

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Luana Barros da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Fz Belo Monte, S/N
Quixeramobim Quixeramobim CE CEP: 63800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20089350965
Data local do exame: [16/08/2017] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA CRÂNIO FACIAL LEVE.
ASSIMETRIA FACIAL, PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA ATM.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ATENDIDA NA EMERGÊNCIA E INTERNADA PARA OBSERVAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Data da alta: JUNHO DE 2016.
QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. ASSIMETRIA FACIAL, PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA ATM.
Complicações: SEM.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA FACE, PELA LIMITAÇÃO DA ATM.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS | |
| % do dano: (X) 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Segurança Pública e
Defesa Social - SSPDS
Departamento de Polícia do Interior
12ª RPC / DELEGACIA MUNICIPAL DE
QUIXERAMOBIM - CEARÁ
FONE: (85) 3661-0302

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 5089 / 2015

379498

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/11/2015 15:41:20**
Data / Hora da Ocorrência : **07/11/2015 16:10:00** ✓
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 060**



SEDE QUIXERAMOBIM / CE ✓

Ponto de Referência: **NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO SÃO JOAQUIM**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUANA BARROS DA SILVA**
Nascimento : **25/01/2001**
RG: Órgão Emissor: **UF: - CPF:**
Filiação: **ANTONIO LINDEMBERG ALCELINO DA SILVA**
MARLY MARTINS BARROS
Endereço: **SIT CUPIM**
SEDE
QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 AGO 2017
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Lapa 147 Ablente - Fortaleza/CE

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: **MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG150 FAN ESDI**
PLACA: **PMT0017 MUNICÍPIO / UF: QUIXERAMOBIM / CE**
MODELO/FABRICAÇÃO: **2015/2014 COR: PRETA**
RENAVAM: **1036752558 CHASSI: 9C2KC1680FR016507**
SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: MARTA MARTINS BARROS**
ENVOLVIMENTO: **COLISAO**

Histórico

QUE vem confeccionar o presente BO para informar que é genitora da menor acima qualificada, QUE na data, hora e local supracitados a mesma estava trafegando como garupeira na motocicleta acima descrita a qual a condutora era VANESSA BARROS CAVALCANTE, QUE afirma que vinha da Fazenda Cupim sentido cidade, quando nas imediações do Sítio São Joaquim, um indivíduo em uma moto estava parado, ressalta que quando a condutora de sua filha passava o mesmo avançou a preferencial e colidiu contra a condutora, ocasião em que a mesma perdeu o controle do veículo, momento em que vieram a cair sobre o solo, QUE afirma que sua filha e a condutora da mesma foram socorridas por populares, QUE afirma que sua filha sofreu pancada na face, perda de dente e escoriações pelo corpo, e sua condutora sofreu corte no pe e escoriações pelo corpo.

Noticiante(s)

Nome : **MARLY MARTINS BARROS**
Endereço : **SIT CUPIM**
Bairro : **SEDE**
Município/UF : **QUIXERAMOBIM CE BRASIL**

Telefone:



certifico que esta cópia é uma reprodução fiel do original que me foi apresentado e autenticado de acordo com a lei do artigo 2º do decreto lei 14 de 21 de abril de 1940 Dou. de Quixeramobim 10/12/2015 - Testemunho da verdade
Raimundo Rague Nogueira
Portaria 142015 Oficial Registrado



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 5089 / 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

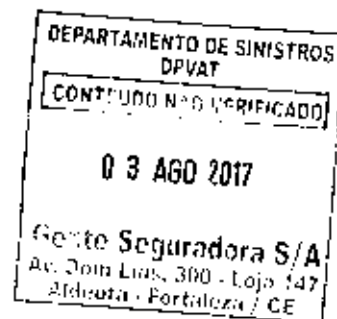
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RESERVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : RAIMUNDO ROQUE NOGUEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) :

SALVIANO DE PÁDUA SALDANHA FREIRE - MAT.: 012699-1-7



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLY MARTINS BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000022635-9

Nr. da Autenticação 5B3259B3984BF6B1



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



Dr. Pontes Neto

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 07/05/15

HORÁRIO: 16:47h

03.01.06.0029

ATENDIMENTO Nº: 73

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Juana Barro da Silva

SEXO: F DATA NASCIMENTO: 05.01.01 IDADE: 14

NOME DA MÃE: Marli Martins Barro

NATURALIDADE: Lx Sim

PROFISSÃO: estudante

ENDEREÇO: Lx Sim

CIDADE: Lx Sim

ESTADO: CE

TELEFONE:

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL: Marli Martins Barro

PA: 130 x 90 mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg

QUEIXAS:

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p>Politraumatismo/TCE;</p> <p>Queimaduras grandes;</p> <p>Coma ou alteração consciência;</p> <p>Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p>Desconforto Respiratório Grave;</p> <p>Dor no peito + cianose +</p> <p>Vômito + perda consciência ou dor torax por mais de 30min;</p> <p>Perfuração no peito, abdômen ou cabeça;</p> <p>Crise convulsiva;</p> <p>Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;</p> <p>Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar;</p> <p>Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas);</p> <p>Parada Cardiorrespiratória;</p> <p>Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas);</p> <p>Hemorragia não controladas;</p> <p>Fraturas; ferimentos (cortes);</p>	<p>Cefaléia súbita ou rapidamente progressiva;</p> <p>Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios;</p> <p>História de convulsão;</p> <p>Dor torácica intensa;</p> <p>Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p>Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia;</p> <p>Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos;</p> <p>História recente de melena ou hematemese ou enterorragia;</p> <p>Epistaxe;</p> <p>Dor forte de qualquer natureza;</p> <p>Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p>Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave;</p> <p>Febre alta (39 - 40°);</p> <p>Luxações, entorse + dor intensa;</p> <p>Acidente por animais peçonhentos;</p> <p>Broncoespasmo.</p>	<p>Idade superior a 60 anos;</p> <p>Pacientes escottados;</p> <p>Deficientes físicos ou impossibilidades de deambulação;</p> <p>Asma fora da crise;</p> <p>Entorpecimento;</p> <p>Dor ouvido moderada a grave;</p> <p>Dor abdominal sem alterações sinais vitais;</p> <p>Sangramento vaginal sem dor abdominal;</p> <p>Vômito e diarreia sem sinais de desidratação;</p> <p>Abscessos;</p> <p>Distúrbios neurovegetativos;</p> <p>Lombalgia intensa;</p> <p>Intercorrências ortopédicas;</p> <p>Gastroenterite.</p>	<p>Queixas sem alterações agudas;</p> <p>Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p>Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p>Uso de benzilpenicilina;</p>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2017

Geste Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Niterói - Fortaleza / CE

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



DATA: 07 / 11 / 15

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

- Pac. masculino de acidente automobilístico com
exacerbação em face a MATE; Reforço de trauma após
trauma por ferimento orientado; EKG - IS;

#CD - (1) avaliação radiológica

(2) Ultrassom

PRESCRIÇÃO:

(3) S.R. 1000ml, IV, rápida (1/2h)

(4) Ketoprofeno 100mg, IM, aguda

Dr. Márcio A. M. Silva
Cirurgião Geral e Laparoscopia
CREMEX 12.886

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTINUAÇÃO DO SINISTRO

03 AGO 2017

Genete Seguradora S/A
Av. Dom João 300 - Loja 147
Maceió - Fortaleza / CE

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Pac. de 45 anos, vítima de acidente automobilístico. Apresenta queimadura em face
e em MATE. Reforço de trauma após o trauma. Segue sob cuidados.

João Torres
Enfermeiro
COREN-CE: 220088

Rejane de Sousa Dss.
Secretária de Gestão Hospitalar
CREMEX 009 - 30
DIREÇÃO GERAL

João F. Torres Filho
Médico
CREMEX: 13182

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

ATESTADO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE
LUANA BARROS DA SILVA, VITIMA DE
POLITRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)
NO DIA 07/11/15, COM TCE
MODEMCO, COM PERDA CONSCIÊNCIA,
+ LESÃO PÉ ESQUERDA, FRACTURA
DENTÁRIA. FEZ 10 DECOD-
FIDOTENSÃO, + REAUSTOMIA
DENTÁRIA. 502.5; 505.9

Dr. Paulo Calçaço
CREMEC 11.720

07/11/15



**SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)

8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)

12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTROLE ADMINISTRATIVO

03 AGO 2017

Gen. te Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Maceió - Fortaleza / CE



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 01/11/15

HORÁRIO: _____

ATENDIMENTO Nº 28

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E

DIREÇÃO CLÍNICA

DADOS DO PACIENTE

NOME: Juliana Barros da Silva

SEXO: F DATA NASCIMENTO: 25/01/81 IDADE: 34 ANOS ESTADO CIVIL: Menor.

NOME DA MÃE: Maria Mariana Barros

NATURALIDADE: Quixeramobim

ENDEREÇO: Rua ... CEP: 63800-000

CIDADE: Quixeramobim ESTADO: Ceará TELEFONE: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Assinatura Paciente e Responsável: Vanessa Barros Cavalcante

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência ou dor tórax por mais de 30min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controladas; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (cortes);	<input type="checkbox"/> Cefaléia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39 – 40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos; <input type="checkbox"/> Broncoespasmo.	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoltados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; <input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTENHIDO VERIFICADO

03 AGO 2017

Ge. de Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 100 - 1º andar

Atividade - Fortaleza - CE



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



DATA: 09/11/15

HORA: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Vítima acidente transito há ± 03 dias
Queimado 1° grau
Não vomita / Use Curativo nesse
período
Sinais vitais, amarelo, agnóstico
colocando TC com o restante

PRESCRIÇÃO:

João P. Torres Filho
Médico
CREMEC 15587

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
GRUAT
03 AGO 2017
Centro Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 Loja 147
Atuata - Fortaleza / CE

Kléia de Sousa Bastos
Secretária de Gestão Hospitalar
DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc

Fem

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓDIGO MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Por uterina TCE operando com
pipete e (S). Não há mais
comunicação

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:			
Distrito Sanitário:		Município:	
Nome: <u>Luciana Barros da Silva</u>		Prontuário Nº:	
Sexo: () M () F		Data de Nascimento: ____/____/____	
Ocupação:			
Endereço:		Bairro:	
Fone:			
Motivo do Encaminhamento:			
<u>Rx de p.c. e</u>			
Resultado de Exames:			
Condução já Realizada:			
Impressão Diagnóstica:			
Ass.: <u>Antônio Medeiros</u>		Função: <u>R</u>	
Ass. Do Encaminhante - Nº Registro		Data: _____ Hora: _____	
AGENDAMENTO			
Encaminhamento para atendimento () Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico			
Procedimento: <u>Doença P.P.</u>		Profissional: <u>Ferdinando</u>	
Unidade de Referência:		Data: ____/____/____ Hora: _____	
FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)			
Unidade de Referência:			
Município:		Prontuário: _____ Alta: _____	
RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:			
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT			
RESULTADO DE EXAME:		CONTINUAÇÃO VERIFICADO	
		03 AGO 2017	
DIAGNÓSTICO: Principal		CID	
Secundário 1		CID	
Secundário 2		CID	
PROPOSTA DA CONDUTA PARA SEGMENTO:			
O problema justificou a referência? () Sim () Não			
O motivo referência coincide com diagnóstico? () Sim () Não			
Ass. Do Consultante - Nº Registro		Função: _____ Data: _____	

* UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA.



Pedido: 6807

Paciente: LUANA BARROS DA SILVA

Sexo: Feminino

Idade: 14 anos, 9 meses e 23 dias.

Data do exame: 17/11/2015

Tomografia computadorizada do Crânio

MÉTODO: Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice de 16 fileiras de detectores, sem o uso de contraste venoso. As imagens foram pós-processadas e analisadas em workstation.

ANÁLISE:

Supratentorial

- Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação preservado.
- Núcleos da base e regiões capsulares de aspecto anatômico.
- Ventriculos laterais e terceiro ventrículo de morfologia e calibre normais.
- Cisternas, sulcos e fissuras sem alterações.
- Não há sinais de desvio das estruturas da linha média.
- Ausência de calcificações patológicas.
- Região selar e justa-selar sem alterações.



Infratentorial

- Parênquima cerebelar e tronco cerebral com morfologia e densidade preservadas.
- O IV ventrículo tem topografia mediana e calibre normal.
- Cisternas basais sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: A tomografia computadorizada crânio - encefálica realizada sem a administração de endovenosa de meio de contraste hidrossolúvel evidência aspecto normal.

OBS: Edema de tecido mole em região frontal supra-orbitária esquerda.

SEBASTIÃO M. DE CASTRO E SILVA
CREMEC-7208 CPF 41101820349
MEMBRO TITULAR DO CRB



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

URGENTE

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: Wanda Barros de Silva

Prontuário Nº

Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento: / / Ocupação:

Endereço:

Bairro:

Fone:

Motivo do Encaminhamento: Atte. Vítima TCE apresentando edema
periférico 2 (E). Nejo vômitos / Use analgésico

Resultado(s) de Exame(s):

Consulta já realizada:

TC crânio 1/ contusão

Impressão Diagnóstica:

TCE
João P. Torres Filho
Médico
CREMESP: 13192

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTOEncaminhamento para atendimento: ☒ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Profissional:

Unidade de Referência: Policlínica - Próxido Data: 09/05/15 Hora:**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)**

Unidade de Referência:

Município: Prontuário Nº: Alta: / /

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESULTADO(S) DO(S) EXAME(S):

DIAGNÓSTICO: Principal

Secundário 1

Secundário 2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONDIÇÃO SINISTRO VERIFICADO

03 AGO 2017

Instituto Seguradora S.A.
Av. João Lima, 300 - Loja 147
Vitória - Fortaleza - CE

CID:

CID:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Hora

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA



odontologia especializada

Rua Monsenhor Salviano Pinto, n° 33 - loja 02 - Centro - Quixeramobim/CE

(88) 99851.4855 (88) 99445.1838

RECEITUÁRIO

Após acidente automobilístico a paciente Luana Barros da Silva compareceu ao consultório odontológico e após exame clínico e radiográfico foi constatada concussão do dente 22 e fratura coronária do dente 24 necessitando de espiantagem dos mesmos e posterior reconstrução do dente fraturado.

Quixeramobim - CE
07/11/2015

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO EM EXAME
03 AGO 2017
Com. Seguradora S/A Av. Dom Luis, 308 - Loja 1-17 Adeola - Fortaleza - CE

Dr. Carlos Augusto Lima de Oliveira
Cirurgião - Dentista
CRO - 7309

Criarte 84 341.145



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Encaminhamento

Encaminhado a paciente

Luana Barros da Silva para
avaliação de trauma dentário
do dente 01.

Luan de Oliveira
DENTISTA
CRO: 7308

Luan de Oliveira
20. 11. 2015



**SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)

8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)

12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.

DEPARTAMENTO DE SIMINHOS
OPVAT

CONTENDO: 100% TRIMICADO

03 AGO 2017

Co. Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Fátima - Fortaleza, CE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Solicitação de exame

Solicito radiografia periapical
do dente 21. Paciente Luana
Barros da Silva.

Luan de Oliveira
DENTISTA
CRO: 7308

Luan de Oliveira

20. 11. 2015



SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA

☐
☐
☐

6 X 6 hs.: 06M - 12T - 06N - 12N (4 X DIA)

8 X 8 hs.: 06M - 02T - 10N (3 X DIA)

12 X 12 hs.: 06M - 06N (2 X DIA)

COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fones: (88) 3441-1219 / 3441-1217
Quixeramobim - Ceará.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉUDO VERIFICADO

03 AGO 2017

Genete Seguradora S/A
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147
Oleiros - Fortaleza / CE



ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

QUIXERAMOBIM - CE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que LUANA BARRO DA SILVA

recebeu atendimento médico em

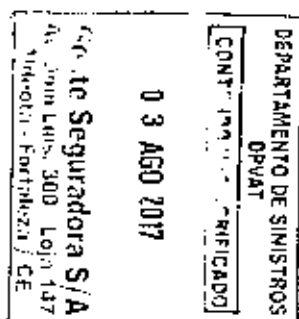
09/11/15 com diagnóstico de: M 85.8

o (a) mesmo(a) está necessitando de: 15 (QUINZE) dias de licença do trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim - CE 09/11/15

Dr. Jackson Aragão
MÉDICO
CRM 11.107

MÉDICO - CRM





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Luana Bezerra da Silva

Rx uso interno

05. Meloxicam 7,5mg _____ dose

Taken 02 caps 12/18h

por 05 dias

07130) 55

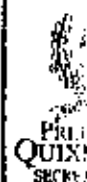
João P. Torres Filho
Médico
CREMEC 73187

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE E EMISSÃO
03 AGO 2017
Com. de Seguradora S/A
Av. Dom Luís, 300 - Loja 147
Moinhos: Fortaleza - CE

Atestado de doença emitido em 03/08/2017
para o(a) Sr(a) LUANA BEZERRA DA SILVA
CPF nº 000.000.000-00
OBSERVAÇÃO: O ATTESTADO DE DOENÇA NÃO PODE SER USADO PARA FIM DE
COMPROVAÇÃO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
US - TEMA ÚNICO DE SAÚDE



M
E

Nome:

LUNNA BARROS DA SILVA

Rx

ORX DE PÉ @ AP
PREFE

Dr. Jackson

MÉDICO
CRM 15.123



SELO DE MEDICAMENTO
NÃO REGRADA

6 X 100 - 06M - 12T - 06N - 12N (1 DIA)
8 X 100 - 06M - 02T - 10N (3 X DIA)
12 X 100 - 06M - 06N (2 X DIA)


COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTINUAÇÃO DO SINISTRO

03 AGO 2017

Geot Seguradora S/A
Av. João Luis, 300 - Loja 147
Maceió - Alagoas / CE

 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

ATENDIDO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE
LUANA BARROS DA SILVA, UTINADA DE
POLITRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)
NO DIA 07/11/15, COM TCE
MODEMDO, COM PEQUENA CONSCIÊNCIA,
+ LESÃO PE ESQUERDO, FRATURAS
DENTÁRIA. FEZ 10 DECOES
FISIOTERAPIA, + REESTRUTURAÇÃO
DENTÁRIA. 502.5; 505.9

2
22108117

Dr. Paulo Calazão
CREMEC. 11.720

	SEU MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	6 X 6 hrs: 03M - 12M - 06N - 12N (4 X DIA)
	NA HORA CERTA	<input type="checkbox"/>	0 X 6 hrs: 03M - 02T - 10N (3 X DIA)
		<input type="checkbox"/>	12 X 12 hrs: 06M - 06N (2 X DIA)
COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA.			

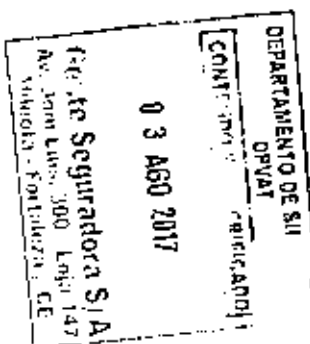
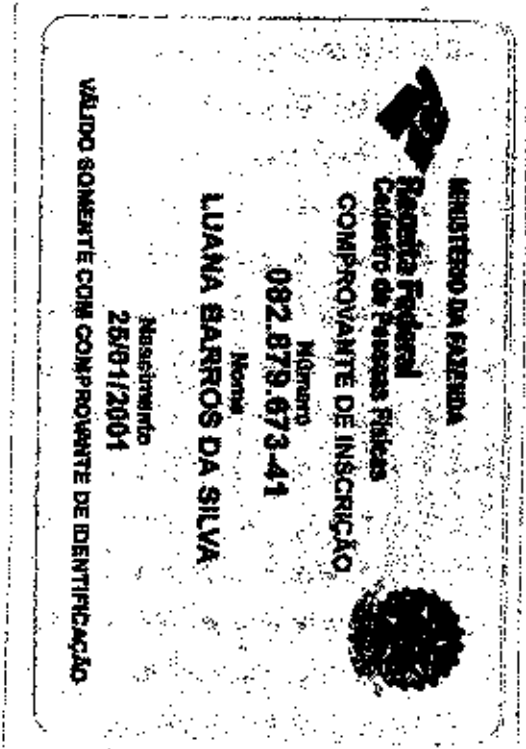
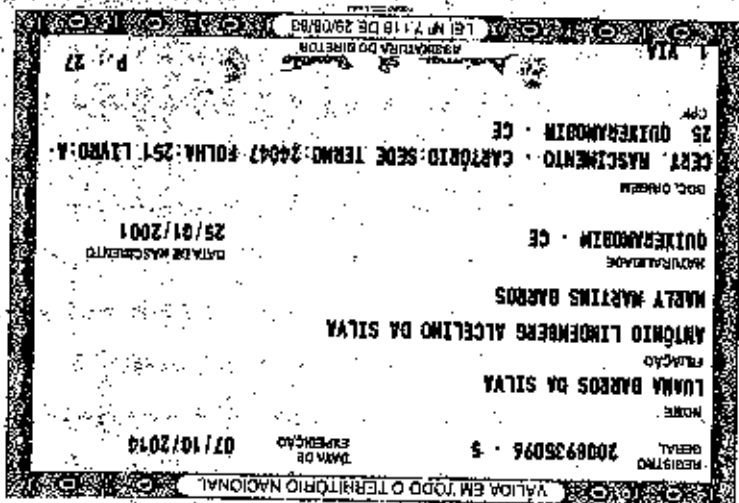
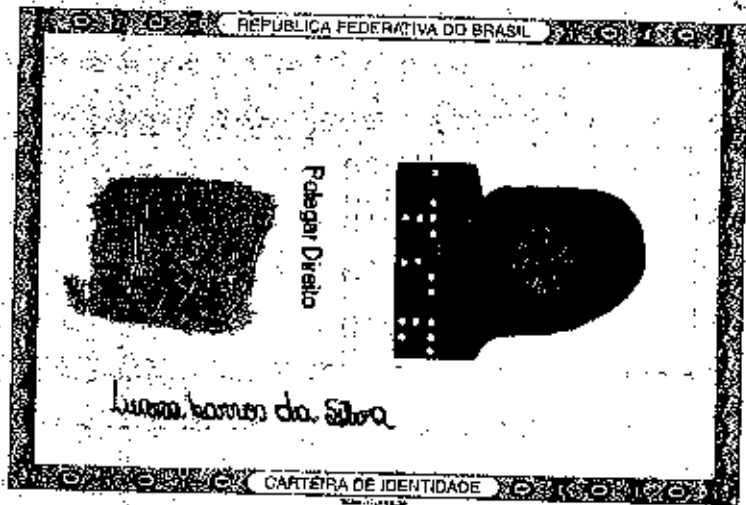
Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fone: (88) 3451-1216 / 3451-1217
Quixeramobim - Ceará

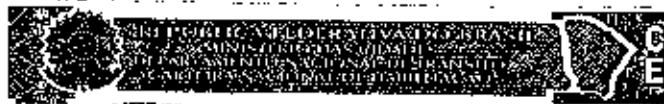
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABO 2017

Gente Seguradora S/A
Av. Dom Lus, 300 - Loja 147
Aldoberto - Fortaleza / CE

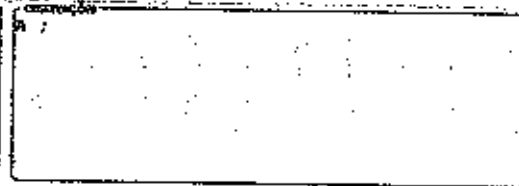




VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1409493508

NOME PAULO JOSE ALVES DE MORAIS		
DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO 2001002327715 88705 CE		
CPF 020.643.123-66	DATA NASCIMENTO 08/05/1986	
FILIAÇÃO FRANCISCO FLAVIO PORTES DE MORAIS MARIA DO SOCORRO ALVES DE MORAIS		
PROFISSÃO [blank]	ACQ. [blank]	CELEIRO [blank]
Nº REGISTRO 000000000	VIGÊNCIA 14/01/2020	1ª VALIDADE 20/12/2007

PLASTIFICADA
1409493508



Assinatura do Portador <i>Paulo José Alves de Moraes</i>	
LOCAL QUIXADA, CE	DATA EMISSÃO 20/01/2017
Assinatura do Emissor <i>[Signature]</i>	15125984443 CE157558746
CEARÁ	

DEPARTAMENTO DE REGISTROS CIVIL	
[blank]	[blank]
03 AGO 2017	
Seguradora S/A	
Rua Luis. 300 Loja 147	
Fátima - Fortaleza / CE	

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170430171 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUANA BARROS DA SILVA **Data do acidente:** 07/11/2015 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL LEVE.

Descrição do exame médico pericial: ASSIMETRIA FACIAL, PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA ATM.

Resultados terapêuticos: TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAS

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

