

# 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 SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua RAMONDO FERREIRA GOMES, nº 129, bairro CENTRO, Município de BATURITÉ, Estado de(o) CEARÁ, Cep.: 62.760-000, portador(a) do Rg nº 2007159228-0, SSP/CE e CPF nº 006.833.333-13.

**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 006.833.333-13

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

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 24/11/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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](http://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

JANAINA ROBERTO NUNES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

**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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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: 006 833 333 13 Nome completo da vítima: 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 CPF: 006 833 333 13  
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Raimundo Moreira Gomes Número: 119 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Saturité Estado: Paraíba CEP: 62760-000  
E-mail: munisadvocacia@gmail.com Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0334 4 CONTA: 25.217 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Indenização  
insuficiente  
ou inexistente  
devido a  
ausência de  
prova documental

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Fabiano da Silva Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | 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.





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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)**

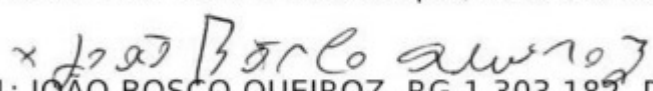
Nome: **FRANCISCO FABIANO DA SILVA ALVES**  
Nascimento: **13/06/1979** CPF: **006.833.333-13**  
RG: **2007159028-0** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA NILDA DA SILVA**  
**FRANCISCO FIRMINO ALVES**  
Endereço: **RUA EDUARDO SIMÃO NOGUEIRA , 119**  
Bairro: **CENTRO**  
Município: **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 Aracoiaba, devido em Baturité, não dispor da estrutura para tanto; Que 'já no hospital de Aracoiaba 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

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE BATURITE

Impresso nº 2019579519



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 425 - 1801 / 2019**

Testemunha 02: *Jose Mauricio Gomes*  
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 Alis*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*Anna Cristhina Marcatti Leoncio*  
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



## Unidade Municipal de Pronto Atendimento

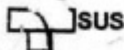
[illegible]



## Unidade Municipal de Pronto Atendimento

Nº                     

[illegible]



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



[illegible]



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

Nome do Paciente:

Nome do Paciente: Fco. Fabrício da Silva Alves

**Diagnóstico:**

**Operação:**

Nº DA GIH			CIRURGIA			ANESTESIA					
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>			1 - Pequ. 2 - Média 6 - Grande 7 - Princ. e Secundária		4 - Simu 5 - Mult. 6 - Especial		<div></div>		<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Outros		
REG.					Início				Término		
							Hora		Min	Hora	Min
CÓDIGO CID			Início		Término		Duração		Em minutos c/acrêsc. para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis (preencher).		
Conversão	Categoria	Detalhes	12h		13:08						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Dia		Mês	Ano	Dia útil		Anestesia		
Código SSM			08		12	18	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
									Minutos total		Minutos c/acrêscimo

[illegible]



## RESUMO DO ATO CIRÚRGICO

## - OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA

Agentes  
Anestésicos

20

Líquidos

Respiração

Código  
Pulso  
OperaçãoP.P. Arterial  
X Anestesia  
V A

260

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
  - 2) Antissepsia + antissepsia + campos estéril
  - 3) Acesso de Kocher ao nível do cotovelo E + direção por planos
  - 4) Localização do local da fratura com orientação da cabeça do rádio e regularização da diáfise
  - 5) Lavagem com SF0,9%
  - 6) Teste de flexo-extensão e pronosupinação ok.
  - 7) Sutura por planos
  - 8) Curativo
  - 9) Tala gessada
- JULSR.

Dr. Guilherme Augusto de Almeida  
CRM-SP 15991

## DATA

Cirurgião - Ass. e Carimbo

Dr. Guilherme Augusto de Almeida  
CRM-SP 15991

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) Antissepsia.
- 2) Lidocaina 200 mg + Neopreno 0,5% 100 mg - Injeção na BPRB p. Tec. Winnie Interescalar
- 3) Propofol 50mg EV
- 4) Ketarol 50mg EV

Data

Dr. Josei Alqueire  
CRM-SP 4492



LIMA CIDADE DE TODOS  
**ARACUAIÁ**  
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE - PSF

RECEITUÁRIO

Francisco Fabiano da Silva

Lamb Médica

Paciente vítima de acidente  
motorístico resultado em fratura da  
cabeça do rádio ESQ. Foi realizado  
alinhamento da cabeça do rádio. Segue em  
acompanhamento ambulatorial

2

22/12/18

Eduardo B. Oliveira  
Cirurgião de Traumatologia  
CRM 21687

# FICHA DE AVALIAÇÃO

## FISIOTERAPIA

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Fabiano da Silva Alves

Nascimento: 13/06/1979 Sexo: M

Endereço: Centro

Profissão: \_\_\_\_\_

### QUEIXA PRINCIPAL:

No mês de novembro, o paciente que é motorista, sofreu um acidente, vindo a fratura da cabeça do rádio. No início, o tratamento foi conservador com tala gessada por 12 dias sendo depois disso, realizada a cirurgia com retirada da cabeça do rádio.

### EXAME FÍSICO

- dor à palpação do estovado E
- bloqueio p/ extensão " E 160°
- " p/ flexão " E 120°
- " p/ pronosupinação " E

### EXAMES COMPLEMENTARES

RX: fratura cominutiva da cabeça do rádio

DIAGNÓSTICO

fratura do crânio E;

PLANO DE TRATAMENTO

cur + IU + tps + cinerid

folcunilay: CREPIDO 9584

FISIOTERAPEUTA

9/1/18



UMA CIDADE DE TODOS  
**ARACUÁIA**  
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE - PSF  
RECEITUÁRIO

FRANCISCO FABRISIO DE SALES

SOLICITA

Fibrógeno por rotina \_\_\_\_\_ 2 por

22/12/18

Assinatura do Médico  
Assinatura do Farmacêutico  
Assinatura do Enfermeiro

SECRETARIA DA SAÚDE  
**RECEITUÁRIO**



Francine F. de S. L.

Sebruso

Fimotempic motor ————— 2x

Fratura da caixa do pé

06/04/15

Eduardo B. Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 21687





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

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

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que Fernando Fabiano da Silva  
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

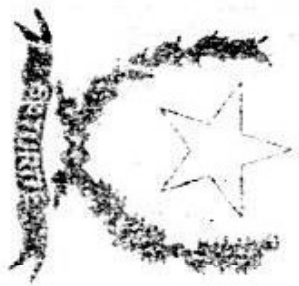
doença previstas no CID sob a referência \_\_\_\_\_

09/12/18

Local e Data

Eduardo B. Oliveira  
Ortopedista Traumatologia  
CRM. 21687

Assinatura do Médico - CRM N.º



# PREFEITURA MUNICIPAL

## DE BATURITÉ

Secretaria Municipal da Saúde

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF



SUS  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

39a

centro

NOME:	João Sabiano da Silva Alves			
DIAGNÓSTICO:	prolúria nódulo e			
1- 09.01.19	6- 14/02/19	11- 28.03.19	16-	
2- 22.01.19	7- 21/02/19	12- 04.04.19	17	
3- 28.01.19	8- 28/02/19	13-	18-	
4- 31.01.19	9- 14.03.19	14-	19-	
5- 29/02/19	10- 01.03.19	15-	20-	
TTO:	cnd + tv + pnd + aimento			
CARTÃO SUS:				

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - CE N° 014058030131  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO  
EDNA 01 1165834259 0000000000 2018

NOME  
JOSE WILSON CORDEIRO DE SALES

BATURITE/CE

CPF/CNPJ PLACA  
04084993387 FOJ9728

PLACA ANT/UF CHASSI  
\*\*\*\*\*/CE 9C2KD1000JR011457

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD

HONDA/NXR 160 BROS 2018 2018

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

29/0CV/162CC PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS

I P V A  
\*\*\*\*\*  
FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
00/00/0000

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL DATA  
BATURITE 20/09/2018

Assinatura do Emissor

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESOAIS  
TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

CE N° 014058030131 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

04084993387 FOJ9728

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

014058030131 31619952758

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 20/09/2018

VIA CPF/CNPJ PLACA  
01 04084993387 FOJ9728

RENAVAM MARCA / MODELO  
1165834259 HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB CAT. TARIF. Nº CHASSI  
2018 09 9C2KD1000JR011457

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO  
LOTE/DOSSIER DO SEGURO DPVAT  
MOTOR: KD10E0011478  
CNPJ 09.249.608/0001-04

062-2017

# 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