

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, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190629766

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DA ROCHA

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



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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190629766

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

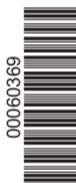
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190629766 **Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA**

Data do Acidente: 07/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DA ROCHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 000000008531-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190629766

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **045.237.683-15** 4 - Nome completo da vítima: **Jose Francisco da Rocha**

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

5 - Nome completo: **Jose Francisco da Rocha** 6 - CPF: **045.237.683-15**
 7 - Profissão: **Aposentado** 8 - Endereço: **Santo Isidro** 9 - Número: **51** 10 - Complemento: **casa**
 11 - Bairro: **Distrito de São Miguel** 12 - Cidade: **Quiçamobim** 13 - Estado: **Maracá** 14 - CEP: **66.800-000**
 15 - E-mail: **Não Possue** 16 - Tel.(DDD): **(081) 9.9849.2551**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2843 CONTA: 00008531 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vaincas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____

40 - Local e Data, **Quixeramobim/CE - 17/09/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Jose Francisco da Rocha**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

QUIXERAMOBIM
CEARÁ
2019

558943

DSL-0393247/19
3190629766

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 2944 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 17/09/2019 10:06:23

Data / Hora da Ocorrência: 07/06/2019 08:30:00

Endereço da Ocorrência: QUIXERAMOBIM/CE

Ponto de Referência:

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: (88) 3441-0302

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Nascimento: 05/01/1945 CPF:

CNH: 04150613472 Orgão Emissor:

UF:

Filiação: BELARMINA ROCHA LIMA

FRANCISCO LAURIANO ROCHA

Endereço: SITIO SANTA ISABEL

Bairro: DISTRITO DE SÃO MIGUEL

Município: QUIXERAMOBIM/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: ORZ7643 Uf: CE Município: QUIXERAMOBIM Chassi:

9C2KC1670DR511271 Renavam: 549498451 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano

Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA/ALCOOL

Cor: VERMELHA Proprietário: JOSE FRANCISCO DA ROCHA Situação:

NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Relata a vítima que possui CNH de nº04150613472, que sua carteira de habilitação está vencida desde a data 31/07/2018; QUE na data citada estava se deslocando para a localidade de Santa Isabel na motocicleta de PLACA ORZ-7643 quando derrapou em uma pedra solta e o mesmo caiu ao solo; QUE por conta da queda o mesmo ficou sentindo dores no pé direito; QUE a vítima foi socorrido para Hospital Dr Pontes Neto pela pessoa de nome FRANCISCO EDNO DA ROCHA; QUE o mesmo foi atendido pelo medico DR MARCELO NUNES DE MORAES CREMEC 19364 como consta na ficha de atendimento nº69; QUE no referido hospital a vítima fez exame de RAI-O-X onde foi constatado que tinha sido quebrado a tibia do pé direito; QUE foi feito cirurgia e passou dois dias internado; QUE a vítima tem como testemunhas as pessoas de nome JOSE NACELIO REGO DE LIMA, RG Nº1892467-89, CPF Nº 693.481.973-04 e ALEXANDRE DE VASCONCELOS MARTINS RG Nº 99098112227, CPF 9891.391.783-15; QUE as declarações narradas neste Boletim de Ocorrência são de responsabilidade do declarante.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

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: (88) 3441-0302



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
Impresso nº 2019654516



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 2944 / 2019

CARLOS CESAR DE OLIVEIRA PINHEIRO FILHO - MAT.: 30118812

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: José Francisco da Roda

VISTO DO DELEGADO(A) :

THIAGO TEIXEIRA SALGADO - MAT.: 30120116

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: (88) 3411-4302

Alexandre de Vasconcelos Martins ...
José Nacélis Rigo de Lima

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **045.237.683-15** 4 - Nome completo da vítima: **Jose Francisco da Rocha**

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

5 - Nome completo: **Jose Francisco da Rocha** 6 - CPF: **045.237.683-15**
 7 - Profissão: **Aposentado** 8 - Endereço: **Santo Isidro** 9 - Número: **51** 10 - Complemento: **casa**
 11 - Bairro: **Distrto de São Miguel** 12 - Cidade: **Quiçamobim** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **66.800-000**
 15 - E-mail: **Não Possue** 16 - Tel.(DDD): **(081) 9.9849.2551**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2843 CONTA: 00008531 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vaincas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> 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.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____

40 - Local e Data, **Quiçamobim/04 - 17/09/2019**

Jose Francisco da Rocha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 00000008531-7

Nr. da Autenticação E27B3F08730487FD

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 018243607

Rota Q8016U03 - 139000 Referência 09/2019
Nome PAULO JOSE ALVES DE MORAIS
Endereço RU JOSE CAMPOS TORQUATO, 00000 - BX 05,
Classificação BODÓVIARIA, 63800-000, QUIXERAMOBIM
Modalidade Comercial Emissão 23/09/2019
Ligaçao Monofásico Medidor 5760843-ELE-626
ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

H54-118971400715840604726838
DATAS DE LEITURA
Anterior Atual P.F.: 28/09/2019 Prox. prevista
24/08/2019 23/09/2019 29/10/2019



DADOS DA MEDICAO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incr. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	855	828	1.08	27	80	30	0,77167	23,15

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	14,50
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-39,39
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05800	1,74
CUSTO DE DISPONIBILIDADE	-	23,15

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	24,89	27,00	6,72
PIS	24,89	0,81	0,19
COFINS	24,89	3,69	0,91

30/09/2019	0,00
CONSUMO CONSCIENTE	
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)
026.643.123-66	Consciência Ecológica (kCO ₂)
10,54	0,00

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 25/08 - 23/09

Nº do Cliente: Referência:
Data de Emissão: 9125933 Total a Pagar (R\$): 09/2019 V: [1.0.0.5]
Nº da Nota Fiscal: 23/09/2019 Nº de Controle: 0,00 12714274
018243607 200026056233

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao
mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este
valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer
incidência de multas ou encargos.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo José Alves de Moraes

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 020-643.123-166, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Francisco da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.237.683-15,

do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Jose Francisco da Rocha

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.237.683-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Jose Campos Tonqueto</u>	Número:	<u>SIN</u>
Bairro:	<u>Kodomaria</u>	Cidade:	<u>Quixaramobim</u>
E-mail:	<u>Recurso informar</u>	Estado:	<u>CEP:</u> <u>63.800-000</u>

Local e Data: Quixaramobim/CE - 06/11/2019



Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

Classificação de risco

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL
(ATEND. OBSTÉTRICO)

DATA: 07/06/2019

HORÁRIO: 09:33

ATENDIMENTO N°: 69

DADOS DO PACIENTE:

NOME CIVIL: João Francisco Renato Rocha

NOME SOCIAL:

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 05/01/45 IDADE: 74 ESTADO CIVIL: Casado

MÃE: Belarminina Rocha Fáime

SUS:

NATURALIDADE: Bellini PROFISSÃO: Aposentado

ENDEREÇO: Stº Isidro BAIRRO: Stº Chiguel

CIDAD: Belo Jm ESTADO: CE TELEFONE:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

p Francisca Renata Rocha

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: _____ X mmhg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

DEMANDA:

ENCAMINHAMENTO DO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM:

- CONSULTA MÉDICA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
 EIXOVERMELHO CONSULTA OBSTÉTRICA

ENFERMEIRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE



FICHA
DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE:(88) 3441.1351- FAX(88) 3441.4009- e-mail:hosp.regionai@hotmail.com
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: João Francisco da Rocha Nº REG: 50.970
 DATA NASCIMENTO: 05/01/1945 IDADE: 74 COR: Pauda SEXO: F() M()
 EST. CIVIL: Casado NATURALIDADE: Aluízio Lamas NACIONALIDADE: Brasiliano
 CNS: 302.9095.3975.4472 DOCUMENTAÇÃO 26.898.493.SPSR ce 180876
 PROFISSÃO: Apresentador TELEFONE: ()
 ENDERECO: Santo Amaro Nº _____
 BAIRRO: Sao Miguel CIDADE: Quixadá UF: CE
 PAI: Francisco Lourenço Rocha DATA SAÍDA: 24/08/19 HORA: 08:30
 MÃE: Beladonna Rocha Viana TELEFONE: (88) 977370098
 RESPONSÁVEL: Francisco Lima Rocha CÓDIGO: 5408050500 / 6408060360
 JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: Não CID PRINCIPAL: 5832 CID SECUNDÁRIO: 2470
 MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM NÃO

PROCEDIMENTO REALIZADO: 408060360
 PROF. EXECUTANTE: Dr. Edilson
 CBO: 225170 CNES: 2328380
 PROF. EXECUTANTE: Dr. Carlos
 CBO: 225154 CNES: 2328380
 REVISÃO SISAIHOL MÊS: _____
 HEMOCO

SUMÁRIO DE HDA: Paciente em pós operatório de
patina se tiver infil traumática

EXAME FÍSICO:

Om + esmc

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO:

Po fe tibial distal fratura

R. Roberto Leiteira
Assinatura e Carimbo
QMF 15/07/2019 16:00

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO MELHORADO EVASÃO
 A PEDIDO TRANSFERÊNCIA ÓBITO

UNISUS WEB

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 41360024055

DATA INTERNAÇÃO: 28/08/2019

DATA ALTA: / /

NUMERO DA AIH: 23.10.066423.30
 CPF SOLICITANTE: 013 804 073-21

CADASTRO DA AIH:

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

PACIENTE: <u>José Fco. de Souza Lins</u>		ENFLEITO: <u>56</u>																									
NOME DA MÃE: <u>Bethângela Koch</u>		DATA: <u>23/08/19</u>																									
IDADE: <u>44</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>03/01/15</u>	TIPO DE PROCEDIMENTO: <u>Res. Fix. e Extensor</u>																									
CIRURGIAO: <u>Dra. Rosalba</u>		ANESTESISTA: <u>Dra. Paques</u>	ENFERMEIRO (A): <u>Lucas N.</u>																								
1 UNIDADE DE LEITO DE ORIGEM: (ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA)		2 TEMPO DE PREPARO: (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA)	3 INTRAOPERATÓRIO: (NA SALA DE CIRURGIA)																								
CONFIRMADO:		MEMBROS DA EQUIPE APRESENTADOS PELO NOME E FUNÇÃO:																									
IDENTIDADE DE PACIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO, DEMARCADO OU CONFIRMADO: <input checked="" type="checkbox"/>		CIRURGIAO ANESTESIOLOGISTA ENFERMAGEM																									
TRICOTOMIA: <input checked="" type="checkbox"/> HORA: _____ REALIZADA EM DOMÍCILIO: <input checked="" type="checkbox"/>		CONFIRMAM VERBALMENTE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, SÍTIO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTO.																									
CENTRO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/>		HORÁRIOS E REVISÃO DE MATERIAIS:																									
VERIFICAÇÃO DE CONDUTAS E NECESSIDADES PARA O PACIENTE: QUAL: _____		HORA DA INCISÃO CIRÚRGICA: <u>16:40</u> HORA DO TÉRMINO DO ATO CIRÚRGICO: <u>17:10</u> CONTAGEM E REVISÃO DOS MATERIAIS E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS: <input checked="" type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DE MATERIAL SINTÉTICO: <input checked="" type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA PATOLÓGICA: <input checked="" type="checkbox"/>																									
ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO: <input checked="" type="checkbox"/> CALIBRE DO ACESSO: <u>22</u>		EVENTOS/CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:																									
PROFISSIONAL: <u>A. nro 22, a</u>		OBSERVAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS:																									
SOLICITAÇÃO DE RESERVA/TIPAGEM SANGUÍNEA: <input checked="" type="checkbox"/>		ENFERMAGEM: <u>Deu; não correção.</u>																									
RETIRADA DE PRÓTESES E MATERIAL DE ADORNO: <input checked="" type="checkbox"/>		MATERIAL E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS:																									
VERIFICAÇÃO DE EXAMES NO PRONTUÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INSTRUMENTOS</th> <th>Nº EM FASE</th> <th>COMPRESSAS</th> <th>Nº EM FASE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GAZES</td> <td>Nº EM FASE</td> <td>AGULHAS</td> <td>Nº EM FASE</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>C3</td> <td>Final</td> <td>C0</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>C0</td> <td>Final</td> <td>C0</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>C0</td> <td>Final</td> <td>C0</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>C0</td> <td>Final</td> <td>C0</td> </tr> </tbody> </table>		INSTRUMENTOS	Nº EM FASE	COMPRESSAS	Nº EM FASE	GAZES	Nº EM FASE	AGULHAS	Nº EM FASE	Final	C3	Final	C0												
INSTRUMENTOS	Nº EM FASE	COMPRESSAS	Nº EM FASE																								
GAZES	Nº EM FASE	AGULHAS	Nº EM FASE																								
Final	C3	Final	C0																								
Final	C0	Final	C0																								
Final	C0	Final	C0																								
Final	C0	Final	C0																								
CLÍNICA CIRÚRGICA E ENTRADA NO CC.: ASSINATURA E CARIMBO: <u>Adelai</u>		TEMPO DE PREPARO (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA): ASSINATURA E CARIMBO: <u>Adelai</u>																									
		TRANSOPERAÇÃO (SALA OPERATÓRIA): ASSINATURA E CARIMBO: <u>Adelai</u>																									



FOLHA DE OPERAÇÃO

		Nº REG.:
DATA OPERAÇÃO	ENF.	LEITO
OPERADOR	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA	TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	PO Fixador externo em tibia fixada retirada de fixador externo	
TIPO DE OPERAÇÃO	9 mm	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCemas		
Paciente em POU sob anestesi Aneprin + Atropine + Cmpr. retirada de fixador externo tibial em traçado fixado sem anestesia se mobilite de foco de infecção certos Tela Brta à RPA		
 Dr. Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 TEOT 14030		



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
Fone: (88)3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hosp.regional@hotmail.com
Quixeramobim-Ce



RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: José Francisco de Freitas

Operação: Retirada de Fixador Externo

Anestesia: Propofol

Pré-Anestésicos:

///

Anestésicos: Neostigmine 0,5 mg - et alcurp.
Eptal 1 mg
SF 0,8% 1000 ml

///

Duração da Anestesia: 35'

Início: 16:40h

Término: 17:15h

///

23/08/19

Carlos Roberto Mota Almeida

CRM / CARIMBO

CRM / ASSINATURA / CARIMBO

PACIENTE: *João Gherardo da Cunha* | UNIDADE: CC | LETO: 06 | PRONTO-ARQUIVO: DATA: 23/08/19 | DIN: 065,1925

00.970

CONTROLE HEMODINÂMICO		SCORE DE ALERTA PRECOCE			
PARAMETROS		PARÂMETROS			
SATURAÇÃO	HORA: 48	HORA: 24h	HORA:	HORA:	HORA:
PRESSÃO ARTERIAL	CH: 130/80	CH: 140/80	HORA:	HORA:	HORA:
ESCALA DE DOR	0	0	HORA:	HORA:	HORA:
Glicemia	100	100	HORA:	HORA:	HORA:
EVACUAÇÕES	P	P	HORA:	HORA:	HORA:
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0	12-20	HORA: 48	HORA: 24h	HORA:
1	9-11	0	HORA: 0	HORA: 0	HORA:
2	21-24				
3	<8 ou >25				
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0	100 - 170	HORA: 130	HORA: 0	HORA: 140
1	90 - 99	171 - 199	0	0	80
2					
3	<80 ou >200				
FREQUÊNCIA CARDÍACA /PULSO	0	52-89	HORA: 86	HORA: 40	HORA: 80
1	41 - 51				
2	90 - 110				
3	111-130				
4	<40 ou >131				
TEMPERATURA	0	36 - 37,7	HORA: 36	HORA: 36	HORA: 36
1	35,1 - 35,9				
2	37,8 - 38,9				
3	<35 ou >39				
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	0	A	HORA: 0	HORA: 0	HORA: 0
1	V				
2	D				
3	SR				
SOMA TOTAL DE ESCORES →		ASSINATURA USUÁRIO DO TEC DO ENFERMEIRO →		ASSINATURA USUÁRIO DO MÉDICO →	
ESCORE ZERO: AVALAR DE 6/6 HORAS - SEM AÇÃO NAMENTO // ESCORE 1: AÇÃO NAR ENFERMEIRO - AVALAR DE 6/6 HORAS // ESCORE 2: AÇÃO NAR ENFERMEIRO OU MÉDICO - AVALAR DE 4/4 HORAS // ESCORE 3: AÇÃO NAR ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALAR DE 2/2 HORAS // ESCORE 4: AÇÃO NAR MÉDICO - AVALAR DE 1/1.		<i>Wilhemina</i>		<i>Natalia</i>	
A - Alerta. Olhos abertos, não necessariamente orientado // V - Responde a estímulo verbal com a voz ou com algum movimento // SR - Sem resposta. Não emite som e não faz movimento.					
Escala da Doc [®]					



Prefeitura Municipal de Quixeramobim
Hospital Regional Dr. Pontes Neto
Fone: 3441.4009 / Email: hospitalpontesneto@hotmail.com
QUIXERAMOBIM-CE

Prescrição Médica		APRIMAMENTO	
NOME:	Jair Cincos	RG:	55 - 079
Enferm.	Lólio	Idade:	74
		Clinical:	Médica () Cirúrgica (X) Obstétrica ()
		Diagnóstico:	Sintomas: Dolor abdominal
		Data Admissão:	23/05/15
		Data:	23/05/15
1	DIETA	<i>Zerado</i>	<i>Alimentação</i>
2	DIPIRONA 2ML + 18ML AD EV 6/6H S/N	<i>xx</i>	<i>xx</i>
3	CETOPROFENO 100MG + 100 ML SF 0,9% EV 12/12 S/N	<i>xx</i>	<i>xx</i>
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	<i>xx</i>	<i>xx</i>
5	SSV+CCGG	<i>xx</i>	<i>xx</i>
6	<i>2f 0,9% 1000 ml</i>	<i>xx</i>	<i>xx</i>
7	<i>Após exame de trauma</i>	<i>xx</i>	<i>xx</i>
8	<i>Ranitidina 150mg TEOT 16000</i>	<i>xx</i>	<i>xx</i>
9		<i>xx</i>	<i>xx</i>
10		<i>xx</i>	<i>xx</i>
11		<i>xx</i>	<i>xx</i>
12		<i>xx</i>	<i>xx</i>
13		<i>xx</i>	<i>xx</i>
14		<i>xx</i>	<i>xx</i>
15		<i>xx</i>	<i>xx</i>
16		<i>xx</i>	<i>xx</i>
17		<i>xx</i>	<i>xx</i>
18		<i>xx</i>	<i>xx</i>
19		<i>xx</i>	<i>xx</i>
20		<i>xx</i>	<i>xx</i>
21		<i>xx</i>	<i>xx</i>
22		<i>xx</i>	<i>xx</i>
23		<i>xx</i>	<i>xx</i>
24		<i>xx</i>	<i>xx</i>
25		<i>xx</i>	<i>xx</i>

ESQUEMA DE INSULINA:

OBS: FAZER METADE DA DOSE À NOITE
9 - 200 U 1200 U 1200 U 250 U 400 U 300 U 600 U 350 U 800 U 1800 U 350 U 400 U 1600 U 1400 U 1200 U

RESULTADO DX:

APRAZAMENTO:

DOSAGEM ADMINISTRADA:



Prefeitura Municipal de Quixeramobim
Hospital Regional Dr. Pontes Neto
Fone: 3441-4009 / Email: hospital.pontesneto@hotmail.com.br

41.4009 / Email: hospitalpontodesoto@hotmail.com



Dr. Pontes Neto

Médico	CONTROLE HEMODINÂMICO	SCORE DE ALERTA PRECOCE	UNIDADE:	LEITO:	PRONTUÁRIO:	DATA:
PACIENTE:	<i>José Fiu de Rocha</i>					94108
PARÂMETROS	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	DN:
SATURAÇÃO	06	12:00				1 / 1
PRESSÃO ARTERIAL	120/80					
ESCALA DE DOR						
GLICEMIA						
EVACUAÇÕES						
PARÂMETROS	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0	17-20				
	1	9-11				
	2	21-24				
	3	<8 ou >25				
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓMICA	0	100 - 170				
	1	90 - 99				
	2	171 - 199				
	3	<89 ou >200				
FREQUÊNCIA CARDÍACA	0	57-89				
/PULSO	1	41-51				
	2	90-110				
	3	111-130				
	3	<40 ou >131				
TEMPERATURA	0	36 - 37,7				
	1	35,1 - 35,9				
	2	37,8 - 38,9				
	3	<35 ou >39				
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	0	A				
	1	V				
	2	D				
	3	SR				
SOMA TOTAL DE ESCORES →						
ASSINATURA LEGÍVEL DO TÉCNICO ENFERMEIRO →						
ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO →						
ASSINATURA LEGÍVEL DO MÉDICO →						

ESCORE ZERO: AVALAR DE 6/6 HORAS // SEM AÇÃO NAMENTO // ESCORE 1: AVALAR DE 6/6 HORAS // ESCORE 2: AÇÃO NAR ENFERMEIRO OU MÉDICO - AVALAR DE 4/4 HORAS // ESCORE 3: AÇÃO NAR ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALAR DE 2/2 HORAS // ESCORE 4: AÇÃO NAR MÉDICO - AVALAR DE 1/1.

A - Alerta. Olhos abertos, não necessariamente orientado // V - Responde a estímulo verbal com a voz ou com algum movimento // SR - Sem resposta. Não responde a dor, com dor com voz ou com algum movimento // D - Responde a dor, com dor com voz ou com alguma voz.



EFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 23/08/19. Horário: _____ Nº D.
1 - IDENTIFICAÇÃO
Nome: Vicente Francisco da Rosa.
Estado Civil: Casado Sexo: Mas Idade: 960.
Data de Nascimento: 05/01/43 Tel: _____
SUS: 7029005327521492.
Naturalidade: Brasil
Profissão: Servidor Bairro: _____
Residência: Santo André
2 - Diagnóstico: Póneumonia le furte de
tabir hifal
3 - Procedimento: isturgia nos rms

Jr. Koudijo Leitão
Ortopedia e Traumatologia
M.º 027160710030

ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Nome: Jair Francisco da Rocha Idade: 74 m
RG: 55.970 Leito: 56 D.N: 05.04.65.
Diagnóstico: Fratura operatória de fíbia distal (D)

Data/Hora	Evolução	Assinatura
23/08/19	Pós frx fíbia distal (D) CD: irá para revisão se fix-frx.	 Dr. Rodolfo Teixeira CRM-CE 15672 TEOT 18030
23-08-19	Jair Francisco da Rocha, com HD: com H.O. por operatório de fratura distal da tíbia (D). Conscientes, evitando verbalizar suas N.M.s. evitou em quaisquer discussões com este tema. N.h. utilizou medicamentos. DM / HAS: eliminadas e encaminhadas. Fazendo: enxamamento p/ ce as 00:00 hs. segue abr. Gabinete da equipe	 Bruno G. de L. Martins Enfermeiro COREN-CE: 398.570
23.08.19	Paciente, 74 anos, com HD: Pós operatório de 10:05 hs fratura de tíbia distal D. Ponto de HAS/DM. Em dieta zero até segundo andem. Eliminações fisiológicas presentes. Aguarda procedimento cirúrgico. Em tempo, paciente nega HAS e DM. Encaminhado ao E.P.G. às 15:20 hs.	 Kátia Matheus Viana COREN-CE 49711-ENF
23/08/19	S. Social: Paciente admitido com acompanhante, juntamente orientados sobre as normas e rotinas desta unidade hospitalar e direitos do Idoso.	 Kátia Matheus Viana COREN-CE 49711-ENF
23/08/19	Paciente em Pós retiro de fix-frx externo de perna (D) sem queixa CD: à RPA	 Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 TEOT 18030
23.08.19	Transoperatório: Pore suamente a revisão de fixador externo com efeito de reunião estepe. Sexo: masculino, PA: 177 x 101 mmHg, SpO2: 95%. Glic. 403-	 Alessandra Soares CRESS/CE 11.880



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Alto do Boqueirão, s/n- Fone: (88)3441-1353-3441-4009-E-mail: hrpp2017@gmail.com Quixeramobim-CE



LAUDÓ
MÉDICO PA
EMISSÃO D
AIH

Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES				
Hospital Regional da Ponta Preta					
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO				
José Francisco da Roeha					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO				
17029095139715144712	10/10/1945				
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				
Mas.: <input checked="" type="checkbox"/> Fem.: <input type="checkbox"/>	Belarmino Roeha Bimor				
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
90	Santa Isabel - São Miguel				
Nº DO TELEFONE	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				
	Quissamassim				
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF				
	PE				
16 - CEP	17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
6318101010101010	Paciente em pós operatório de fratura de tíbia distal fixada em uso de fixador externo.				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
	Recuperação de cingulo				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	Raios X.				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
Fratura tibia distal	D	582.3			
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
	DK1018106b0610				
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTOS	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
Clínica	2	() CNS (X) CPF	01138049473211		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
Roberto Teixeira	12/30/82/2019	Dr. Rodolfo Teixeira ORPÓNEA e Traumatologista CRM-SP 140710000			
PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE		
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
() CNS () CPF					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE



FICHA
DE INTERNACAO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE:(65) 3441.1333 - FAX:(65) 3441.4009 - e-mail:hsop.region@hotmail.com
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Jes. Fer. do Nohu

Nº REG: 50.970
DATA NASCIMENTO: 05/01/1945 IDADE: 74 Anos COR: Preta SEXO: F () M (x)

EST. CIVIL: casado NATURALIDADE: Luxemburgo NACIONALIDADE: Brasileira

CNS: 709707539754472 DOCUMENTAÇÃO: RG. 818, 493
PROFISSÃO: Desempregado

ENDERECO: Santo Isaque TELEFONE: (88) 998492551

BAIRRO: Tonga Praia CIDADE: Luxemburgo UF: CE
PAI: Incenso Bariano Kocho N°

MÃE: Romano Kocho Lima PROFISSÃO: Desempregado

RESPONSÁVEL: Incenso Romulo Kocho TELEFONE: ()
JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: Sim ANO: 2017 MÊS: maio

SUMÁRIO DE HDA: Paciente, 74 anos, homem com
fratura da diáfise da tibia, óbito quinze
anos.

REVISÃO SISAIH01 MÊS:
HEMOCE

EXAME FÍSICO:

CONDIÇÕES DE SAÍDA:
CURADO MELHORADO EVASÃO

A PEDIDO TRANSFERÊNCIA ÓBITO

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO:

Fr. da tibia
Fractura Benicio

Assinatura de Legarimbo
Dra. Lopes de Oliveira

01243-183-32
CPF SOLICITANTE

CADASTRO DA AIH:

DATA INTERNACAO: 09/06/17 HORA: 14:15

CLINICA: Pronto-Careter ATENDIMENTO:

DATA SAÍDA: 10/06/1919 HORA 08:00

CÓDIGO: 2408050500

CID PRINCIPAL: S822 CID SECUNDÁRIO: V299

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM NÃO

PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408050500

PROF. EXECUTANTE: Dr. Gustavo Benicio

CBO: 225270 CNES: 2328380

PROF. EXECUTANTE: Dr. Vilhabelto

CBO: 225151 CNES: 2328380

CODIGO DA SOLICITAÇÃO: 1436002825

DATA INTERNACAO: 18/06/2019

DATA ALTA: 19/06/19

NUMERO DA AIH: 2319106619643



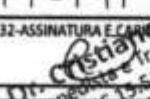
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Alto do Boqueirão, s/n- Fone: (88)3441-1353-3441-4009-E-mail: hrgn2017@gmail.com Quixeramobim-Ce



LAUDO
MÉDICO PA
EMISSÃO D
AIH

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES			
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
Nosé am d- Roch	50. 970			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO			
17101219109151319171514141712	10/5/013131945			
9 - SEXO	Mas.: <input checked="" type="checkbox"/> Fem.: <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			
Belarmino Rucha Lima	8181918149121515111			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
Santa Isabel	Alexandria	231140	CE	61318001001
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
fx de tibin				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
nisc e complicagnt				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Radiografia				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
fx de tibio				
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
ostrossintaxis	d41018b5d5dd0			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTOS	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
70	2	() CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	011275714800-13	 Cristina Binião Traumato-Ortopedista CRM-DF 13.512 - ROE 96 TELE 1600-180077
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)			
Cristina Binião				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO
() NÃO SEGURADO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				

QUIXERAMOBIM

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE
HOSPITAL REGIONAL DR. RONILSON NEVES

Nº REGISTRAÇÃO: 1611949-000000000000
Nº CÓDIGO: 1243
Nº LOTE: 051061791000

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

PACIENTE: *José Francisco da Rocha*
NOME DA MÃE: *Belarmino Rocha Dámero*

ENFERMEIRO:
DATA: *04.06.2019*

IDADE: *74* DATA DE NASCIMENTO: *05.01.1945*
CIRURGIÃO: *Dra. Cristina*

TIPO DE PROCEDIMENTO: *Blôpico de tiro.*

HORA DE ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO: *20:55*
ANESTESISTA: *Dra. Valdeberto*

ENFERMEIRO (A):
2. TEMPO DE PREPARO:
(ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA)

UNIDADE DELEITO DE ORIGEM:
(ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA)

3. INTRAOOPERATÓRIO:
(NA SALA DE CIRURGIA)
04

CONFIRMADO:
IDENTIDADE PACIENTE: PROCEDIMENTO:
SÍTIO CIRÚRGICO, DEMARCADO OU CONFIRMADO:

HORÁRIOS E REVISÃO DE MATERIAIS:
HORA DA INCISÃO CIRÚRGICA: *21:00*
HORA DO TÉRMINO DO ATO CIRÚRGICO: *22:45*

TRICOTOMIA: HORA: *—*
REALIZADA EM DOMICÍLIO:

CONTAGEM E REVISÃO DOS MATERIAIS E INSTRUMENTOS
CIRÚRGICOS:

CENTRO CIRÚRGICO:

UTILIZAÇÃO DE MATERIAL SINTÉTICO:
IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA PATOLÓGICA:

VERIFICAÇÃO DE CONDUTAS E NECESSIDADES
PARA O PACIENTE:

OBSERVAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS:
ENFERMAGEM:

PACIENTE POSSUÍ ALERGIA CONHECIDA:
QUAL: *—*

ENFERMAGEM:

ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO:
CALIBRE DO ACESSO: *14* mm
PROFISSIONAL: *—*

INSTRUMENTOS E MATERIALS E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS:

CEFAZOLINA: OUTRO: *—*

INSTRUMENTOS

Nº EM FASE

COMPRESSAS

Nº EM FASE

INSTRUMENTOS

Nº EM FASE

COMPRESSAS

Nº EM FASE

SOLICITAÇÃO DE RESERVA/TIPAGEM SANGUÍNEA:

Nome Testor: FIX LINEFIX 300 MM
Número Comercial: FIX LINEFIX 300 MM
Referência: 1.01.30/00
REG. ANVISA: 80195680001

RETIRADA DE PROTESES E MATERIAL DE ADORNO:
VERIFICAÇÃO DE EXAMES NO PRONTUÁRIO:

LOTE: OM/00045201
DATA DE FABRICAÇÃO: 12/2018
CONTENDO: 1 PRODUTO NÃO ESTERIL
ARMazenamento, manuseio e demais especificações ver instruções de uso:
Armazém: NITROCTO JOSE DE RILHA CREA: 506285497
Tempo: Teste: NITROCTO USO UNICO DESTRUIR APÓS O USO VER INSTRUÇÃO DE USO
Projeto: REPROCESSAR USO UNICO DESTRUIR APÓS O USO VER INSTRUÇÃO DE USO

CENTRO CIRÚRGICO: *—*
Nº INSCRIÇÃO: 821156 TE

TEMPO DE PREPARO (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA):
Assinatura: *—* Data: *—*

TRANSPORTADOR (SALA OPERATÓRIA):
Assinatura: *—* Data: *—*



VALIDADE: Indeterminada

PRODUTO NÃO ESTERIL

REPROCESSAR USO UNICO DESTRUIR APÓS O USO VER INSTRUÇÃO DE USO

PROJETO DEUS VER INSTRUÇÃO DE USO



FOLHA DE OPERAÇÃO

Data 09/06/19		Nº REG.:	
DATA OPERAÇÃO 09/06/19		ENF.	LEITO
OPERADOR Dr. Cristiano	1º AUXILIAR		
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA	TIPO / ANESTESIA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fractura de diáfise da tíbia			
TIPO DE OPERAÇÃO fixação externa			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA			
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCemas			
<p>(1) Anest. (2) ress. + anti-sépsis + posicionamento do Campo (3) montagem da fixação externa em formações de alto, transarticular (4) controle angiográfico (5) curativo</p>			
<p>Dr. Cristiano Bento Ortopedista e Traumatologista CRM/CE 46.612 - N° 1682 CREMEC 46.612 - N° 1682 TEOT 46.612 - N° 1682</p>			



Dr. Pontes Neto

Alto do Bouqueirão s/n Fone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-CE



Mulher CONTROLE HEMODINÂMICO - ESCORE DE ALERTA PRECOCE

UNIDADE:

LEITO: 53 PRONTUÁRIO: 50930 DATA: 09/06/19
DR: 03/01/1945

PACIENTE: José Francisco da Rocha

PARÂMETROS	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:
SATURAÇÃO	14:30	18	18	18	18	18	18	18
PRESSÃO ARTERIAL	160/100	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
ESCALA DE DOR	0	0	0	0	0	0	0	0
GLICEMIA	—	—	—	—	—	—	—	—
EVACUAÇÕES	—	—	—	—	—	—	—	—
PARÂMETROS	—	—	—	—	—	—	—	—
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0 17-20	1 9-11	2 7-14	3 < 8 ou > 25	100-170	90-99	171-199	< 89 ou > 200
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0 100-170	1 90-99	2 171-199	3 < 89 ou > 200	0 0	0 0	0 0	0 0
FREQUÊNCIA CARDÍACA	0 52-89	1 61-51	2 90-110	3 < 60 ou > 181	36-37.7	35.1-35.9	37.8-38.9	< 35 ou > 29
/PULSO	1 111-130	2 131-150	3 151-181	4 182-200	5 201-220	6 221-240	7 241-260	8 261-280
TEMPERATURA	0 36-37.7	1 35.1-35.9	2 35.8-38.9	3 < 35 ou > 29	4 37.8-38.9	5 39.0-40.9	6 41.0-42.9	7 43.0-48.1
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	0 A	1 V	2 D	3 SR	4 P	5 C	6 R	7 E
Escala da Dot [®]	—	—	—	—	—	—	—	—
SOMA TOTAL DE ESCORES →	0	0	0	0	0	0	0	0
ASSESSORIA LEGÍTIMA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM →	—	—	—	—	—	—	—	—
ASSESSORIA LEGÍTIMA DO ENFERMEIRO →	—	—	—	—	—	—	—	—
ASSESSORIA LEGÍTIMA DO MÉDICO →	—	—	—	—	—	—	—	—

ESCORE ZERO: AVAIIAR DE 6/6 HORAS - SEM AÇÃOAMENTO // ESCORE 1: ACIONAR ENFERMEIRO - AVAIIAR DE 5/6 HORAS // ESCORE 2: ACIONAR ENFERMEIRO OU MÉDICO - AVAIIAR DE 4/4 HORAS // ESCORE 3: ACIONAR ENFERMEIRO E MÉDICO - AVAIIAR DE 2/2 HORAS // ESCORE 4: ACIONAR MÉDICO - AVAIIAR DE 1/1.

A - Alerta. Olhos abertos, não necessariamente orientado // V - Responde a estimulo verbal com a voz ou com algum movimento // D - Responde a estimulo verbal com a voz ou com algum movimento // SR - Sem resposta. Não emite som e não faz movimento.



Prefeitura Municipal de Quixeramobim
Hospital Regional Dr. Pontes Neto
Fone: 3441.4009 / Email: hospitalponsoneto@hotmail.com.
QUXEQUERAMOBIM-CE

Nome:		JOSÉ FERNANDO DA RECH		
RG:		56.970	Idade:	24
Clínica:		Médica ()	Cirúrgica ()	Obstétrica ()
Diagnóstico:		FZ 06 1C		
Data Administração:		16-06-19		

1	Dist - quei	
2	disfunçõe d'ur no 30/6/61	
3	problema (comprido) 21/7/61	
4	ago ou dpo 1/7/61	
5	SSUU + CCG-G	
6	H/ta	
7		
8	Jr. Cristóvão Benício	
9	Jr. Crustívo Benício Ortopedista e Traumatologista CREMECE 13.511 - RG 9687 4601-16677	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

ESQUEMMA DE INSULINA:

OBS: FAZER METADE DA DOSE À NOITE

RÉSULTADO.DOS			
APRAZAMENTO:			
DOSAGEM ADMINISTRADA			

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Nome: José Francisco da Rocha	Idade: 74 a
RG:	Leito: 53
Diagnóstico: Fratura da Tibia	D.N: 05.01.1945

Data/Hora	Evolução	Assinatura
09.06.19	<p>Paciente vítima de acidente motociclistico há 02 horas com 110º. Fratura da Tibia D. Cunhado quebrado, reboliza. Após avaliação do Trauma, Dr. Luhano, realize internog em cl para procedimento cirúrgico.</p> <p>Em anexo nro 1, realizado dia 07/06/19. Apresenta pico hipertensivo após informado sobre cirurgia. HEPAT. Sem queixa no período. Encaminhado a cl às 19:30 h.</p> <p>Sigue aos cuidados de equipe</p>	 Henrique da Silva Patrício Enfermeira COREN-CE: 407.008
09.06.19	<p>Paciente admitido em cl vind de emergência com 110º. Fratura da Tibia. Vítima de acidente motociclistico há 2 dias. Cunhado quebrado, reboliza, em cossine de rede. Acompanhante filha, A. Lenaber, afirma que perdeu história de cuspela em 110º no mesmo local da Fratura, digo mesmo membro, com ferida ainda lesionada. Apresenta frala em 110º. Nega HAS/DVT e alergia medicamentosa. Em diete zero, aguardando procedimento cirúrgico. Sigue aos cuidados de equipe</p>	 Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804
	<p>Encaminho ao SO. às 20:30</p> <p>Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804</p>	
	<p>Retorno do SO às 22:00, PA: 110x80 mmHg refluxo dor, digo com presença de pinos em 110º. Sigue aos cuidados de equipe</p> <p>Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804</p>	



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Relatório de Alta

Nome:

José Fco da Rocha

Idade:

Município:

Profissão:

Clínica de internação: Nº Prontuário

Resumo Clínico:

fratura da tibia

Diagnóstico:

fratura da tibia

Exames realizados:

radiografia

Tratamento instituído:

- fixação externa

Proposta de Seguimento:

- retorno dia 23/06 (domingo) às 8h
- curativo diário

Data:

10/06/19

Assinatura/Carimbo Médico

Dr. Cristiano Benício
Ortopedista e Traumatólogo
CREMEC 15.512 - NOE 5537
TEOT 16677



Dr. Pontes Neto

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Fone: (88)3441.1353 - 3441.4009 - E-mail: hosp.reacional@hotmail.com
 Quixeramobim-Ce



RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: Jose' Fco. do Rosario
 Operação: Fixação, Extensão da fibia D
 Anestesia: Narco
 Pré-Anestésicos:

Anestésicos: Benzodiazepino Suxamet - Olaç

Duração da Anestesia: 0:40 min
 Início: 21:00
 Término: 21:40

Dr. Anderson V. Pontes
CRM: 140071
CRM / ASSINATURA / CARIMBO



PEFITEURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Dr. Pontes Neto

BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 09/06/19Horário: 12:50Nº: 27

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose Francisco da RochaEstado Civil: casado Sexo: Mas. Idade: 74 a.Data de Nascimento: 05/04/45SUS: 702 9095 3975 4472 Tel: _____Naturalidade: QuixeramobimProfissão: AposentadoResidência: Santa IsabelBairro: Sítio Miguel2 - Diagnóstico: Fr. de diáfiso de fibia

3 - Procedimento:

Dr. Cristiano Benicio
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 140071
CRM / ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 14360022825

NÚMERO DA AIH: 2319106619643

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2328380 - HOSPITAL REGIONAL DR PONTES NETO

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2328380 - HOSPITAL REGIONAL DR PONTES NETO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 898002765667987 - JOSE FRANCISCO DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 05/01/1945 - 74 anos

SEXO: MASCULINO

NOME DA MÃE: BELARMINO ROCHA LIMA

TELEFONE DE CONTATO: 88-98492551

NOME DO RESPONSÁVEL: FRANCISCA RENATA DA ROCHA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: SANTA ISABEL

BAIRRO:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231140 - QUIXERAMOBIM

UF: CE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tibia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 01275718337 - CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 18/06/2019 - 15:01 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 18/06/2019 - 15:01

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

DATA AUTORIZAÇÃO:

PARECER



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO





Dr. Ponciano Neto

۱۵

HORA	PLANTÃO DIURNO	DATA: 10/06/19	PLANTÃO NOTURNO
08h	Obs: no 1º PTO obs ex de Prat de tibia, "dolor intenso" em uso de sache ressurgido poliúrcas, -sal de alta hospitalar, amparo da socie perniciosa.		



O abaixo assinado Francisco Renata da Rocha
Pessoa responsável pelo doente José Francisco da Rocha
dá plena autorização aos médicos do hospital R.D.P.N. que o assistirem para
fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento, comprometendo-se
a respeitar todas as disposições gerais contidas no regimento do estabelecimento.

Francisco Renata da Rocha

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em 09 de julho de 2019

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

O abaixo assinado _____

Pessoa responsável pelo doente _____

Reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira
responsabilidade por sua decisão.

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em _____ de _____ de _____

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

O abaixo assinado _____

Pessoa responsável pelo doente _____

Cerifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em _____ de _____ de _____

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



Data/Hora	Evolução	Assinatura
	emionas de enfermagem. <u>ok</u>	
23/08/19	Saindo ERG ás 14:45 hs, com PA: 140x80 mmHg, sob efeito de raqueanestesia. Retirado fixador externo. Segue aos cuidados da equipe.	Xarla 12 Jane Viana ORANGE 29/11-19
29/08/19	Pronto para ser retirado de fixador externo de TVZ. <u>O</u> ser querido CD-é RPA	
31/08/19	Pronto, 1º. 10º. Retirado fixador externo. 3h hs. paciente orientado superior e inferior. Volviu para Alta Hospitalar as 08:30h.	Dr. Zanardo Alves ENFERMEIRA SORENCE 778.200



Dr. Pontes Neto

ASSASSINATI NELL'ACQUARIO

ASSINATURA/CARIMBO

Alto do Bouqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	HORA	DATA: 13/09/99	
		PLANTÃO DIURNO	PLANTÃO NOTURNO
Extratracor			
Glidados, gelado sob o	00		
exclipe.			
Maria do Carmo Almeida de Oliveira			
COREN: 1.233.400-15			
ED Doe extensão 100% —			
Maria do Carmo Almeida de Oliveira			
COREN: 1.233.400-15			
Transcerebral: Pode surgir novo e revirado			
de exsangue extenso nos efeitos de sangue			
Nestes, com PA: 131 x 101 mm Hg, SPO2: 95%.			
Será nos exsangues de evacuamento. Pode			
ter: Doe op. Ofício concilio —			
TCPO: profissional			
Maria do Carmo Almeida de Oliveira			
COREN: 1.233.400-15			
ASSINATURA/CARIMBO			
ASSINATURA/CARIMBO			

PLANTÃO DIURNO	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		DATA: 31/07/19	PLANTÃO NOTURNO
		PLANTÃO DIURNO	HORA		
Reunião de 24 Anos. Oriente - Ouvaldo Marquesino. Son. HO: Fábio de Souza Claudio. Nas: Ana Paula Mendonça. Circunstâncias: A. Unica - Quem que as 10:00 b. Sra. - Realizar jardineiro que que o que as ouvidos, as conversas.					
10:30 T.F.R zero 2000 mg C Faz de 24 horas abrindo PTO PTO Viperina 100 mg 4D de fato. Nós obisal D. P. O. P. O. O. O. O. O. O. O. este dia de 24 horas. PTO e PTO Glutagelero. Faz estrela. P. C. I. C. O. P. concreto. Faz isso de, PVP, seco, seco, esse m-					
ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA/CARIMBO			

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

P.t vítima de queda de
moto com dor no pé D.

PRESCRIÇÃO:

④ Rx.

⑤ Voltaren 100 mg

10/03

⑥ Solicitar encaminhamento ao Tramadol ortopédico

⑦ Ambulização

José Lando Alves de Lima
1º Ofício de Imobil Ortopédica
Rua TEGO 9345

Dr. Marcelo Nunes Moraes
Médico
CREMEC: 19364

EVOLUÇÃO MÉDICA:**EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:**

Dr. Marcelo Nunes Moraes
Médico
CREMEC: 19364

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA/ CARIMBO MÉDICO

RELATÓRIO MÉDICO

Relato para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

→ José Francisco da Rocha

Vítima de acidente de trânsito, em 07/06/19 sofreu:

- Fratura tíbia distal direita
(leposta)

E submeteu-se a tratamento(s):

- Paciente realizou fixação extensa 70 dias + lameira cinunais 30 dias com ombular.
- 120 dias sem ombular.
- Evolui para pancotisia contínua, dificuldade fixar mto no chão.
- S 823

Encontra-se de Alta Médica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível.

Dr. Paulo Calaço
CREMEO 11720

10/06/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE FRANCISCO DA ROCHA

DOCIDENTADA / CBO EMISSOR IF
898493 SSP CE

CPF DATA Nascimento
045.237.683-15 05/01/1945

RESUMO
FRANCISCO LAURIANO
ROCHA
BELARMINA ROCHA LIMA

PERMISSÃO ACC CATENE

Nº REGISTRO VALIDADE DATA EMISSÃO
04181110 14/12/2015 14/12/1988

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1155924110

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
QUIXADA, CE 05/08/2015

IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO LIBRETO
64150823455
CE148864783

CONDETENÇÃO

PRATICADO PLASTIFICAR
1155924110



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº 014414208552 | RNF/C. 000000000 | 2019
CRDDI | 549498451 | PLACA ORZ7643

JOSE FRANCISCO DA ROCHA

* * * * *
QUIXERAMOBIM/CE

2P/0/CG/71/15CC

04523768315 | PLACA ORZ7643

+ 449949498451 | PLACA 9C2KCI169UH511271

ESPECIE TIPO | CONSUMO/MIL KM

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. | GASOL/ALCO

MARCA/ MODELO | ANO/FAB | ANO/MOD.

HONDA/CG 150 FAN ESI | 2013 | 2013

VERIFETMA | PARTEC | VENC/VALIDADE

VENC/VALIDADE | VENC/VALIDADE

1º * * * * * | 1º * * * * *

2º * * * * * | 2º * * * * *

3º * * * * * | 3º * * * * *

01/01/2019 | 01/01/2019

01/01/2019 | 01/01/2019

01/01/2019 | 01/01/2019

01/01/2019 | 01/01/2019

01/01/2019 | 01/01/2019

01/01/2019 | 01/01/2019

01/01/2019 | 01/01/2019

DENTRAN

CNTRBAN

LOGO Padrão:
Assunto: Contrato:

Assinatura:

SEGURADO/BRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE QUIPOU SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014414208552 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

04523768315

ORZ7643

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

REC. DPVAT caso 02221204
85049504648

PERÍODO | EMISSÃO

2019 | 11/04/2019

CPF/CNPJ | PLACA

04523768315 | ORZ7643

MARCA/ MODELO | PLACA

HONDA/CG 150 FAN ESI | ORZ7643

PERÍODO | PLACA

2019 | 05/05/2019

</div

**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

Número do Sinistro: 3190629766

Nome do(a) Examinado(a): Jose Francisco da Rocha

Endereço do(a) Examinado(a): Sta Isabel, S/N

Dr Jose Airton Machado Quixeramobim CE CEP: 63800-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 898493

Data local do acidente: [07/06/2019]

Data local do exame: [20/11/2019] Iguatu [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

VITIMA DE ACIDENTE COM VEICULO AUTOMOTOR APRESENTOU FRATURA DE DIAFISE DE TÍBIA DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA, ALEM DE FISIOTERAPIA MOTORA.

Complicações: EVOLUIU COM ALTERAÇÃO DA COLORAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO E RAREFAÇÃO DE PELOS.

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

ASSIMETRIA NA MARCHA, ALTERAÇÃO NA COLORAÇÃO DO TORNOZELO, RAREFAÇÃO DOS PELOS E DOR NA MOBILIZAÇÃO PASSIVA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA RAREFAÇÃO DE PELOS E ALTERAÇÃO NA COLORAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL E RIGIDEZ ARTICULAR MODERADA (50%) NO TORNOZELO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA E ASSIMETRIA DA MARCHA.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

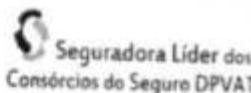
- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Alan Felipe Oliveira de Alencar
CPF - 010.821.923-25
CRM/CE - 18121

Alan Felipe Oliveira de Alencar
Dr. Alan Felipe Oliveira de Alencar
MÉDICO
CREMEO/CE 18.121

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393247/19

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

CPF: 045.237.683-15

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS : 020.643.123-66

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

JOSE FRANCISCO DA ROCHA : 045.237.683-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/11/2019
Nome: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS
CPF: 020.643.123-66

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS
CPF: 054.403.453-88

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190629766 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: CONFORME PERÍCIA, TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA, ALEM DE FISIOTERAPIA MOTORA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: CONFORME PERÍCIA, APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: - VÍTIMA COM 74 ANOS
@ - p.1 - APRESENTADO NOVO RELATÓRIO MÉDICO. PERÍCIA REALIZADA EM 20/11/2019. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190629766 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: CONFORME PERÍCIA, TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA, ALEM DE FISIOTERAPIA MOTORA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: CONFORME PERÍCIA, APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: - VÍTIMA COM 74 ANOS
@ - p.1 - APRESENTADO NOVO RELATÓRIO MÉDICO. PERÍCIA REALIZADA EM 20/11/2019. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190629766 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA - P.14.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ALTA.
P.14,17,23,24.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X - VÍTIMA COM 74 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA E FOLHA DE ANESTESIA-P.4 (SEM NOME DO PACIENTE)17.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Jose Francisco da Rocha
Nacionalidade: Brasileiro (a) **Est. Civil:** Casado **Profissão:** SSP/CE
Identidade: 898493 **Órgãos Emissores:** SSP/CE **Data de Emissão:** 05/08/2015
CPF: 04523768315
Endereço: Santa Isabel, S/N, Distrito de São Miguel, Quixeramobim, Ceará.

OUTORGADO:

Nome: Paulo Jose Alves de Morais
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro **Profissão:** Recusa-se informar
Identidade: 2001002327715 **Órgãos Emissores:** SSP/CE **Data de Emissão:** 14/02/2005
CPF: 02064312366
Endereço: Rua Jose Campos Torquato, S/N, BX 05, Rodoviária, Quixeramobim, Ceará.

Pelo Presente Instrumento de Procuração, nomeio e constituo meu procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização por INVALIDEZ referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre o processo, resolver pendências, marcar perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE 17/09/2019

Local e data

Jose Francisco da Rocha

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade.
Jose Francisco da Rocha

Dou 16.
Quixeramobim/CE 17 SET 2019

KARLA PATRÍCIA FARIAS DE ALMEIDA
LIANA DIAS LEMOS LIMA
JANIELLY MORAIS MACIEL
ESCREVENTES

Neste Documento Reconheço foi aplicado o selo de tipo 03, conforme autorização do TJCE, na Portaria Nº 1.204/2019, publicada no Diário da Justiça em 29/07/2019.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393247/19

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

CPF: 045.237.683-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS : 020.643.123-66

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

JOSE FRANCISCO DA ROCHA : 045.237.683-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/11/2019
Nome: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS
CPF: 020.643.123-66

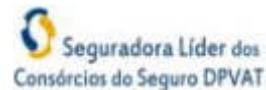
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS
CPF: 054.403.453-88

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393247/19

Número do Sinistro: 3190629766

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

CPF: 045.237.683-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

JOSE FRANCISCO DA
ROCHA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019
Nome: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS
CPF: 020.643.123-66

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS
CPF: 054.403.453-88

PRISCILA ALVES QUEIROZ DOS SANTOS