



FAT: 158 Data: 21/04/2018 Horário: 19:21:38
 Usuário: 17824 - FRANCISCO EDVAN SANTOS PAZ
 Nasc.: 16/09/1992 Idade: 25 Anos, 7 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS PAZ
 Endereço: 10R GROSSOS
 Bairro/Distr.: GROSSOS
 Município: 231020 - PARACURU - CE CEP: 62.680-000

CNS: 160.4009.7974.0009



Profissional Triagem:

Pressão (mmHg): x Temperatura (°C): Peso (Kg): Altura (cm):

Ação Programática:

Justificativa do Atendimento:

Carácter de atendimento: URGÊNCIA

Motivo da consulta: Consulta no Dia

Atendimento Médico

Queixas Principais:

Paciente alcoolizado vítima de acidente de moto segundo relato.

Anamnese/Histórico da Doença Atual:

Iniciou relato que a mesma fez uso de álcool.

ADDD = Inconsciente; ECG = 14; Fratura

Exame Físico:

HD = TCE Leve?
 Fratura de Osso da Face?

ferido em Sprinkler

Exames Realizados:

Planos de Cuidados:

Procedimentos Realizados:

Prescrição de Medicamentos:

- Sutura + Curativo
 - SPOLBI 500mg
 - Dipirona 2g
 - Voltaren 50mg

Exames Solicitados:

- Rx de FACE Ap/
 - Rx de Coluna Cervical Perfil
 - Rx de Tórax Ap

CID Principal:

CID Secundária:

Saída do Atendimento:

Retorno (Dias):

Encaminhamentos:

[Signature]
 Profissional

(ANTONIO DOS SANTOS PAZ -
 FRANCISCO EDVAN SANTOS PAZ
 Usuário



Quantidade

Dr. João Paulo Pinheiro de Araújo
 MÉDICO
 CREMEC 15434



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 548 - 1363 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/05/2018 09:52:41**
Data / Hora da Ocorrência: **21/04/2018 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE CURRAL GRANDE**
Complemento:
Bairro: **CURRAL GRANDE** Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS PAZ**
Nascimento: **16/09/1992** CPF: **068.657.253-01**
RG: **20074108900** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS PAZ DARI VIEIRA PAZ**
Endereço: **NÃO INFORMADO PV. GROSSOS PARACURU**
Bairro: **PV. GROSSOS PARACURU**
Município: **PARACURU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8777-5545**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HZA2473** Uf: **CE** Município: **PARACURU** Chassi:
9C2JC30708R608294 Renavam: **966234049** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2008 Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **LUCAS DOS SANTOS FERREIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Informa o declarante **FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS PAZ**, que na data e local da ocorrência, estava pilotando sua moto de marca/modelo e placa acima descrita, quando ao tentar desviar de um buraco, perdeu o controle da moto e caiu ao solo; QUE, segundo o declarante teve **TRAUMA DE FACE, TCE LEVE**; QUE, segundo o declarante populares chamaram a ambulância de São Gonçalo onde o mesmo teve os primeiros atendimentos, informa que teve perda de consciência após o ocorrido, tendo ciência só após ter chegado em São Gonçalo; QUE, segundo o declarante foi transferido para o IIF e depois para Santa Casa onde passou por procedimento cirúrgico. QUE, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROMARIO ROCHA RODRIGUES - MAT.: 300377-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Edvan dos Santos Paz

VISTO DO DELEGADO(A) :

ADRIANA ALVES BRANDÃO BRAGA - MAT.: 198860-1-8

DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

Pág. 1 de 1

Impresso em: 24/05/2018 10:09:55

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao minimo para cobranca, nao necessita pagamento. Assim, este valor sera acrescido na proxima fatura mensal sem qualquer incidencia de multas ou encargos.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Franciscus Eduard dos Santos Paz, inscrito(a) no CPF número 068.657.253-01, Registro Geral de número 20074108900, resido em propriedade localizada na Ru. Grosso, 420, na cidade de Paracuru, no estado de Ceará, onde moro desde _____, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Fortaleza - ce, 22 de Março de 2019.

Franciscus Eduard dos Santos Paz
DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>Francisco Eduan dos Santos Paz</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	
PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>16/09/1992</u>	
C.P.F.: <u>068.657.253-01</u>	R.G.: <u>20074108900</u>	
ENDEREÇO: <u>R. Grosso, 420</u>		
BAIRRO: <u>Volta</u>	CIDADE: <u>Panacurá</u>	U.F.: <u>ce</u>
C.E.P.: <u>62.680-000</u>	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Fortaleza - ce, 22 de Março de 2019.

Francisco Eduan dos Santos Paz
Declarante



Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

Data: 04/05/18

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS.		Enf. /	Leito: 152
Nº Prontuário: 1139880		Nº Controle:	
Cirurgião: DR. JOSE MARIA		Tempo de Sala:	
Tempo de Oxiênio:			
IDADE: 25	PESO:	ALTURA:	SEXO:
TEMP.	PULSO	RESP.	PR. ART
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO
GLICEMIA	URÉIA	MAX / MIN URINA	

Ap. Respiratório: NAO

Ap. Circulatório: NAO

Ap. Digestivo: NAO

Ap. Urinário: NAO

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de fêmur

Anestesias Anteriores:

Medicação Pré-Anestésica: Aplicada às: Efeito

Agentes Anestésicos: 20 NAO

Líquidos: Stead 100, 100, 100

CFR 37, 37, 37

CÓDIGO

P. Arterial O. Pulso O. Respiração

Anestesia O. Operação

260 NAO

240 NAO

220 NAO

200 NAO

180 NAO

160 NAO

140 NAO

120 NAO

100 NAO

80 NAO

60 NAO

40 NAO

20 NAO

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO: DDH 1+3+4

AGENTES: 6 ml

TÉCNICA: Uso de máscara de face

OPERAÇÃO: Sur. de fêmur

CIRURGIÃO: Dr. Jose Maria

ANESTESISTAS: Agnes Maria

TEMPO DE ANESTESIA: Das: hrs às hrs = Minutos

Anestesista:

Asma

Bronquite

E.C.G. Normal

Alergia: Não

Estado Mental: Calmo

Ataraxicos: Não

Corticóides: Não

Hipotensores:

Outras Drogas:

INDUÇÃO

Satisf. Sim

Excit. Não

Laríngeas: Não

Lenta

Náuseas

Vômitos

Outros:

A- BUP

B- DIMORF MANUTENÇÃO

C- ROPL

D- SUFENTANIL 13.7 mm

E- FENTANIL BE

02- DORMONID

03- PROPOFOL 10.0

04- NIBIUM 10.0

05- DIPIRONA 2000.0

06- PROFENID 1000.0

07- PLAMET 10.0

08- ZOFRAN 8.0

09- DEXA 10.0

10- KEFAZOL 2000.0

11- ATROPINA 0.25

12- NEOSTIGMINA 5

Anestesias Satisfatórias

SIM NÃO

DESPERTAR

Reflexos na S.O.

Obstr. Co²

Excit. Náuseas

Vômitos Outros

Para o leito com cânula

SIM NÃO

Condições

Acidose e int.

Perda sanguínea aprox.

Volume sanguíneo repouso

Fagner Agnes Maria da Silva

Médico Anestesiologista

CRM 1343



9/04/05 Bucomando

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|--|
| ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | ☒ USO DE PRÓTESE, ÓRTESE |
| ☐ DIÁRIA DE UTI | ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO |
| ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | ☐ USO DE OXIGENADORES |
| ☐ VACINA ANTIRIF | ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| ☐ | ☐ |

HOSPITAL

CNPJ

PACIENTE FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS

Nº AIH

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

JUSTIFICATIVA

Paciente portador de fraturas faciais, necessitando de tratamento cirúrgico.

OSTEOTOMIA DE MAXILA- 04.04.02.045-3

04 PLACAS DE TITÂNIO (0702050482)

OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MAXILA - 04.04.02.051-8

04 PLACAS DE TITÂNIO (0702050482)

OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO- MAXILAR - 04.04.02.052-6

04 PLACAS DE TITÂNIO (0702050482)

Compatível:

0404020453-0702050482-04

0404020518-0702050482-04

0404020526-0702050482-04

02/05/18

Ina Nogueira
Gerente Financeira
SANTA CASA DE FORTALEZA

03/05/18

Dr. George Gomes
Cirurgião Bucodentofacial
CRM 6960

DATA 01 / 05 / 2018

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

ADJUNTO

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Pós-operatório

Hora	14:20	14:45	15:20				
PA	160 x 90	136 x 91	131 x 78				
PAM	85	106	96				
FC	76	76	71				
Temperatura	/	/	/				
FR	/	/	/				
SPO2	92	98	98				
Glicemia	—	—	—				
DRENOS							
Port-vac							
Kher							
Tórax							
SVD							
SNG							
Irrigação							

Evolução de enfermagem

Paciente admitido na SR às 14:20, POI de politrauma de face sob efeito da anestesia geral, consciente, orientado em 01 membro, AVP em MSE positivas, segue aos cuidados

Danielle Chaves
COREN-CE 397422

Alta da SR as: 15:20h

Relatório e condições na Alta

Encaminhado alta: () acordado () sonolento () intubado () Respiração espontânea

Queixas durante RPA: () não () sim - () dor () vômitos /vezes () frio

Trocado curativo: () não () sim /vezes Motivo:

Enviado pertences junto ao cliente: () não () sim qual:

Recomendações: () não () sim Qual:

Destino do Cliente após a Alta da SR

Paciente encaminhado às: para: () UTI () Enfermaria () Alta (Externo) () Outros:

Encaminhado com:

() Acesso () irrigação () curativo () Sonda

Exames: () tomografia () ECG () Ex. Laboratoriais () Biopsia US () Raio X () Outros:

Formulários: () SAEP () Relatório de cirurgia () Ficha de anestesia () Gasto de sala () Check List

Informações adicionais:

Ass. Enfermeiro responsável:

Profissional de enfermagem da SR:

Profissional de enfermagem da Clínica (recebe o paciente):

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:**NOME:**

Francisco Eduan dos Santos Paz

NACIONALIDADE

Brasileiro

ESTADO CIVIL:

Solteiro

PROFISSÃO:

Agricultor

C.P.F.:

068.657.253-01

ENDEREÇO COM CEP:

R. Gomes, 420.

Cep. 62.680-000

BAIRRO:

Volta

CIDADE:

Paracuru

U.F.:

ce

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paula Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Fortaleza - ce, 22 de Março de 2019

Francisco Eduan dos Santos Paz

OUTORGANTE

PÁGINA: 1 / 1

DATA: 24/04/2018

HORA: 08:31:22



SANTA CASA DE FORTALEZA
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

Prontuário
1139880



Atendimento
4654333



Reserva/Guia

12600083406



Data 24/04/2018 Hora 08:29

Paciente

FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS PAZ [CPF:]

Nome Social**Endereço**

GROSSOS

Bairro

ZONA RURAL

Nome da Mãe

MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS PAZ

Responsável

FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS PAZ

Bairro

ZONA RURAL

Sexo Est. Civil
 M

Dt Nasc.
 16/09/1992

Idade Telefone
 25 98777 5545

R.G.
 2007410890

Código CNS
 704601613789825

Num. Complemento

Cidade
 PARACURU

Profissão

UF
 CE

Endereço
 GROSSOS
 Cidade
 PARACURU

Num.
 1
 Cep 62680000
 Telefone 98777 5545

Médico Atendente

40932 HOSPITAL [CRM: 002470] [CPF: 8800359]

Procedimento

0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Setor

160000 CONTAS MEDICAS

Convênio
 50 SUS

Médico Acompanhante

40932 HOSPITAL [CRM: 002470] [CPF: 8800359]

Cid

S026 FRAT DE MANDIBULA

Origem

IJF

Acomodação

POSTO: P24150 - POSTO 5 - CIRURGICO 5 ENFERMARIA: PORT53 - ENFERMARIA 23 LEITO: 152 - L-152

Data mín. para alta - 24/04/2018

Data máx. para alta - 04/05/2018

Atendente - ANA PATRICIA SOARES MATIAS

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 24/04/2018

Data alta ____/____/____

Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão 08:29

Hora alta ____:____:____

Alta.... : Curado..... : [] Melhorado..... : [] Inalterado..... : [] Clínica.. : Médica..... : []
 Piorado..... : [] A pedido..... : [] Indisciplina..... : [] Cirúrgica..... : []
 Transferido... : [] Falecimento.... : [] Evasão..... : [] Obstétrica... : []

Cid

Diagnóstico:

Internação. :

Definitivo... :

Histórico:

Alta - 1
 Perm - 2
 Transf - 3
 Óbito - 4

Raio X:

[] Simples
 [] C/Contraste

Uti

Entrada ____/____/____

Saída ____/____/____

Motivo**Caract. Trat.**

[] Sangue.. : [] Rh.. : [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F []

Dr. Jonas Gusmão
 Cirurgia e Traumatologia
 Buce-Maxilo-Facial
 CRO-7272

Carimbo e Assinatura do Médico



Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Numero do Prontuário: 1139880

Nome: FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS		Idade:	Sexo: M
Clinica: CTBMF	Enf.:	Leito: 152	Procedência: IJF
Endereço do Paciente:		Telefone:	
Nome do Responsável:		Telefone:	
Data da Internação: 24.04.2018		Data da Alta: 07.05.2018	

Resumo Clínico

Paciente vítima de acidente motociclístico (SIC), tendo consequente politrauma de face (CID: S027)

Exames Realizados

Exames : físico, laboratoriais e de imagem

Terapêutica Utilizada

Tratamento cirúrgico em 04/05/2018: 04.04.02.045-3; 04.04.02.051-8; 04.04.02.052-6. Realizado acesso intra maxilar bilateral com osteossíntese nos pilares zigomático maxilar

Condições de Alta

Melhorado: ☒ Curado: ☐ Encaminhamento: ☐

Retorno em: 18.05.18 às 08:00hs no Ambulatório de Cirurgia Maxilofacial - Sala 17, com Dr. José Maria

Diagnóstico Final

Politrauma facial. CID: S02

Observações

Paciente atendido pelo SUS

Dr. Jonas Gusmão
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
CRO-7272

Data: 07/05/2018

Nome do Médico - CRM e Carimbo

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Telefone: 3211.1911 - Fortaleza - Ceará

Cod 01508-7





Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"Instituição de proteção à vida"

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES:
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **HOSPITAL SANTA CASA** 4 - CNES:
 5559649

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS PAZ** 6 - Nº PRONTUÁRIO: **5559649**
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **70460161389825** 8 - DATA NASCIMENTO: **16/09/1992** 9 - SEXO: ☐ X Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR: **10.1**
 11 - NOME DA MÃE: **MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS PAZ** 12 - TELEFONE DE CONTATO: **94956485**
 13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **14 - TELEFONE DE CONTATO:**
 15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **GROSSOS SN ZONA RURAL**
 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **PARACURU** 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: **18 - UF: CE** 19 - CEP: **20119-806**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM FACE, PORTA FRATURA EM FACE.**
 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS**
 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
 ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXS. COMPLEMENTARES
 3 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DE FACE** 24 - CID PRIMARIO: **S024** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: **26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **OUTROS PROCEDIMENTO COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0404020518**
 29 - CLÍNICA: **BMF** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **ELETIVA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: **0404020518**
 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **34 - DATA SOLICITAÇÃO: 23/04/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): **37/555**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: **40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:**
 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO **42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBO:**
 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO**

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **47 - CÓD. 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 REGISTRO CONSELHO):**

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

SINISTRO 3180373811 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS PAZ
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO FRANCISCO EDVAN DOS SANTOS PAZ
CPF/CNPJ: 06865725301

Posição em 04-04-2019 16:10:55

O pedido do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/12/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00