

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190519981 **Cidade:** Baturité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FABIANO DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.6)

ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES....., brasileiro(a), estado civil MARRIED....., profissão AGENTE DE POLÍCIA....., residente e domiciliado à Rua PAIM NUNES MAREIRA GOMES..., nº 129....., bairro CENTRO....., Município de BURITÉ....., Estado de(o) CEARÁ....., Cep.: 62.760-000, portador(a) do RG nº 2007159.028-0, SSP/CE e CPF nº 006.833.233-13.....

Outorgado: JANAINA ROBERTO NUNES, brasileiro(a), casada, advogada, residente e domiciliado(a) à Rua 15 de Novembro nº 964, Centro, Município de Baturité, Estado de (o) Ceará Cep.: 62.760-000, portador (a) do RG nº 91002383423 SSP e CPF nº 682.840.123-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES....., ocorrido em 24.11.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Baturité....., 22....., de Agosto..... de 2019.

Francisco Fabiano da Silva Alves.....

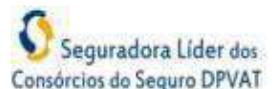
Outorgante

CPF Nº 006.833.233-13.....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309341/19

Vítima: FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

CPF: 006.833.333-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JANAINA ROBERTO NUNES : 682.840.123-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES : 006.833.333-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019
Nome: JANAINA ROBERTO NUNES
CPF: 682.840.123-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JANAINA ROBERTO NUNES

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190519981**

Vítima: FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANAINA ROBERTO NUNES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000334-4

Conta: 0000025217-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

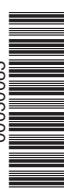
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190519981

Vítima: FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANAINA ROBERTO NUNES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

006 833 333 13 Francisco Fabiano da Silva Alves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Francisco Fabiano da Silva Alves

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Raimundo Melo Gomes

Bairro:

Caturité

Cidade:

Caturité

Estado:

Paraíba

CEP:

52760-000

E-mail:

minasadvocacia@gmail.com

CPF:

006 833 333 13

Número:

119

Complemento:

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

0334

CONTA:

25.217

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0334

CONTA:

25.217

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: Caturité, 27- Agosto - 2019
Nome: Francisco Fabiano da Silva Alves
CPF: 006 833 333 13

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Foto Fabiano da Silva Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Juan

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 425 - 1801 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/08/2019 15:42:41**
Data / Hora da Ocorrência: **24/11/2018 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 356**
Complemento:
Bairro: **MONDEGO** Município: **BATURITE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES**
Nascimento: **13/06/1979** CPF: **006.833.333-13**
RG: **2007159028-0** Orgão Emissor: **DETTRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA NILDA DA SILVA**
FRANCISCO FIRMINO ALVES
Endereço: **RUA EDUARDO SIMÃO NOGUEIRA , 119**
Bairro: **CENTRO**
Município: **BATURITE/CE** CEP: **62.760-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98548-7846**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POJ9728** Uf: **CE** Município: **BATURITE** Chassi: **9C2KD1000JR011457** Renavam: **1165834259** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **Preta** Proprietário: **JOSE WILSON CORDEIRO DE SALES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O declarante comparece a esta Delegacia para relatar que no dia 24/11/2019 ocasião em que vinha conduzindo, sozinho, a moto de Placa POJ-9728, de Propriedade da pessoa do JOSE WILSON CORDEIRO DE SALES, com destino a Localidade do Monumento, Ce 256, Baturité-Ce, ocorreu um acidente que ocorreu da seguinte forma: quando um cachorro cruzou a pista, o declarante não conseguiu frear, vindo a cair e machucar o braço esquerdo, região do ombro; Que no momento do fato não havia terceiros, de forma o declarante conseguiu com um pouco de esforço se levantar e deslocar-se para UMPA, sendo que ao chegar neste estabelecimento, o Médico que o atendeu, constatou a necessidade de operar a região lesionada, assim, foi encaminhado ao Hospital de Araciaba, devido em Baturité, não dispor da estrutura para tanto; Que já no hospital de Araciaba realizou, enfim, a sua cirurgia, vindo a ter alta somente oito dias depois; Que se recuperar bem, mas ainda sente dores, mesmo após ter tomado os remédios e ter feito a fisioterapia, esta é a narrativa e nada mais disse.

Testemunha 01: **JOÃO BOSCO QUEIROZ**, RG 1.303.182, Data de Nascimento 13/02/1960



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE
Impresso nº 2019579519



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 425 - 1801 / 2019

Testemunha 02: JOSE MAURICIO GOMES, RG 2005015069062, Data de Nascimento 16/05/1954

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Tiago Carlos de Almeida Fernandes*
TIAGO CARLOS DE ALMEIDA FERNANDES - MAT.: 30086112

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Fco Fabiano da Silva Albi*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JW **ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411**

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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00334-4

CONTA: 000000025217-4

Nr. da Autenticação 0153E310fef87ff9



PREFEITURA MUNICIPAL DE BATURITÉ
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Municipal de Pronto Atendimento

Nº



Data: 27/11/18	Hora: 09:15	Chegou: () Andando () Cadeira de Rodas () Maca	SINAIS VITAIS	
Paciente: Fco Fabiano da Silva Almeida			P.A:	P脉:
Nome da Mãe:			Temp:	Dx:
Idade: 39	Sexo: M	Data Nasc.: 13/06/1979	Cartão do SUS: 2007159038-0	F.R:
Endereço			F.C:	
Bairro:	Cidade: Bl	Estado: E	Recepção:	Sat02:
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: Pac. com dor no abdômen centralizado. Exames agendados para dia 28/11/18.				
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO: Doença aguda de origem			HORÁRIO	
EXAMES SOLICITADOS: Dr. Wellington 01/12/2018			10:22	ENFERMAGEM: Dra. em RESE.
PRESCRIÇÃO MÉDICA: Dr. Wellington 01/12/2018			Niclo	
			DR. Wellington	
			CRM-PI: 10527	
Observações Adicionais:				
Assinatura do Responsável: Fco Fabiano da Silva Almeida		Assinatura e Carimbo do Médico		



PREFEITURA MUNICIPAL DE BATURITÉ
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Municipal de Pronto Atendimento

Nº



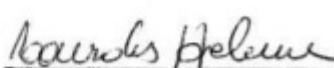
Data: 27/11/18	Hora: 09:10	Chegou: () Andando () Cadeira de Rodas () Maca	SINAIS VITAIS	
Paciente: Jcs Fabiano de Almeida			P.A:	P脉:
Nome da Mãe:			Temp:	Dx:
Idade: 39	Sexo: M	Data Nasc.: 31/06/1979	Cartão do SUS: 2007159337-0	F.R:
Endereço		Morada	F.C:	
Bairro:	Cidade: Bl	Estado: C	Recepção:	Sat02:
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: Pac. com lesão na esp. costal direita. Existe op. fechada molar. No dia anterior ao ato.				
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO:				
EXAMES SOLICITADOS:			HORÁRIO	ENFERMAGEM
PRESCRIÇÃO MÉDICA			01/12/2018 10:22	Dra. Ana RESE
Observações Adicionais:				
Assinatura do Responsável: Hc Fabiano de Almeida			Assinatura e Carimbo do Médico	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE
FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

ALTA
19/02

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

SAME	16:33	CLÍNICA	CT	BLOCO/LEITO	CATEGORIA	SUS					
NOME	Francisco Fabiano da Silva Alves			REGISTRO	055.474						
NATURALIDADE	Baturité - PI	SEXO	M	NASCIMENTO	13/06/79	IDADE	39a	COR	Pardo	RELIGIÃO	Católico
ESTADO CIVIL	Solteiro	PROFISSÃO	Agricultor	GRAU INSTRUÇÃO	Fundamental incompleto	PROCEDÊNCIA	Baturité - PI				
RESIDÊNCIA	Av. Primônio Moreira Gomes			BAIRRO	Leste	FONE	9573551				
FILIAÇÃO	Francisco Firmino Alves Maria Lilda da Silva										
NOME DO CONJUGE											
PESSOA A NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA											
RESIDÊNCIA				BAIRRO		FONE					
ESPOSAVEL						PARENTESCO					
RESIDÊNCIA				BAIRRO		FONE					
DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO 16. 3007 159 028-0 SSP/PI el											
DATA DA INTERNAÇÃO	29/11/18	DATA DA SAÍDA	09/12/18	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE						
ALTA				ÓBITO							
CONDIÇÕES	TIPO			<input type="checkbox"/> 0 INEXISTÊNCIA DE DADOS <input type="checkbox"/> 1 ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> 2 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs <input type="checkbox"/> 3 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E AÍE 72 hs <input type="checkbox"/> 4 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM 72 hs E NA 1 ^a SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 5 ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 6 ÓBITO POR ANESTESIA							
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				CÓDIGO							
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIOS				CÓDIGO							
OPERAÇÃO				CÓDIGO							
ÓBITO	<input type="checkbox"/> ANTES DE 24hs	<input type="checkbox"/> DEPOIS DE 24hs	AUTÓPSIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO						
OBSERVAÇÕES											
											
SAME - FUNCIONÁRIO						MÉDICO ASSISTENTE - CRM					



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso)

Nome do Paciente:

Fco. Fabiano da Silva Alves

Diagnóstico:

Operação:

Nº DA.GIH

CIRURGIA

ANESTESIA

- 1 - Peq. 4 - Simu
2 - Média 5 - Mult.
6 - Grande 6 - Especial
7 - Princ. e Secundária

<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Outros	
Início		Término	
Hora	Min	Hora	Min

REG.

CÓDIGO CID

Conversão Categoria Detalhes



Código SSM

Início Término Duração

12/12/13:00

Duração

08/12/18

Dia útil

- Sim
 Não

Em minutos c/ acrésc. para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis (preencher).

Anestesia

Minutos total Minutos c/ acréscimo

TIPO	Q	V.U	V.T	TIPO	Q	V.U	V.T
61 MATERIAL DE SALA	65 MEDICAMENTO DE SALA						
Liners procedimetros 7-1	02			Neocaina 0,5% s/p 20 ml	01	FR	
Liners 7-5	01			I, docina 2% c/ ad. 20 ml	01	FR	
agulha 24x12	02			8F 0,9%			2000 ml
" 25x7	02			Katalan 5%			01 ml
Brancos	01			Propofol 1% 20 ml	01	ml	
Extensor	01			Fentanil			01 ml
atocet	01						
Malha espuma	03						
Scirpex 10ml	02						
Lâmina 10/100 mm n. 21	01						
Liners procedimetros 8-0	02						
Atadine gessada	03						
Vicril 1-0	01						
nylon 4-0	01						

74 Oxigênio

Assinatura da Enfermeira

Inicio Horas Térn. Horas Total de Horas

Assinatura Cirurgião

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO

- OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
 - 2) Curativo + antissepsio + tampon estéril
 - 3) Acervo de Kocher ao nível do cotovelo E + direção por planos
 - 4) Localização do local da fratura com reescrita do cubito do rádio e regularização da diáfise
 - 5) Curvagem com SF 0,9%.
 - 6) Teste de flexo-extensão e pronossupinação ok.
 - 7) Sutura por planos
 - 8) Curativo
 - 9) Fala gerada

JU15R.

DATA

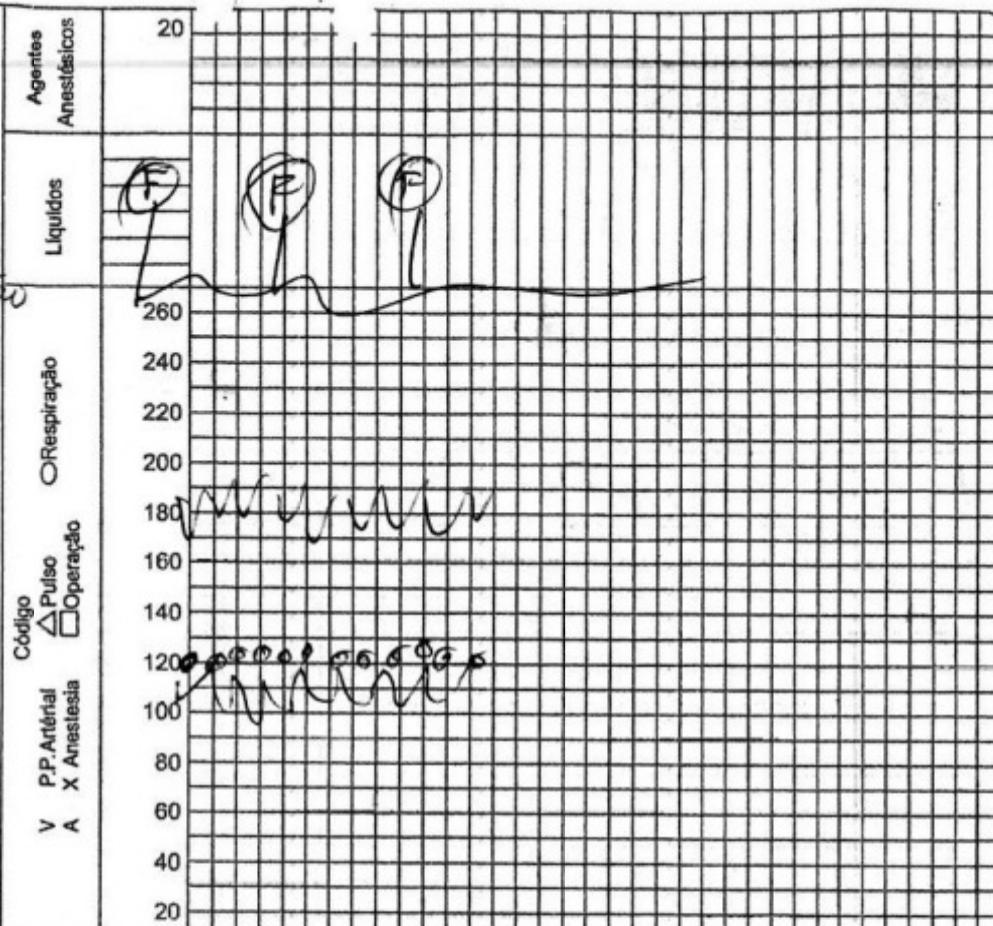
Cirurgião - Ass. e Carimbo

G Dr. Galle und Sohn, Görlitz
K. 1866
Galerie 1597

1º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo



Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

- ① Autisse p812.
② Lidocaina 200 mg + Neosens.
0.5% 100 mg - Inj. $\frac{1}{2}$ " BPR
pi tec. Nino. Tolerancia clinica
③ Propofol 80 mg ev
④ Ketamine 50 mg ev



SECRETARIA DE SAÚDE - PSF

RECEITUÁRIO

Francisco Figueira da Silva
Lanc Média

Paciente vítima de acidente
motociclistico resultando em fratura de
cabeca do lado E/S. Foi realizado
remoção de cabeca do colo. Segue em
acompanhamento ambulatorial

2

22/12/18

Eduardo B. Oliveira
Crescendo e Família
CRMJ 27687

FICHA DE AVALIAÇÃO

FISIOTERAPIA

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Fabrino da Silva Alves

Nascimento: 13/06/1979 Sexo: M

Endereço: Centro

Profissão: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

No mês de novembro, o paciente que é motociclista, sofreu um acidente, vinha com fratura da clavícula do rádio. No inicio, o tratamento foi conservador com tala gessada por 12 dias EXAME FÍSICO sendo depois disso, realizada a cirurgia com retirada da clavícula do rádio.

- dor à palpocão do esterno E
- bloqueio p/ extensão " E 160°
- " p/ flexão " E 120°
- " p/ pronosupinção " E

EXAMES COMPLEMENTARES

RX: fratura cominutiva da clavícula do rádio

DIAGNÓSTICO

fratura do rádio E;

PLANO DE TRATAMENTO

cic + IUV + tens + cinesio

Hobenwitz: acerto 9584

FISIOTERAPEUTA

9/1/18



SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

François Fabrice de Belin

Schrift

Fibrofemur poster - 2 mm

20/12/18

Diapontia *luteola*

**SECRETARIA DA SAÚDE
RECEITUÁRIO**



UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL

Franck F. da Silva

Selvato

Finoterapia motor ————— Dr. xxm

Fratura da cintura do rádio

06/03/15

Eduardo B. Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 2168

RUA GETÚLIO VARGAS Nº 138 / CEP: 62.750-000
CENTRO / ARACOIABA-CE Fone: 3337-5517



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
Rua Getúlio Vargas, 139 - Aracoiaba-CE

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

ATESTADO MÉDICO

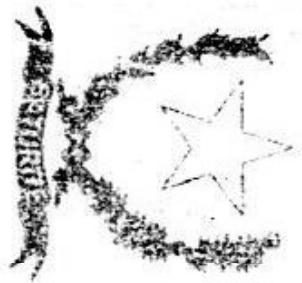
ATESTO que Fábio Fabiano da
Silva Portador(a) da Carteira Profissional
Nº _____ Série _____, necessita de 20
Vinte dias de afastamento de
suas atividades, a partir desta data, por motivo de
doença previstas no CID sob a referência _____

09/12/18

Local e Data

Eduardo B. Oliveira
Otorrinolaringologista
CRN: 21687

Assinatura do Médico - CRM N.º



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BATURITÉ
Secretaria Municipal da Saúde
NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF



centro

39a

NOME: *José Fabiano da Silva Júnior*

DIAGNÓSTICO:

maioria râdio e

1-09.01.19	6-14.02.19	11-28.03.19	16-
2-09.01.19	7-15.02.19	12-04.04.19	17-
3-09.01.19	8-28.02.19	13-	18-
4-09.01.19	9-14.03.19	14-	19-
5-09.01.19	10-20.03.19	15-	20-

TTO:

end + TV + Apns + cinema

CARTÃO SUS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190519981 **Cidade:** Baturité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FABIANO DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.6)

ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25