

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.075,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON CABRAL SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00769-2

CONTA: 000001003858-8

Nr. Autenticação

BRADESCO1812201805000000000023700769000001003858607500 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180502295

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDSON CABRAL SOUSA

Data do acidente: 25/12/2017

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com hematoma extra axial, fratura assoalho da órbita direita e fratura de mandíbula, fratura diafisária de úmero direito.

Descrição do exame médico pericial: Capsulite adesiva ombro direito, ao exame do membro superior direito periciado apresenta dificuldade de levar a mão até a boca. Apresenta diminuição da amplitude dos movimentos do membro, em razão da limitação aos movimentos de ombro com diminuição da amplitude dos movimentos, com limitação flexão aos 90° e abdução aos 70°, bem como extensão aos 25°, adução aos 20°, rotação medial 50° e rotação lateral de 50° e do cotovelo em flexão aos 80° e extensão de 90°. Limitação na amplitude de movimento de pronação e supinação aos 50°. Constatada hipotrofia muscular, com consequente redução de força em membro superior direito (força em grau IV). O conjunto das restrições acarreta prejuízo funcional ao membro superior como um todo. Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria do globo ocular direito, retração palpebral direita. Apresenta lesão cicatricial na região. Diminuição da proteção ocular devido a redução do movimento palpebral. O conjunto das lesões acarreta prejuízo ao campo de visão, sem alterações significativas da visão em si. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial da lesão, traumatismo crânio encefálico com hematoma extra axial, fratura assoalho da órbita direita e fratura de mandíbula, fratura diafisária de úmero direito, conforme exame documentos de pronto atendimento de 25/12/2017. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos cirúrgico, conservador no crânio e fixação com placa e parafusos de úmero direito. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica da lesão apresentou prejuízo do campo de visão direito e alteração de mecanismo escapuloumeral, umero radial e força. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela, isto é, existe déficit funcional permanente no membro superior direito e na estrutura crânio facial.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta no membro superior direito, em grau médio, devido à alteração de mecanismo escapuloumeral, umero radial e força. Lesão de órgãos e de estruturas craniofaciais, com prejuízo do campo visual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			45 %	R\$ 6.075,00

PRESTADOR

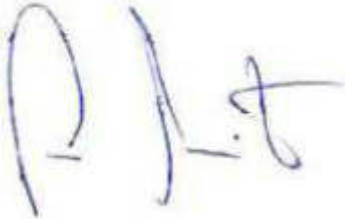
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180502295 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON CABRAL SOUSA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA EXTRA AXIAL).
FRATURA DE OSSOS DA FACE.
FRATURA NA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - ÚMERO DIREITO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 10/12/2018 - APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros



TERMO DE ENTREGA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Conforme processo nº P026402/2018, estamos entregando ao Sr. **Edson Cabral Sousa**, CPF: 889.809.103-63, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia 25/12/2017.

Fortaleza, 20 junho de 2018.

Atenciosamente,


Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CEP: 60.455-360

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
24 OUT. 2018
ASS: _____

Nome do solicitante: Edson Cabral Sousa

Assinatura: 

CPF: 889.809.103-63 Data do recebimento: 20/06/18



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: NDI PUNTO DE APOIO: UNIFD Nº DA OCORRÊNCIA: 0906
DATA: 25/12/17 TURNO: MT EQUIPE: Jéssica + Rodrigo + Celio
NOME: Edson Gabriel Sousa IDADE: 57 SEXO:
ENDEREÇO: Av. João Pessoa, SN
REFERÊNCIA: Posto Ipiranga BAIRRO: Domos
QTY: 1757 QUS: 18:14 QUR: 18:29 QUY: 18:40 QUU: 18:52
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão moto/pedestre

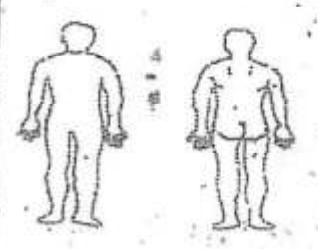
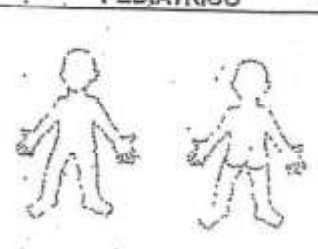
RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO ☐ PRESENTE ☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE
A ☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR:

B ☐ EUPNEICO ☐ NORMAL ☐ NORMAL ☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO ☐ ALTERADA: ☐ ALTERADA: ☐ ALTERADA:
☐ BRADIPNEICO ☐ ☐ ☐
☐ AGÔNICA/AUSENTE ☐ ☐ ☐

C ☐ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO ☐ CORADA ☐ SUDOREICA ☐ ENCHIMENTO ☐ SANGRAMENTO
☐ TAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CAPILAR ☐ EXTERNO
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ ☐ ≤ 2 seg ☐ SIM
☐ LOCAL: ☐ FRIA ☐ > 2 seg ☐ NÃO

D ☐ ABERTURA OCULAR ☐ RESPOSTA VERBAL ☐ RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☐ 4 ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☐ 5 OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
À VOZ ☐ 3 CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4 LOCALIZA A DOR ☐ 5
À DOR ☐ 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
NENHUMA ☐ 1 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
TOTAL: ☐ 1 NENHUMA ☐ 1 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ NENHUMA ☐ 1
☐ ALTERADAS:

E ☐ ADULTO ☐ LESÕES ☐ PEDIÁTRICO
 

SAMPLA

FC: PA: X FR: GLIC.: OXIM.: TEMP:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente com FEE + edema de face a D +
 fratura fechada, limpa, sangramento nasal
 confuso e desorientado,
 desacompanhado. USA GG

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: JF Centro

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☒ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

carteira com
 83,00 cedulas
 7,95 moedas

Identidade
 Cart. Funcional
 Varas Cartões

Moedha com
 toalha, Perfume
 Corrigador
 e outros papéis.

LOCAL: JF Centro

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

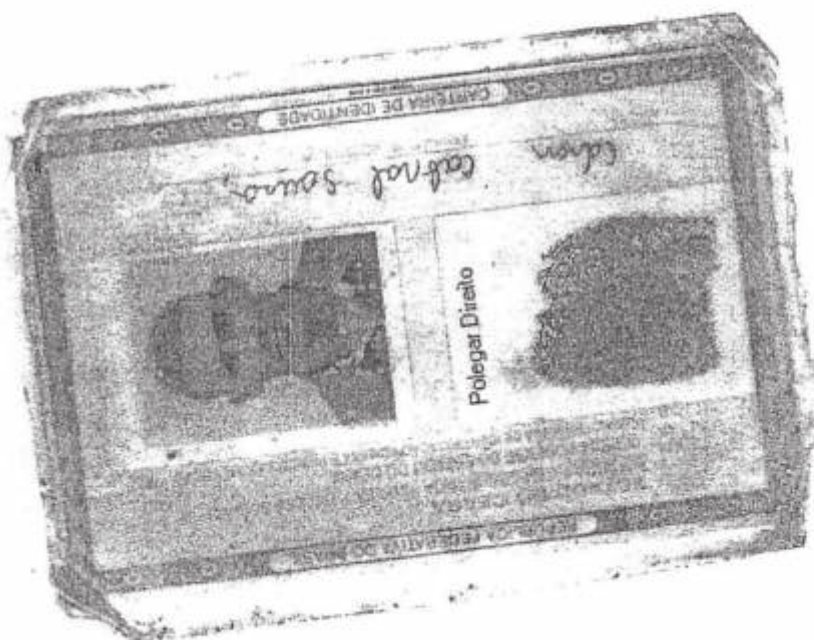
RG/CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às

hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

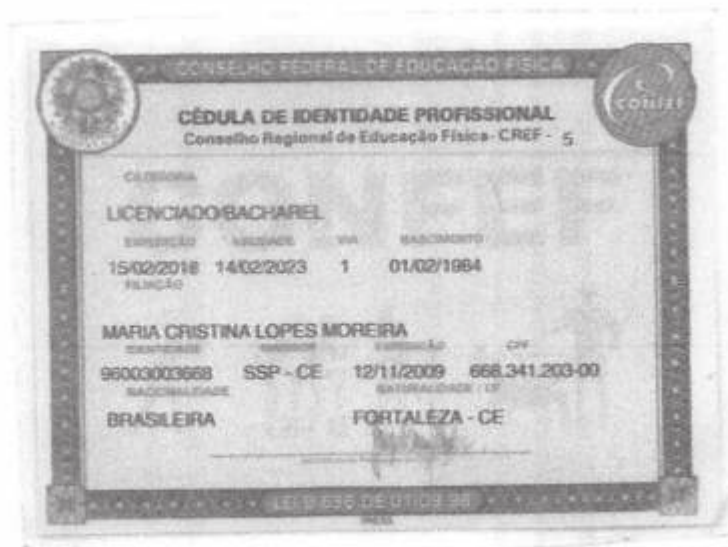
ASSINATURA:



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3130409050

CPF da Vítima

889809103-63

Nome completo da vítima

Edson Cabral Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Edson Cabral Sousa</u>		CPF titular da conta <u>889809103-63</u>	Profissão <u>Vigilante</u>
Endereço <u>R. Porto Alegre</u>		Número <u>940</u>	Complemento <u>Casa A</u>
Bairro <u>Henrique Jorge</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60510-205</u>
Email			Telefone (DDD) <u>85198614-3425</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS.

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☒ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 0769

D/V

2

CONTA

NRO. 1003858

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 10 de setembro de 2018

Local e Data

Edson Cabral Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3688 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **22/08/2018 14:20:10**Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2017 17:40:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOÃO PESSOA**

Complemento:

Bairro: **DAMAS**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **POSTO IPIRANGA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **EDSON CABRAL SOUSA**Nascimento: **19/08/1980** CPF: **889.809.103-63**RG: **96002231721**Orgão Emissor: **SSP CE**

UF:

Filiação: **MARIA CABRAL SOUSA****FRANCISCO DE FREITAS SOUSA**Endereço: **RUA PORTO ALEGRE, 940 CASA A**Bairro: **HENRIQUE JORGE**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.510-205**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98953-4303****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: PMD5492 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:****9C2KC2200GR502575 Renavam: 1087730675 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI Ano****Fabricação: 2016 Ano Modelo: 2016 Combustível: GASOLINA/ALCOOL****Cor: PRETA Proprietário: DAVID RANGEL GOMES Situação: NÃO****INFORMADO Envolvimento: COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA DE SUA CASA PARA O SEU TRABALHO PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMD-5492 NA AV. JOÃO PESSOA QUE A VITIMA ESTAVA PARADO EM UM SEMÁFORO VERMELHO QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Edson Cabral Sousa****VISTO DO DELEGADO(A) :****LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.**
JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**04 SET. 2018****DOCUMENTO
ORIGINAL**

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 25/12/2017 18:23:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705003885356657	NOME: EDSON CABRAL SOUSA				Registro: 5543097		
CPF: 88980910363	RG: 389092126	D. NASC: 19/08/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA CABRAL SOUSA				NOME DO PAI: FRANCISCO DE FREITAS SOUSA			
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: MARIA DE NAZARE		Nº: 09	BAIRRO: NOVO MARACANAÚ			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 32153200	MUNICÍPIO: MARACANAÚ	UF: CE	CEP: 61905440			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: USB. 01 USA. 66 CONDUTOR. FRANCISCO JOSE		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: COLISAO MOTO/POSTE APRESENTANDO TRAUMA NA CABEÇA + DESORIENTAÇÃO + FRATURA DE MANDIBULA + AVULSAO DENTAL + RINORRAGIA							
OBSERVAÇÕES: TCE/ALTERAÇÃO DE CONSCIENCIA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 131
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 02/02/2018
MATRICULA 13226
Eduardo Moreira A

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

Registro de Atendimento
Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 25/12/2017 18:23:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705003885356657	NOME: EDSON CABRAL SOUSA				Registro: 5543097		
CPF: 88980910363	RG: 389092126	D. NASC: 19/08/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA CABRAL SOUSA				NOME DO PAI: FRANCISCO DE FREITAS SOUSA			
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: MARIA DE NAZARE		Nº: 09	BAIRRO: NOVO MARACANAÚ			
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 32153200	MUNICÍPIO: MARACANAÚ	UF: CE	CEP: 61905440			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: USB. 01 USA. 66 CONDUTOR. FRANCISCO JOSE		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: COLISAO MOTO/POSTE APRESENTANDO TRAUMA NA CABEÇA + DESORIENTAÇÃO + FRATURA DE MANDIBULA + AVULSAO DENTAL + RINORRAGIA							
OBSERVAÇÕES: TCE/ALTERAÇÃO DE CONSCIENCIA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 131
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 02/02/2018
MATRICULA 13226
Eduardo Moreira A

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018