicos		Z47.0	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		C.INT.	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Retirada de lentes		1	5P001210
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE		CRM DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA



HOSPITAL PSA DATA: 28/03/2008 HORA: 07:21
NOME: FRANCISCA LEANNE NOBRE ME
CONVENIO: SUS
MEDICO: VICENTE DE PAULO CAMPOS F
ATEND: 0825119 PRONT: 118851

REGISTRO DE ATENDIMENTO

- ☐ Urgência / Emergência
☐ Ambulatório
☒ Internação

Atendimento			
Dia	Mês	Ano	Hora
28	03	2008	07:21

- ☒ 1º Atendimento
☐ Retorno

Registro Nº 0825119

Prontuário Nº 118851

Procedencia: ELETIVA-PSA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE	PACIENTE	FRANCISCA LEANNE NOBRE MELO		ESTUDANTE	Profissão	28/03			
	SEXO	1 MASC.	2 FEM.	NATURALIZ. / NACIONALID.	GUARACIABA DO NORTE - BRASILEIRO	DATA NASCIMENTO	02/08/1981	IDADE	24 Anos
ID. CV.	CONVENIO	SUS		ESTADO CIVIL	Solteiro	ESCOLARIDADE		CPT	
	ENDEREÇO	0715, 65 3º ETAP CONJ. CEARA		BAIRRO	CONJUNTO CE	MUNICÍPIO	FORTALEZA	UF	CE
INF. INTERNAÇÃO	PAI	FRANCISCO DE ASSIS MELO		MÃE	MARIA ZIZEUDA NOBRE MELO		TELEFONE	(85) 3294.8751	
	ACOMPANHANTE			PARENTESCO			TELEFONE		
MÉDICO SOLICITANTE	CONVENIO	SUS		MÉDICO RESPONSÁVEL	VICENTE DE PAULO CAMPOS FERREIRA		CARTERA Nº		
	RECEPCAO SUS	DIAGNÓSTICO		Nº DO LEITO	42 - 423		REGISTRANTE	ROZILENE	
MÉDICO SOLICITANTE	PROCEDIMENTO SOLICITADO	7470 - Sequim env com placa fixa outr disp fix int		PERMANÊNCIA MÍNIMA	0		INTERNAÇÕES ANTERIORES		
	CONDIÇÕES DO PACIENTE (HISTÓRIA CLÍNICA)	Paciente com pino intra-oral no alveolo 5, necessitando retirá-lo.		OUTROS HOSPITAIS			PA:	[] [] [] X [] [] [] mmHg	
MÉDICO RESPONSÁVEL	IMAGEM / LABORATÓRIO (PEDIDO DE EXAMES)	1 + alveolo 5 An		Temp:	[] [] []		PROCEDIMENTO REALIZADO	7470 001210	
	EVOLUÇÃO / PROCEDIMENTOS REALIZADOS / LAUDO	Pino intra-oral no alveolo 5		DADOS DA ALTA	CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO		MOTIVO DA ALTA	MELHORADO [] TRANSFERIDO [] A REVELIA [] A PEDIDO [] ÓBITO []	

1253 VICENTE DE PAULO CAMPOS



PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I: 28/05/06 Paciente: Francisca Beanne Nobre Melo Leito: 423 Prontuário: 118851

Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	Glicemia	FC(bpm)	FR(ipm)	T(°C)	Visto
ante zero		6h						
		11h	100x60	-	-	-	36,5	
		17h						
		21h						

Evolução de Enfermagem:

09:15hs pt. admitida nesta unidade hospitalar por Hx cirúrgico e Hx recente Pac. ret. do CC em H.V sob efeito anestésico, segue aos cuidados de enf. ~~do~~ ~~do~~

Dieta cul
D. primar
ampl
Atorcar 2 dr
P. 2 dr 1/4 1/4 1/4 1/4
Aline
Alor patol

Centro de Apoio
da Assistência
Social PSA
Rubens P.
enfermeiro
CPF 011.200.000-00

Dr. Alexandre de A. Silva
CPF 011.200.000-00

Dr. Alexandre de A. Silva
CPF 011.200.000-00

28/05/0

Nome <u>Franco Jean Roberto</u>			
GIH	Enfermaria <u>42</u>	Leito <u>423</u>	Registro <u>118851</u>

DIAGNÓSTICO

Clinico

Cirurgico

Q. no intra-ósteo
clavicular (L)

ANESTESIA

Temp.	Pulso	Resp.	P.A.	Gerais	Anestesia	Fim	Início	Tempo
<u>✓</u>	<u>✓</u>	<u>12</u>	<u>120</u>	<u>120</u>	<u>6.45</u>	<u>11:30</u>	<u>11:20</u>	<u>10</u>

Condições Durante a Anestesia

3

CIRURGIA

Descreva o que foi feito durante a operação

Q. fratura de 5.ª + T. costal

Q. fratura de 1.ª costal
reducida

Q. fratura de 5.ª + T. costal
reducida

Descreva os Órgãos Explorados e Registre os Achados Patológicos

Suturas

Q. fratura de 8.ª costal
intra-ósteo

Contagem Compressas

Q. fratura

Condições Pós Operatórias Imediatas

Q. fratura

Procedimento

Tabela SSM

Reducao e cura

340012/0

Dr. Wagner de P. Silva
Cirurgião
CPF 985.821.303-15

Auxiliar

Auxiliar

Anestesiista

Dr. Wagner de P. Silva
Anestesiista
CPF 985.821.303-15



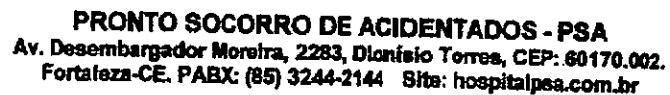
Paciente:	Francisco Jeanne Nobre Melo	Idade:	24a
Diagnóstico:			
EVOLUÇÃO / PARECER		Assinatura	
28 03 06			
Intenso			
Rimphce			
28 03 06			
or 5			
28 03 06			
A lta			
Hemiparesia			



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS - PSA
Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP: 60170.002.
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144 Site: hospitalpsa.com.br

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 20/10/2015		Paciente: Francisca Reine Nobre Melo		Leito: 652		Prontuário: 118851			
Item	Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	Glicemia	FC(bpm)	FR(lpm)	T(°C)	Visto
1	Sint. em		6h	100/60				36,5°C	
2	Dilatações		11h	110/70				36,5°C	
3	50 mg @ 8h		17h	110/70				36,5°C	
4	p. 8h		21h	110/70				36,5°C	
			Evolução de Enfermagem:						
			Manhã: paciente em						
			estado estável, com						
			fome e sede.						
			Tarde: Paciente consciente						
			orientada verbalizando pelas						
			NHB's, segue em obs.						
			Pela Pte orientada, em repouso e						
			Vem no pré-operatório.						



PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Fernando Gomes M. S.

Leito: 652

Prontuário:

Item	Prescrição Médica	Horário	Hora	PA(mmHg)	Glicemia	FC(bpm)	FR(lpm)	T(°C)	Visto
1	Aspirina 100mg		8h	130 x 70				36.5	S
2	Diclofenaco 75mg		11h	100/60				36.5	S
			17h	100 x 30	-			36.5	S
			21h	100/60	-			36.5	S

Evolução de Enfermagem:

Minuta, com o verbete sobre
cada verbalizando uma
expressão no livro de
Luz. ~~Alas~~
Tarde - P. calma, consciente, orientada,
em repouso no leito e sob cuidados de
enfermeira. ~~Alas~~
2.15. Condição, Otorrin, Laringe
em repouso no leito, sob cuidados de
enfermeira. ~~Alas~~



Registro No.: **251680** Digitado em: 13/03/2009
Livro: 1101 Pág.: 286 Digitado por DRIELLY
Enviar para: 04o. DISTRITO POLICIAL

Coordenador de Equipe

EXAME DE CORPO DE DELITO (SANIDADE EM LESÃO CORPORAL)

Em 12 de Março do ano de 2009, nesta cidade de Fortaleza, e na sede do Instituto Médico Legal Dr. Walter Porto, pelo Coordenador Dr. (a) Roberto Luiz Ferreira Rios Foram designados os peritos:

Régia Maria Do S. Vidal Do Patrocínio - CRM Nº: 2773

Para procederem a exame de corpo de delito (sanidade em lesão corporal) em:

Francisca Leanne Nobre Melo a fim de ser atendida a requisi-

ção de nº 464 / 2009 do(a) 12o. DISTRITO POLICIAL

descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrarem, descobrirem e observarem, responderem aos seguintes quesitos:

- PRIMEIRO - Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias?
- SEGUNDO - Resultou debilidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função? (Resposta Especificada);
- TERCEIRO - Resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável, deformidade permanente? (Resposta Especificada).

Em consequência, às 10:50 de 12/03/2009 passaram os peritos a fazer o exame ordenado e as investigações que julgaram necessárias findo os quais declaram:

Refere a pericianda que foi vítima de acidente de trânsito em 21/08/2005 que resultou em fratura do olécrano e clavícula direita, tendo sido submetida a tratamento cirúrgico. Queixa-se de limitação dos movimentos do cotovelo e clavícula direitos. Ao exame apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, com limitação dos movimentos de extensão aos primeiros graus. Cicatriz cirúrgica na clavícula direita indo do 1/3 proximal ao médio, com limitação dos movimentos do ombro direito. Apresenta atestado médico assinado pelo ortopedista, Dr. Marcos Prado CRM 9318, com data de 07/03/2009, que relata: "trauma com fratura do olecrano e clavícula direita. Feito tratamento cirúrgico em 2005. Paciente evoluindo com dificuldade e extensão completa do cotovelo, e dor ao movimento do cotovelo e ombro direito. De alta definitiva.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1) Sim.
- 2) Sim. Resultou debilidade permanente para as funções do cotovelo direito em grau máximo e do ombro direito em grau médio.
- 3) Não.

E nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar este laudo que, depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado. Eu, *[Assinatura]*, digitei e assino.

[Assinatura]
Régia Maria Do S. Vidal Do Patrocínio
1º Perito - CRM Nº: 2773

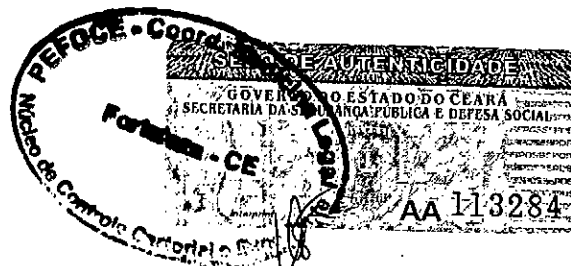
Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará - Pefoce

CERTIDÃO

Certifico que a presente foi lida e aprovada
e reproduzida fiel ao original que me foi

Registrado em 25/03/2009 no Livro 1101, página 286
Fortaleza/CE 12/03/2009

Escrivão de Polícia Civil



Emitido em: 20/07/2009 07:42

Pág.: 1

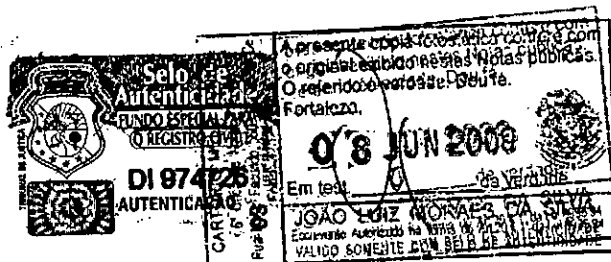
Dr. Marcos Prado
TRAUMATOLOGISTA - ORTOPEDISTA
CRM: 9318 - TEOT: 11223

Fca. Leanne N. Melo
Médica

Atendo pr as devidas prs
que paciente sofreu trauma
com fratura de olecrano e
lacrima direita. Feito tratamento
cirúrgico em 2005, Paciente
evoluindo com dificuldade de
extensão completa de cotovelo
e dor ao movimento do cotovelo
e ombro De alta definitiva.

07/03/09

Dr. Marcos Prado
Traumatologista - Ortopedista
CRM 9318 TEOT 11223



Nº do Sinistro 2010/261181 (campo preenchido pela seguradora)

Eu Francisca leanne Nobre melo portador (a)

do RG Nº 97052002723 Expedido por SSP-Ge em / /

CPF/CNPJ Nº 625.314.683-15, Profissão Desempregada
e renda mensal de R\$ _____, na qualidade de beneficiário(a) do valor
referente a indenização ou reembolso do seguro obrigatório Dpvat da
vítima FLÁVIA BLANKE NOBRE MELLO
Autorizo a seguradora Líder dos consórcios do seguros Dpvat a efetuar o crédito, de acordo com
a forma indicada.

() Crédito em Conta Corrente (aceita contas de todos os bancos)
 Nº banco _____ Nº agência (inclua o dígito verificador da agência, se existir)
 Nº Conta Corrente _____

() Crédito em conta poupança do Banco Bradesco
Nº Banco 237 Nº agência _____ (inclua o dígito verificador da agência, se existir)
Nº Conta Poupança _____

() Crédito em conta poupança do Banco do Brasil
Nº Banco 001 Nº agência _____ (inclua o dígito verificador da agência, se existir)
Nº Conta Poupança _____

() Crédito em conta poupança do Banco Itaú
Nº Banco 341 Nº agência _____ (inclua o dígito verificador da agência, se existir)
Nº Conta Poupança _____

(X) Crédito em conta poupança da Caixa Econômica Federal
Nº Banco 104 Nº agência 1469 (inclua o dígito verificador da agência, se existir)
Nº Conta Poupança 00016990-6.

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

Uma vez que efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização

Local _____ Data; ____/____/____

Assinatura do/a beneficiário/a

Atenção:

- O seguro Dpvat garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimos beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico – hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.susep.gov.br ou ligue 0800-0221201, de segunda a sábado, de 8hrs. As 20hrs.

- A circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO RECEBIDO

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção a lavagem de Dinheiro.

A circular SUSEP nº 380/08, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante de estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade, disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Veridisna Silva de Oliveira Bernardo, portador (a) do RG nº 96012008502, expedido por, SSP/Ce; em: 22/04/2004, CPF/ CNPJ nº 400.493.373-00, na qualidade de procurador (a) / intermediário (a) do

beneficiário (a) Francisca leanne Nobre Melo.

— x — do sinistro de DPVAT da natureza: INVALIDEZ;

da vítima Francisca leanne Nobre Melo.

— x —, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Desempregada.

Renda Mensal R\$ _____

Documentos comprobatórios:

Veridisna Silva de Oliveira Bernardo
Assinatura – Procurador / Intermediário

DOCUMENTO RECEBIDO
02 / 08 / 02

Aviso de Sinistro DPVAT

Na forma do disposto na resolução Nº 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP, levo ao conhecimento desta Companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Marca <u>Twister</u>	Tipo () Auto (X) Moto () Ônibus () Caminhão	Ano	Veículo não identificado ()
-------------------------	---	-----	------------------------------

Data do Acidente: 21 / 08 / 2005.

Nome da Vítima: Francisca Lianne Nobre Melo.

A vítima era:

() Motorista (X) Passageiro () Pedestre

O resultado do acidente foi.:

() DAMS () Morte (X) Invalidez

Em cumprimento ao item 10 da resolução 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro, segue os seguintes documentos.:

- | | |
|---|---|
| (X) Certidão Nº _____ da autoridade policial sobre a ocorrência | () Certidão de óbito |
| () DUT Nº _____ | () Laudo de necropsia |
| (X) RG e CPF do sinistrado | () Procuração Pública / Particular |
| () RG e CPF do(s) beneficiário(s) | () RG e CPF do procurador |
| () Certidão de Nascimento da Vítima | () Comprovante de endereço do procurador |
| () Laudo de Lesões corporais (IML) | () Despesas médicas / hospitalares originais |
| (X) Relatório do Médico | () Certidão de inexistência de IML (IPA) |
| | (X) Prontuário do Hospital |

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiários

- | | |
|---|---|
| () Declaração de herdeiros | () Prova de companheirismo (INSS, RF, CTPS) |
| () Declaração particular de endereço | () Certidão de Casamento atualizada da vítima |
| () Comprovante de endereço (Água, luz ou telefone) | () Guia de autorização de pagamento |

Acusamos o recebimento da via original do presente Aviso de Sinistro, com todos os documentos assinalados com (x).

Observações:

Essa documentação foi entregue na Dpseg, e solicitei cancelamento de sinistro e devolução de documentos.

Observações:

1) Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro.

2) Eventualmente poderão ser solicitados documentos complementares, objetivando evitar-se liquidações dúbias, em prejuízo da Seguradora e/ou dos próprios beneficiários.

Obs.: Para preenchimento do reclamante

Obs.: Para preenchimento da Seguradora

Local do Aviso

Data

Fortaleza 10 / 06 / 2010

Local

MBM SEGUROS

14 / 06 / 10

Francisca Lianne Nobre Melo

Nome do Beneficiário

Contato: Veridiana Bernardo.

(085) 8783-4595

MBM Previdência e seguros - DEP - 055