

**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:  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  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 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



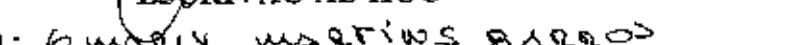
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 5089 / 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

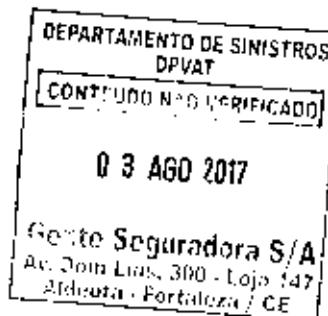
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

"ESCRIVAO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

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: 00000022635-9

---

Nr. da Autenticação 5B3259B3984BF6B1



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



ONPE

Dr. Pontes Neto

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 07/01/15

HORÁRIO: 16:47h

03.01.06.0029

ATENDIMENTO N° 73

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

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Yanna Barros da Silva  
 SEXO: F DATA NASCIMENTO: 25/01/01 IDADE: 14 ESTADO CIVL: Solteira  
 NOME DA MÃE: Marta Madrin Barros  
 NATURALIDADE: CE  
 ENDEREÇO: CE  
 CIDADE: CE  
 PROFISSÃO: Estudante  
 BAIRRO: CE  
 CEP: CE  
 ESTADO: CE  
 TELEFONE: CE

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

2. Informações

PA: 130 x 90 mmHg SPO<sub>2</sub>: 98 % FC: 70 bpm FR: 16 lpm T: 36.5 °C PESO: 50 Kg

QUEIXAS:

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

Marta Madrin Barros

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<p><input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE;  <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes;  <input type="checkbox"/> Coma ou alteração de consciência;  <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;  <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave;  <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + Vômito;  <input type="checkbox"/> Vômito + perda de consciência ou dor torácica por mais de 30min;  <input type="checkbox"/> Perforação 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 SSSV + sintomas (diagnosticadas);  <input type="checkbox"/> Hemorragia controladas;  <input type="checkbox"/> Fraturas: ferimentos (cortes);</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefaléia súbita ou rapidamente progressiva;  <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; delírios;  <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, taquicardia, taquipneia;  <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos;  <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematâmenos 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.</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;  <input type="checkbox"/> Pacientes escoitados;  <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilidades de desambulação;  <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.</p>	<p><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;</p>

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Altinópolis - Fortaleza / CE



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



DATA: 04 / 11 / 15

HORA: \_\_\_\_\_

ALARMESE E EXAME FÍSICO:

- Pte. materna de excelente antecedente clínico com  
exoneração em face a MMII; Re却os clônicos após  
trauma para pto orientada; ECG - IS;

#2D - (1) Wallenius nevralgica

(2) Otorrinos *MM*

PREScriÇÃO:

(3) S.R. 1000 ml, 5x, rapida (36)

(4) Ketorolac 1 caps, 1x1, apos

Dr. *M. M. M. M.*  
Clínica Geral / Endocrinologia  
CRM/CE 12.886

*OK*

INFORMAÇÃO MÉDICA	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPIVAT CONTRATO DE SINISTRO INICIADO	03 AGO 2017
Gente Seguradora S/A Av. Dom Luiz, 300 - Loja 147 Altaneira - Fortaleza / CE		

Evolução da ENFERMAGEM:

Pte. dñe. *Wanda* nra. *Wendy*, vítima de grave acidente automobilístico, apresenta exanomia em face  
às lesões MMII. Re却os clônicos após o trauma. Segue sob cuidados. — *John Terrel*  
CORONEL: 222008

Rejane de Sousa Bessa  
Secretaria de Gestão Hospitalar  
Setor de Gestão - 3º  
DIRETOR GERAL

*Rejane de Sousa Bessa*  
CREMECE: 13192

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

Atesto para os devidos fins que  
LUANA BAZZOS DA SILVA, VITIMA DE  
POLTRONHA (ACIDENTE DE MOTO)  
NO DIA 07/11/15, COM TCE  
MODERNO, COM PERDA CONSCIENCIA,  
+ LESÃO AO QUERATO, TRAUMA  
DENTÁRIO. FEZ 10 DEDOS -  
FIDOFRENIA, + RESTAURADA  
DENTAL. 502.5 ; 505.9

Dr. Paulo Calaço  
CREMEC 11.170

01107147



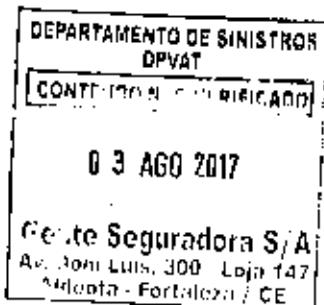
**SEU MEDICAMENTO  
NA HORA CERTA**



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.





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



## UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 09/01/15

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

03/01/2015 28  
ATENDIMENTO N°

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

## DADOS DO PACIENTE

NOME: Juliana Barroso da Silva SUS: 000000000000000000  
 SEXO: F DATA NASCIMENTO: 25/01/01 IDADE: 14 ESTADO CIVIL: menor  
 NOME DA MÃE: Maria de Fátima Barroso  
 NATURALIDADE: Quixeramobim PROFISSÃO: Estudante  
 ENDEREÇO: Av. Presidente Vargas, 2000 BAIRRO: Centro CEP: 63800000  
 CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: (88) 3441-1353

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

X Vanessa Barroso Cavalcante

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

PA: \_\_\_\_\_ mmHg SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % 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><input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE;</p> <p><input type="checkbox"/> Queimaduras grandes;</p> <p><input type="checkbox"/> Coma ou alteração consciência;</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral;</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência ou dor tórax por mais de 30min;</p> <p><input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise convulsiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio;</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar;</p> <p><input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas);</p> <p><input type="checkbox"/> Hemorragia não controladas;</p> <p><input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (cortes);</p>	<p><input type="checkbox"/> Cefaléia súbita ou rapidamente progressiva;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios;</p> <p><input type="checkbox"/> História de convulsão;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor torácica intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório;</p> <p><input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia;</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos;</p> <p><input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia;</p> <p><input type="checkbox"/> Epistaxe;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarréia persistente + sinais de desidratação grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Febre alta (39 - 40°);</p> <p><input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos;</p> <p><input type="checkbox"/> Broncoespasmo.</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos;</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes escoltados;</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de desambulação;</p> <p><input type="checkbox"/> Asma fora da crise;</p> <p><input type="checkbox"/> Enxaqueca;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave;</p> <p><input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais;</p> <p><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Vômito e diarréia sem sinais de desidratação;</p> <p><input type="checkbox"/> Abscessos;</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos;</p> <p><input type="checkbox"/> Lombalgia intensa;</p> <p><input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas;</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterite.</p>	<p><input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas;</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativo, trocas ou requisições de medicações, avaliação de resultado de exames, solicitação de atestados médicos;</p> <p><input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente;</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de benzilpenicilina;</p>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO DO SINISTRO

03 AGO 2017

Cia. de Seguradora S/A

Av. Dom Luís, 300 - Centro  
Maceió - Alagoas - CEP: 57010-000



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

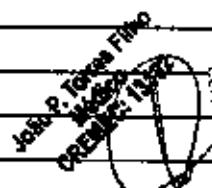


DATA: 09/11/15 HORA: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

\* Vítima seidente frontal te + 03 dias  
\* Exalito de sangue  
\* Negro com 1/2use contínua neose  
periodo  
\* Sem orientação, comete, agressiva  
constituto te cônus d'artrose

PRESCRIÇÃO:



EVOLUÇÃO MÉDICA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CRAVAT

03/11/2017 [REDAÇÃO]

03 AGO 2017

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Caixa Seguradora S/A  
Av. Jam Luis, 300 Loja 1471  
Atalaia - Fortaleza/CE

Regina de Sousa Bastos  
Societária de Gestão Hospitalar  
DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

Eugenio Cesar Borba Marques  
Médico  
CRM/CE 15827

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO





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 Rezende da Silva</u>		Prontuário Nº:	
Sexo: ( ) M ( ) F Data de Nascimento: / /		Ocupação:	
Endereço:	Bairro:	Fone:	
Motivo do Encaminhamento: <u>Rx de pc e</u>			
Resultado de Exames:			
Conduta já Realizada:			
Impressão Diagnóstica:			
<u>Antônio M. M.</u> Ass.: Do Encaminhante-Nº Registro		<u>R</u> Função	Data
Hora			
<b>AGENDAMENTO</b>			
Encaminhamento para atendimento ( ) Ambulatorial ( ) Hospitalar ( ) Auxílio Diagnóstico			
Procedimento: <u>Radio x</u> P. P		Profissional: <u>Radiologista</u>	
Unidade de Referência:	Date:	/	Hora:
<b>FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)</b>			
Unidade de Referência:			
Município:	Prontuário:	Alta:	
<b>RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:</b>			
DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT			
RESULTADO DE EXAME:	<input checked="" type="checkbox"/> CONT. 2016 ECRIF. AD		
03 AGO 2017			
DIAGNÓSTICO: Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Cida Seguradora S/A		
Secundário 1	<input checked="" type="checkbox"/> Av. Joaquim Luis, 300 - Loja 147 Macapá - Fortaleza, CE		
Secundário 2	<input checked="" type="checkbox"/> CID		
<b>PROPOSTA DA CONDUTA PARA SEGMENTO:</b>			
O problema justificou a referência? ( ) Sim ( ) Não			
O motivo referência coincide com diagnóstico? ( ) Sim ( ) Não			
Ass. Do Consultante - Nº Registro	Função	Data	

Ass. Do Consultante - Nº Registro

Função

Data

\* UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA.



Pedido: 6807  
Sexo: Feminino  
Data do exame: 17/11/2015  
Paciente: LUANA BARROS DA SILVA  
Idade: 14 anos, 9 meses e 23 dias.

### 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 evidencia aspecto normal.

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



SEBASTIÃO M. DE CASTRO E SILVA  
CREMÉC-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

02/06/17

**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: Wana Bentes de Souza

Prontuário N°

Sexo: M  F  Data Nascimento: / / Ocupação:

Endereço:

Bairro:

Fone:

Motivo do Encaminhamento: Pode vir a ter TCE apresentando edema  
polpebral e (E) - Neje vâmitos / use oral/insu

Resultado(s) de Exame(s):

Consulta já realizada:

TCE crônico II/ crônico

Impressão Diagnóstica:

TCE  
*João P. Torres Filho*  
*CRM-CE 13182*09/06/17

Data

Hora

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

**AGENDAMENTO**Encaminhamento para atendimento:  Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência: Pediatrica - Pediatria Data: / / Hora: / /**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(1)**

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N°:

Alta:

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTE JORNAL VERIFICADO

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

03/06/2017

1.º Seguradora S.A.

Av. José Lins, 300 - Lapa 147  
Fortaleza - CE

DIAGÓSTICO: Principal

CID:

Secundário 1

CID:

Secundário 2

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 - N° Registro

Função

Data

Hora

**UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA**



9 Rue Monsenhor Soliviano Pinto, n° 33 - loja 02 - Centro - Quixeramobim/CE  
⑥ 99851.4855 ⑥ 99445.1838

## RECEITUÁRIO

Após acidente automobilístico a paciente Maria Barnes da Silva compareceu ao consultório odontológico e após exame clínico e radiográfico foi constatada concussão do dente 22 e fratura coronária do dente 20 necessitando de esplantação dos mesmos e posterior reconstrução do dente natural.

Quixeramobim - CE  
07/12/2015

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
OPVAT	
CONTEÚDO	REFLETIVO
03 AGO 2017	
Bento Seguradora S/A	
Av. Dom Luís, 306 - Loja 147	
Adeodá - Fortaleza - CE	

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

Criante 99 3441.1483



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



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome:

*Encaminhamento*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEÚDO: CERTIFICAÇÃO

03 AGO 2017

Gete Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Aldeota - Fortaleza - CE

*Encaminho o paciente*

*Ismael Barros da Silva para  
avaliação de trauma dental  
do dente 01.*

*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 - 08N (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.



PREFEITURA DE  
QUIXERAMOBIM  
PAZ E CIDADANIA

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



PREFEITURA DE  
QUIXERAMOBIM  
SECRETARIA DA SAÚDE

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome:

Solicitação de exame

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTROLE DE CERTIFICADO

03 AGO 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. José Lins, 300 - Lote 147  
Mileto - Fortaleza / CE

Solicito radiografia periapical  
do dente 21. Paciente Luana

Bárbara da Silva

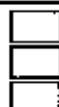
Luau de Oliveira  
DENTISTA  
CRO: 7308

Luau 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 - 1DN (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 - Fone: (88) 3441-1219 / 3441-1217  
Quixeramobim - Ceará.



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 BARROS 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

JR. Jackson Aragão  
MEDICO  
CRM 11.001

MEDICO - CRM

03 AGO 2017	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTROLE CERTIFICADO	CRF/CE
CEG - Centro Seguradora S/A	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Av. Jmin Lins, 300 Loja 137	CONTROLE CERTIFICADO
Monteiro - Paraíba/CE	CRF/CE

PRÉ-SEGURO  
PREFEITURA DE  
QUINHAMBAM  
PAZ E CHAMADA

ENCARTE FOLHA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PRÉ-SEGURO  
PREFEITURA DE  
QUINHAMBAM  
PAZ E CHAMADA

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Nome:

Viviane Bento de Siqueira

Rf Viviane Bento

03. Meloxicam 7,5mg 100g

Tamponar os 30g 321825

por 05 dias

07130155

João P. Torres Filho  
CRM/CE 1309  
CREMEC 7309

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTROLE DE SINISTROS CRIFICADO

03 AGO 2017

Brasile Seguradora S/A  
Av. João Luis, 300 - Loja 147  
Miritiba - Fortaleza - CE

AVERTIMENTO: NESTA FOLHA MUNICIPAL DE SAÚDE NÃO PODE SER CONTA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDE MUNICIPAL DE SAÚDE  
US - 1 - TEMA ÚNICO DE SAÚDE



M  
E

Nome:

LUNA Bonnus da Silva

rx

ONX DE PÉ  $\textcircled{O}$ ) AP  
Penfar

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTROLE DE CERTIFICADO  
03 AGO 2017  
Geste Seguradora S/A  
Av. Point Luis, 300 - Loja 147  
Mileto - Fortaleza / CE

Dr. Jackson



SEU MEDICAMENTO  
NACIONAL



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

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



## PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

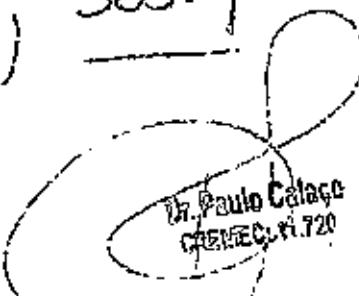
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: LUANA BARROS DA SILVA, VITIMA DEAVERTIZADO

AVERTIZADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE  
 LUANA BARROS DA SILVA, VITIMA DE  
 POLTRONA (ACIDENTE DE MOTO)  
 NO DIA 07/11/15, COM TCE  
 MODERADO, COM PERDA CONSCIENTIA,  
 + LEVAN PÉ QUERATO, FRATURA  
 DENTAL. FEZ 10 DIAOS  
 FIDOSFERMIA, + RESTAURACAO  
 DENTAL. 502.5 ; 505.9

22/08/17


  
Dr. Paulo Calado  
CRM/CE 01.720

 SEU MEDICAMENTO  
 NA HORA CERTA


6 X 6 hs: 03H - 12P - 03N - 12N (4 X DIA)

0 X 6 hs: 03N - 02P - 10N (3 X DIA)

12 X 12 hs: 03H - 03N (2 X DIA)

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

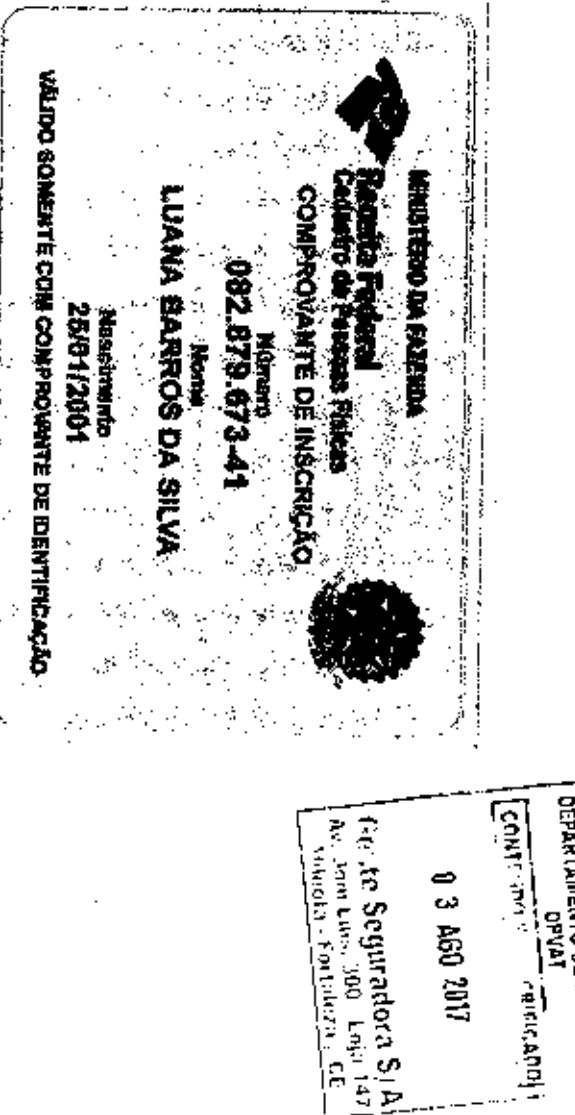
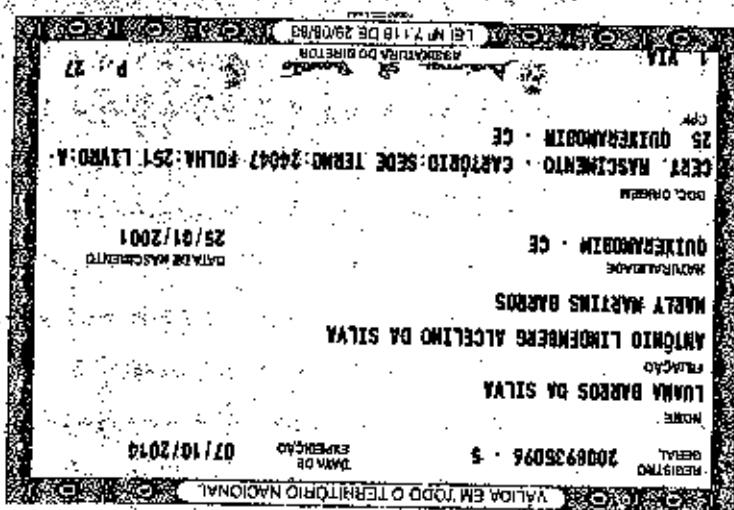
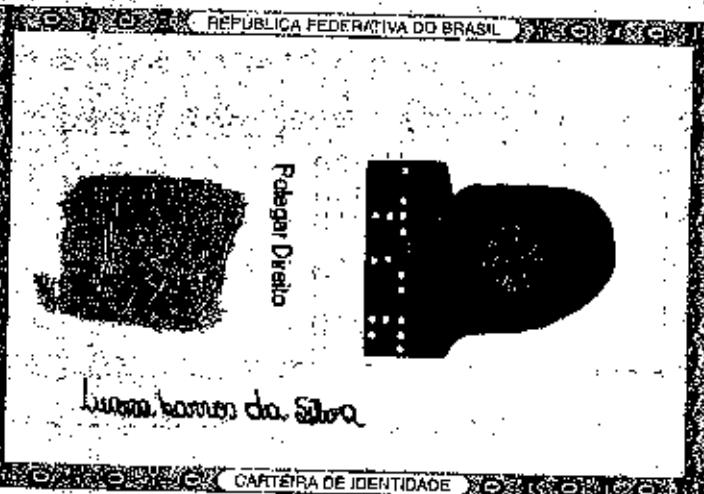
 Rua Cônego Aureliano Mota, 236 Centro - Fone/Fax: (85) 3461-1216 / 3461-1217  
 Quixeramobim - Ceará

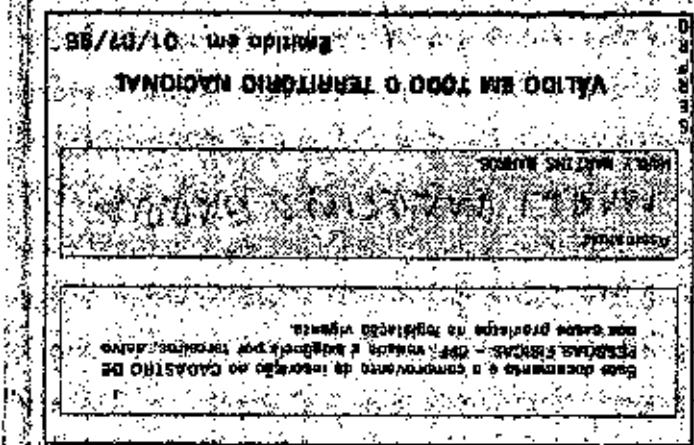
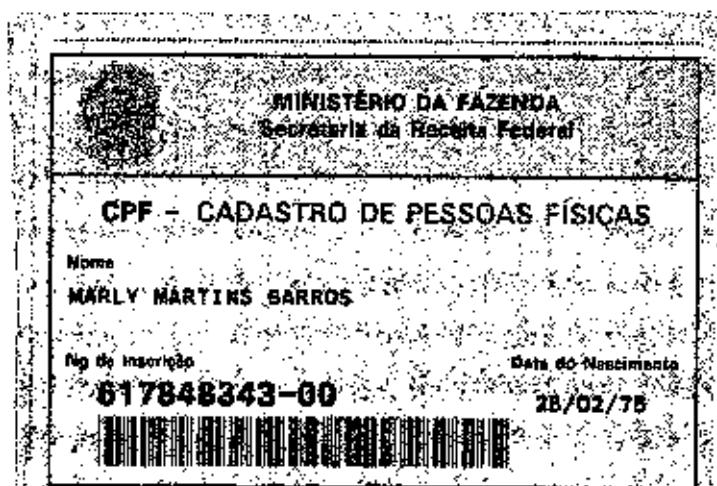
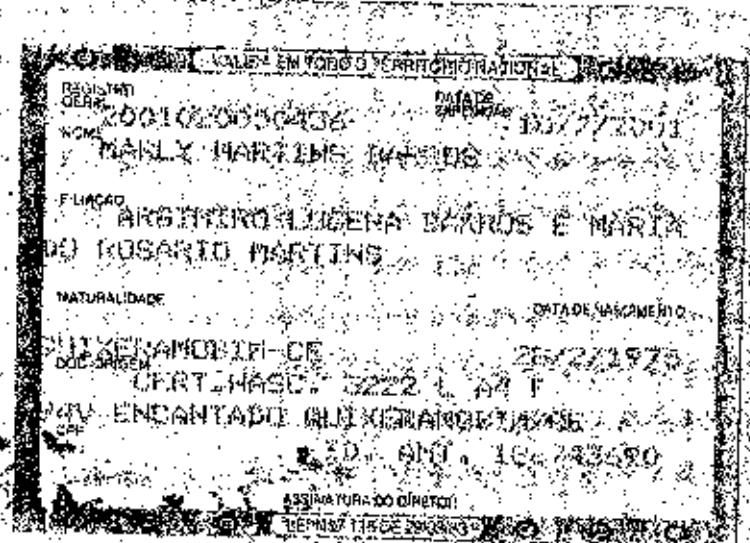
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 OPVAT

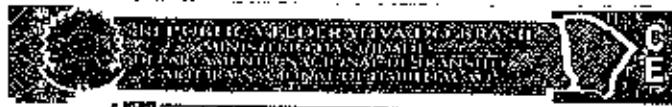
CONTEUDO NAO VERIFICADO

30 AGO 2017

 Gente Seguradora S/A  
 Av. Boa Vista, 300 - Loja 147  
 Aldeota - Fortaleza / CE







PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

DOC. IDENTIFICO / OBR. NACIONAL  
2001002327713 88708 CE

020.643.123-66 08/05/1986

BRANCISCO FLAVIO  
PORTES DE MORAIS  
MARIA DO SOCORRO ALVES  
DE MORAIS

020.643.000-06 20/05/2017 20/12/2007

CEARA

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

ASSINATURA DO PORTADOR

020.643.000-06 20/01/2017

15125994443  
CE157558746

CEARA

1409493508

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CEARA  
LICENCIADO  
LICENCIADO

03 AGO 2017

Brasile Seguradora S/A  
Av. Dom Luis 300 - Loja 147  
Mangabeira - 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** ASSIMETRIA FACIAL, PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA ATM.  
**médico pericial:**

**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
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

