
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

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

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: Santa Isabel 9 - Número: 512 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Distrito de São Miguel 12 - Cidade: Quixeramocim 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 63.800-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): 0819.9849.2551

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2843 CONTA: 00008531 7
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residuário (vórgãos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Quixeramocim/CE - 17/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Impresso nº 2019654516

Impressão em: 17/09/2019 10:06:23

PÁG. 2

558943

ASL-0393247/19

3190629766

BOLETIM DE Ocorrência Nº 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 Órgão Emissor:

UF:

Filiação: BELARMINA ROCHA LIMA

FRANCISCOLAURIANO ROCHA

Endereço: SÍTIO 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 ES 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 nº891.391.783-15; QUE as declarações narradas neste Boletim de Ocorrência são de responsabilidade do declarante,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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
Pag. 1 de 2



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



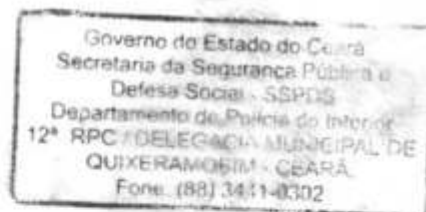
BOLETIM DE Ocorrência N° 536 - 2944 / 2019

CARLOS CESAR DE OLIVEIRA PINHEIRO FILHO - MAT.: 30118812

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jose Francisco da Rocha

VISTO DO DELEGADO(A) :

THIAGO TEIXEIRA SALGADO - MAT.: 30120116



Alouandre de Vasconcelos Martins ...
Jose Nacélio Rêgo 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: Santa Isabel 9 - Número: 512 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Distrito de São Miguel 12 - Cidade: Quixeramokim 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 63.800-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel (DDD): 0819.9849.2551

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2843 CONTA: 00008531 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residuário (vórgãos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Quixeramokim/CE - 17/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 000000008531-7

Nr. da Autenticação E27B3F08730487FD

Contatos Marcação
Précia Médica:

88-9.92066368
88-9.92451228

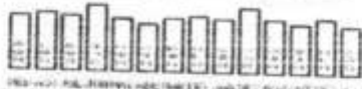
928054

Comp. Energ. do Ceará
Rua Padre Vitorino, 150
CEP 60120-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047291/0001-70 | CCF 06.105.048-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 001010189

Rota QB824804 Referência 08/2019
Nome JOSE FRANCISCO DA ROCHA
Endereço SANTA ISABEL, 00000, DR JOSE AIRTON MACHADO,
63800-000, QUIXERAHOITI
Classificação RACI Agropecuária
Modalidade Tarifa B2 RURAL
Ligação Monofásico
Emissão 08/08/2019
Medidor 1091340-SCH-001
ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	P.F. 29 dias	Próxima prevista
16/07/2019	08/08/2019	02/09/2019	

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	75.405	75.202	1,00	203	00	203	0,61424	124,80

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,61424	123,83
JUROS MORATÓRIOS	-	1,55
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01647	4,66
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01678	4,75

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	183,24	27,00	49,47
PIS	183,24	1,35	2,46
COFINS	183,24	6,16	11,27

16/09/2019

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compensar essas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) / Compensado kg (CO₂) / Consciência Ecológica (%CO₂)

110,48 / 0,00

184,79

CPF/CNPJ 045.237.683-15

Períodos: Band. Tarif.: Amarela: 11/07 - 31/07 Vermelha: 01/08 - 08/08

INFORMAÇÃO IMPORTANTE: o vencimento informado na fatura de julho-19 foi prorrogado. Essa conta poderá ser paga até o dia 15/08/2019 sem acréscimo de juros ou multas.

Nº do Cliente: 928054
Data de Emissão: 08/08/2019
Nº da Nota Fiscal: 001010189

Referência: 08/2019
Total a Pagar (R\$): 184,79
Nº de Controle: 10002293861

V: [1.0.0.4]

838000000017 84790031010 002293861079 00000928054 5



Para agilizar seu atendimento, utilize o nº série sempre que entrar em contato conosco.
Rua Padre Valdeirino, 160
CEP 06035-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 018243607

Rota Q8016U03 - 139000 Referência 09/2019
Nome PAULO JOSE ALVES DE MORAIS
Endereço RU JOSE CAMPOS TORQUATO, 00000 - BX w5,
RODOVIARIA, 63800-000, QUIXERAMOBIM
Classificação Comercial
Modalidade Tarifa B3 OUTROS Emissão 23/09/2019
Ligação Monofásico Medidor 5760843-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

H5LW+3199714077F55840604726838

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
24-08-2019	23-09-2019	23-10-2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	855	828	1,00	27	00	30	0,77167	20,15

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

Valor Medido: 30/09/2019

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Conciliação Ecológica (%CO₂)

020.643.123-66

0,00

10,54 0,00

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

Nº do Cliente: 9125933 Referência: 09/2019 V:[1.0.0.5]
Data de Emissão: 23/09/2019 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 018243607 Nº de Controle: 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)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Jose Alves de Moraes

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.643.123 / 66, 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 Invalididez 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 Torquato</u>	Número: <u>51N</u>	Complemento: <u>BX 05</u>
Bairro: <u>Rodoviária</u>	Cidade: <u>Guixanamokim</u>	Estado: <u>Paraná</u>
E-mail: <u>Recuso informar</u>	CEP: <u>63-800-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Guixanamokim/PR - 06/11/2019

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

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 Nº: 69

DADOS DO PACIENTE:

NOME CIVIL: Jose S^o da Rocha

NOME SOCIAL: _____

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 05/01/49 IDADE: 74 ESTADO CIVIL: Casado

MÃE: Belarmina Rocha Lima

SUS: _____

NATURALIDADE: Belém

PROFISSÃO: Aposentado

ENDEREÇO: St^o Isobel

BAIRRO: São Miguel

CIDADE: Belém

ESTADO: PA 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
☐ EIXO VERMELHO ☐ CONSULTA OBSTÉTRICA

ENFERMEIRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE



FICHA
DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE: (85) 3441.1333 - FAX: (85) 3441.4009 - e-mail: hosp-regional@hotmail.com
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICAÇÃO:

Nº REG: 50.970

NOME: José Francisco da Rocha

DATA NASCIMENTO: 05/01/1945 IDADE: 74a COR: Parda SEXO: F () M (X)

EST. CIVIL: Casado NATURALIDADE: Quixeramobim NACIONALIDADE: Brasileira

CNS: 702.9095.3975.4472 DOCUMENTAÇÃO RG. 898.493.5759.0018.08.76

PROFISSÃO: Aposentado TELEFONE: ()

ENDEREÇO: Santa Inês Nº

BAIRRO: São Miguel CIDADE: Quixeramobim UF: CE

PAI: Francisco Leuvenino Rocha

MÃE: Belarmino Rocha Lima

RESPONSÁVEL: Francisco Lima Rocha TELEFONE: (85) 997370098

JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL? Sim ANO: 2019 MÊS: Junho

SUMÁRIO DE HDA: Paciente em pós-operatório de

partura de bebê vital sim

EXAME FÍSICO: DM + eferm

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO:

Po Ex tébia vital sim

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Francisco Teixeira
Responsável pelo Atendimento
CRM: 15672 DPO: 18030

013 804 973-21

CPF SOLICITANTE

CADASTRO DA AIH:

DATA INTERNAÇÃO: 23/08/19 HORA: 08:45

CLÍNICA: Triângulo de Atendimento:

DATA SAÍDA: 24/08/19 HORA: 08:30

CÓDIGO: 1408050500 / 0408060360

CID PRINCIPAL: 5822 CID SECUNDÁRIO: 2470

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM ☐ NÃO ☐

PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408060360

PROF. EXECUTANTE: Dr. Rodolfo

CBO: 225170 CNES: 2328380

PROF. EXECUTANTE: Dr. Eudélio

CBO: 225151 CNES: 2328380

REVISÃO ☒ SISAIH01 ☐ MÊS: _____

HEMOCE ☐

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO ☐ MELHORADO ☒ EVASÃO ☐

A PEDIDO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐

UNISUS WEB

CODIGO DA SOLICITAÇÃO: 24360024055

DATA INTERNAÇÃO: 28/08/2019

DATA ALTA: ____/____/____

NUMERO DA AIH: 2310106642380

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

PACIENTE: João Pedro de Paiva

NOME DA MÃE: Belarmino da Rocha Lima

IDADE: 44 DATA DE NASCIMENTO: 23/01/14

CIRURGIÃO: Dr. Roescio

1 UNIDADE/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: ☒

HORÁRIOS E REVISÃO DE MATERIAIS:

IDENTIDADE DO PACIENTE: ☒ PROCEDIMENTO: ☒
SÍTIO CIRÚRGICO, DEMARCADO OU CONFIRMADO: ☒
TRICOTOMIA: ☒ HORA: _____
REALIZADA EM DOMICÍLIO: ☒
CENTRO CIRÚRGICO: ☒

CIRURGIÃO
ANESTESIOLOGISTA
ENFERMAGEM
CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, SÍTIO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTO.

HORA DA INCISÃO CIRÚRGICA: 16:40
HORA DO TERMINO DO ATO CIRÚRGICO: 17:10
CONTAGEM E REVISÃO DOS MATERIAIS E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS: ☒
UTILIZAÇÃO DE MATERIAL SINTÉTICO: ☒
IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA PATOLÓGICA: ☒

VERIFICAÇÃO DE CONDULITAS E NECESSIDADES PARA O PACIENTE:

EVENTOS/CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

OBSERVAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS:

PACIENTE POSSUI ALERGIA CONHECIDA: ☒
QUAL: _____

ANTIÉMTICO/PROFILAXIA: ☒
CEFZOLINA: ☐ OUTRO: _____

ENFERMAGEM:
Deonice de Oliveira

ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO: ☒

CALIBRE DO ACESSO: 22

PROFISSIONAL: Ana Carolina

SOLICITAÇÃO DE RESERVA/ITIPAGEM SANGÜÍNEA: ☒

RETRADA DE PRÓTESES E MATERIAL DE ADORNO: ☒

VERIFICAÇÃO DE EXAMES NO PRONTUÁRIO: ☒

INSTRUMENTOS		N° EM FASE		COMPRESSAS		N° EM FASE	
Início		06		Início		06	
Final		06		Final		06	
GAZES		N° EM FASE		AGULHAS		N° EM FASE	
Início		03		Início		03	
Final		03		Final		03	

LEGENDA:

(S) SIM (N) NÃO (/) NÃO SE APLICA

CLÍNICA CIRÚRGICA E ENTRADA NO CC.:

ASSINATURA E CARIMBO:

Deonice de Oliveira

TEMPO DE PREPARO (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA):

ASSINATURA E CARIMBO:

Deonice de Oliveira

TRANSOPERATÓRIO (SALA OPERATÓRIA):

ASSINATURA E CARIMBO:

Deonice de Oliveira

FOLHA DE OPERAÇÃO

			Nº REG.:
DATA OPERAÇÃO	ENF.		LEITO
OPERADOR		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
TIPO DE OPERAÇÃO			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA			
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS			
<p>Paciente em RPH sob anestesia</p> <p>Anexia + Antioxia + Cmpo -</p> <p>Retirada de fixador externo transcutâneo</p> <p>em tábua fixa</p> <p>sem qualquer mobilidade de foco de</p> <p>fratura</p> <p>centro</p> <p>Tubo Beta</p> <p>A RPA</p>			
<p>Dr. Rodolfo Teixeira</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM-CE 15672 TEOT 16030</p>			



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: João Francisco de Rocha

Operação: Artroscopia de Ligamento Cruzado Anterior

Anestesia: Periférica

Pré-Anestésicos: //

Anestésicos: Neocajina 200mg - 0,5% - 0,5 ml
Eletról. 1000 ml
3% 0,5% - 1000 ml

Duração da Anestesia: 35'

Início: 16:40h

Término: 17:10h

23/08/19

Carlos Roberto Mota Almeida
CRM / ASSINATURA: 2976 CARIMBO

Unidade: **CE** Lito: **06** Prontuário: **60.970**

Paciente: **Gei Gamarco da Silva** Data: **23/08/19** DN: **60.01.1945**

PARÂMETROS

SATURACÃO
PRESSÃO ARTERIAL

ESCALA DE DOR
GALICEMIA
EVACUAÇÕES

PARÂMETROS

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA

FREQUÊNCIA CARDÍACA
/PULSO

TEMPERATURA

ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Escola do Doc^o

ASSINATURA LIGADA DO TÍT. DE ENFERMEIRO
ASSINATURA LIGADA DO MÉDICO

ESCORE ZERO: AVALIAR DE 6/6 HORAS - SEM ACONCOMENTAMENTO // ESCORE 1: ACONUAR ENFERMEIRO - AVALIAR DE 6/6 HORAS // ESCORE 2: ACONUAR ENFERMEIRO OU MÉDICO - AVALIAR DE 4/4 HORAS // ESCORE 3: ACONUAR ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALIAR DE 2/2 HORAS // ESCORE 4: ACONUAR MÉDICO - AVALIAR DE 1/1.

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

DATA:	23/08/15
DN:	05/01/145

[illegible]

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



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

QUIXERAMOBIM-CE

NOME: João Francisco de Rocha

RG: 55.072

Enferm: 56

Leito: 56

Idade: 74

Clinica:

Médica ()

Cirurgia (X)

Obstétrica ()

Diagnóstico: Infarto

Data Admissão: 23/08/19

DATA: 23/08/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

1 DIETA Zero

2 DIPIRONA 2ML + 18ML AB EV 6/6H S/N

3 CETOPROFENO 100MG + 100 ML SFO,9% EV 12/12 SN

4 TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H S/N

5 SSV+CCGG

6 850,9% 1000ml com 14g/ml

7 Medicamento

8 Medicamento

9 Medicamento

10 Medicamento

11 Medicamento

12 Medicamento

13 Medicamento

14 Medicamento

15 Medicamento

16 Medicamento

17 Medicamento

18 Medicamento

19 Medicamento

20 Medicamento

21 Medicamento

22 Medicamento

23 Medicamento

24 Medicamento

25 Medicamento

OBS: FAZER METADE DA DOSE À NOITE

9 - 200 : 0 UI / 201 - 250 : 4 UI / 251 - 300 : 6 UI / 301 - 350 : 8 UI / 351 - 400 : 10 UI / 401 - 450 : 12 UI

RESULTADO DX:

APRAZAMENTO:

DOSAGEM ADMINISTRADA:

Carla Leticia Viana
CRM-CE 12711-DF



Prefeitura Municipal de Quixeramobim
Hospital Regional Dr. Portes Neto
Fone: 3441.4009 / Email: hospitalportestneto@hotmail.com

QUIXERAMOBIM-CE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

RG:

50.970

Paulo Francisco de Paiva

Idade: 34 Clínica: Médica () Cirúrgica (X) Obstetrícia ()

Diagnóstico:

24

Medicação de prescrição externa

DATA:

23/08/19

APRAZAMENTO

Data Admissão:

23/08

DATA:

23/08/19

APRAZAMENTO

1	DIETA	Leve
2	DIPIRONA 2ML + 18ML AD EV 6/6H S/N	
3	CETOPROFENO 100MG + 100 ML SFO,9% EV 12/12 SN	
4	TRAMMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8H S/N	
5	SSV+CGG	
6	Atenolol 50mg bidam	
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

OBS: FAZER METADE DA DOSE À NOITE

ESQUEMA DE INSULINA: 9 - 200 : 0 U / 201 - 250 : 4 U / 251 - 300 : 6 U / 301 - 350 : 8 U / 351 - 400 : 10 U / 401 - 450 : 12 U

RESULTADO DX:

APRAZAMENTO:

DOSAGEM ADMINISTRADA:



INSCRIÇÃO	FEITO	PRONTUÁRIO
1	✓	22

DATA: 24/08

—

--	--

WORTH	WORTH
-------	-------

1000

 \angle 

Page 10 of 10

11/11/2019

[illegible]

11

1

ONAR ENFERMEIRO OU
LIAR DE 1/1.

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

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



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 23/08/19.

Horário: _____

Nº 07.

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ugo Francisco da Rocha

Estado Civil: casado

Sexo: Mas

Idade: 74a.

Data de Nascimento: 05/01/45

SUS: 7029005 3475 4472

Tel: _____

Naturalidade: Quixeramobim

Profissão: aprendiz

Residência: Santa Teresita

Bairro: _____

2 - Diagnóstico:

pos-operatório de fratura de fêmur lateral

3 - Procedimento:

atuação para PMS

Jr. Rodolfo Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 2002720110030

ASSINATURA

Nome: <i>José Francisco de Azevedo</i>	Idade: <i>74a</i>
RG: <i>50.970</i>	Leito: <i>56</i>
Diagnóstico: <i>Lesão operatória da fratura da tíbia distal 'D'</i>	

Data/Hora	Evolução	Assinatura
23/08/19	PO fix tábua fixador (D) CD: internar para revisão de fixação.	
		Dr. Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 EOT 18030
23-08-19	Paciente, sexo M. com HD. por contusão de futebol distal de tíbia D. com contusão extensa verbalizando dor NMN. sem queixas físicas. em dieta zero. não ultra-sonografia medicamentosa. DM/HAS. eliminação e evacuações normais. encaminhado p/ CC às 00:00 hs. segue sob cuidados da equipe	Bruno G de V. Martins Enfermeiro COREN-CE: 398.570
23.08.19 10:05 hrs	Paciente, 44 anos, com HD: Pós-operatório de fratura de tíbia distal D. Portador de HAS/ DM. Em dieta zero até segunda ordem. Eli- minações fisiológicas presentes. Aguarda procedimento cirúrgico. Em tempo, paciente nega HAS e DM. — Encaminhado de EEG às 15:20 hrs. —	Kátia Justine Viana COREN-CE: 439.711 - EN Kátia Justine Viana COREN-CE: 439.711 - EN
23/08/19 MT	S. Social: Paciente admitido com acompanhante, po- rém orientados sobre as normas e rotinas desta u- nidade hospitalar e direitos do Idoso.	Assistente Social GESS/CE 11.893
23/08/19	Paciente em Pós Retirada de fixador externo de perna (D) sem queixas CD: A RPA	
		Dr. Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 EOT 18030
23.08.19 MT	Transoperatório: Fete submetido a revisão de fixador externo dos efeitos de RACHMANESTOGE- XIA com PA: 177x101 mmHg, SpO2: 95%. Segue sob	



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
EMIÇÃO 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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTOS

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA
DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE: (85) 3441.1353 - FAX: (85) 3441.4009 - e-mail: hcrp-regional@hotmail.com
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Geo de Noche Nº REG: 50.970
DATA NASCIMENTO: 05/01/1995 IDADE: 24 anos COR: Parda SEXO: F () M (X)
EST. CIVIL: Casado NATURALIDADE: Quixeramobim NACIONALIDADE: Brasileira
CNS: 709909539754472 DOCUMENTAÇÃO: RG. 898.4493
PROFISSÃO: Assistente TELEFONE: 889998492559
ENDEREÇO: Santa Helena Nº 1592
BAIRRO: Conceição CIDADE: Quixeramobim CE
PAI: Francisco Benício
MÃE: Marlene Fátima Lima
RESPONSÁVEL: Francisco Renato da Rocha TELEFONE: ()
JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL? Sim ANO: 2017 MÊS: maio

SUMÁRIO DE HDA:

Paciente 79 anos, evoluí com
fratura da diáfise da tíbia, ovário quisto
da meto.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO:

fr. da tíbia

CADASTRO DA AIH:

DATA INTERNAÇÃO: 09/06/17 HORA: 14:15
CLÍNICA: Traumatologia ATENDIMENTO:
DATA SAÍDA: 10/06/2017 HORA: 08:00
CÓDIGO: 0408050500
CID PRINCIPAL: S822 CID SECUNDÁRIO: V299

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM ☐ NÃO ☐

PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408050500

PROF. EXECUTANTE: Dr. Luciano Benício

CBO: 225970 CNES: 238380

PROF. EXECUTANTE: Dr. Umberto

CBO: 225151 CNES: 2328380

REVISÃO ☐ SISAIH01 ☐ MÊS:

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO ☐ MELHORADO ☒ EVASÃO ☐

A PEDIDO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐

UNISUS WEB

CODIGO DA SOLICITAÇÃO: 14360022825

DATA INTERNAÇÃO: 18/06/2017

DATA ALTA: 19/06/17

NUMERO DA AIH: 2319106619643

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
Dr. Luciano Benício
CRM: 15353-0/CE
CPF: 0129977185-34

CPF SOLICITANTE



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: hrpn2017@gmail.com Quixeramobim-Ce



LAUDO
MÉDICO PA
EMIÇÃO D
AIH

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
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			

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTOS		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
38 - SÉRIE		39 - CNPJ DA EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			

PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE: (88) 3441.1383 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@hotmail.com - Quixeramobim - CE



FOLHA DE OPERAÇÃO

DATA OPERAÇÃO 09/06/19		ENF.	Nº REG.:
OPERADOR Dr. Cristiano		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fratura de diáfise da tíbia			
TIPO DE OPERAÇÃO fixação externa			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA			
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS			
① lavagem			
② aspiração + anti-séptico + posicionamento da campo			
③ montagem da fixação externa em formato de			
Dalto, transarticular			
④ controle radiográficos			
⑤ curativo			
Dr. Cristiano Benício			
Ortopedista CRM 12-100-1682			
TEOT 1687			

NOME: CONTROLE HEMODINÂMICO - ESCORE DE ALERTA PRECOCE		UNIDADE:		LEITO: 63 PRONTUÁRIO:										DATA:	
PACIENTE:		DN: 11/11													
PARÂMETROS		<div> <div> <div>06</div> <div>15/80</div> <div>0</div> </div> <div> <div>06</div> <div>12-20</div> <div>100-170</div> <div>90-98</div> <div>171-199</div> <div>< 89 ou > 200</div> </div> <div> <div>06</div> <div>52-88</div> <div>41-51</div> <div>90-110</div> <div>111-130</div> <div>< 40 ou > 131</div> </div> <div> <div>36.5</div> <div>36-37.7</div> <div>35.1-35.9</div> <div>37.8-38.9</div> <div>< 35 ou > 39</div> </div> <div> <div>0</div> <div>A</div> <div>1</div> <div>V</div> <div>2</div> <div>D</div> <div>3</div> <div>SR</div> </div> </div>													
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA		<div> <div>0</div> <div>12-20</div> <div>1</div> <div>9-11</div> <div>2</div> <div>21-24</div> <div>3</div> <div>< 8 ou > 25</div> </div>													
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		<div> <div>0</div> <div>100-170</div> <div>1</div> <div>90-98</div> <div>2</div> <div>171-199</div> <div>3</div> <div>< 89 ou > 200</div> </div>													
FREQÜÊNCIA CARDÍACA /PULSO		<div> <div>0</div> <div>52-88</div> <div>1</div> <div>41-51</div> <div>2</div> <div>90-110</div> <div>3</div> <div>111-130</div> <div>4</div> <div>< 40 ou > 131</div> </div>													
TEMPERATURA		<div> <div>0</div> <div>36-37.7</div> <div>1</div> <div>35.1-35.9</div> <div>2</div> <div>37.8-38.9</div> <div>3</div> <div>< 35 ou > 39</div> </div>													
ESTADO DE CONSCIÊNCIA		<div> <div>0</div> <div>A</div> <div>1</div> <div>V</div> <div>2</div> <div>D</div> <div>3</div> <div>SR</div> </div>													
SOMA TOTAL DE ESCORES →		<div> <div>ASSINATURA LEGÍVEL DO TEC DE ENFERMAGEM →</div> <div>ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO →</div> <div>ASSINATURA LEGÍVEL DO MÉDICO →</div> </div>													
ESCALA DO DOC [®]		<div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> <div>9</div> <div>10</div> </div>													
PARÂMETROS		<div> <div>06</div> <div>12-20</div> <div>100-170</div> <div>90-98</div> <div>171-199</div> <div>< 89 ou > 200</div> </div>													
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA		<div> <div>0</div> <div>12-20</div> <div>1</div> <div>9-11</div> <div>2</div> <div>21-24</div> <div>3</div> <div>< 8 ou > 25</div> </div>													
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		<div> <div>0</div> <div>100-170</div> <div>1</div> <div>90-98</div> <div>2</div> <div>171-199</div> <div>3</div> <div>< 89 ou > 200</div> </div>													
FREQÜÊNCIA CARDÍACA /PULSO		<div> <div>0</div> <div>52-88</div> <div>1</div> <div>41-51</div> <div>2</div> <div>90-110</div> <div>3</div> <div>111-130</div> <div>4</div> <div>< 40 ou > 131</div> </div>													
TEMPERATURA		<div> <div>0</div> <div>36-37.7</div> <div>1</div> <div>35.1-35.9</div> <div>2</div> <div>37.8-38.9</div> <div>3</div> <div>< 35 ou > 39</div> </div>													
ESTADO DE CONSCIÊNCIA		<div> <div>0</div> <div>A</div> <div>1</div> <div>V</div> <div>2</div> <div>D</div> <div>3</div> <div>SR</div> </div>													
SOMA TOTAL DE ESCORES →		<div> <div>ASSINATURA LEGÍVEL DO TEC DE ENFERMAGEM →</div> <div>ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO →</div> <div>ASSINATURA LEGÍVEL DO MÉDICO →</div> </div>													
ESCALA DO DOC [®]		<div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> <div>9</div> <div>10</div> </div>													

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

Município		CONTROLE HEMODINÂMICO - ESCORE DE ALERTA PRECOCE		UNIDADE: C-1	LEITO: 53	PRONTUÁRIO: 50930	DATA: 09.06.19	DIN: 05/01/1945
PACIENTE: Jose' Francisco da Rocha								
PARÂMETROS								
SATURAÇÃO								
PRESSÃO ARTERIAL								
ESCALA DE DOR								
GLUCEMIA								
EVACUAÇÕES								
PARÂMETROS								
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA		0	17-20	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
1		9-11						
2		21-24						
3		< 8 ou > 25						
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		0	100-170	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
1		90-99						
2		171-199						
3		< 89 ou > 200						
FREQÜÊNCIA CARDÍACA /PULSO		0	52-89	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
1		41-51						
2		90-110						
3		111-130						
TEMPERATURA		0	36-37.7	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
1		35.1-35.9						
2		37.8-38.9						
3		< 35 ou > 39						
ESTADO DE CONSCIÊNCIA		0	A	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
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: AVALIAR DE 6/6 HORAS -- SEM ACIONAMENTO		ESCORE 1: ACIONAR ENFERMEIRO - AVALIAR DE 6/6 HORAS // ESCORE 2: ACIONAR ENFERMEIRO OU MÉDICO - AVALIAR DE 4/4 HORAS // ESCORE 3: ACIONAR ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALIAR DE 2/2 HORAS // ESCORE 4: ACIONAR MÉDICO - AVALIAR DE 1/1.						

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



PROCEDIMENTOS INVASIVOS

DATA DE INTERNAÇÃO: 09-06-19

DATA DE NASCIMENTO: 05.01.1945

LEITO: 53

DIA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

PROCEDIMENTO

ACESSO PERIFÉRICO

ACESSO CENTRAL

TOT OU TNT

TRAQUEOSTOMIA

VENTILAÇÃO MECÂNICA

SNG OU SNE

SONDA VESICAL

OSTOMIA

DRENO

CATETER DE HEMODIÁLISE

ANTIBIÓTICOS:

1.

2.

3.

4.

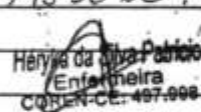
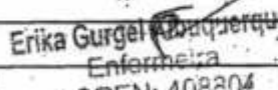
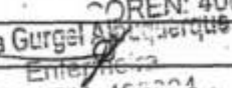

OBSERVAÇÕES:



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 Tíbia	D.N: 05.01.1945

Data/Hora	Evolução	Assinatura
09.06.19	Paciente vítima de acidente motorístico há 02 dias com H.D. Fratura da Tíbia D. Curvatura aumentada, verbaliza. Após avaliação do Trauma, em Curvatura, realiza internação em CC para procedimentos cirúrgicos. Em anexo raio X, realizado dia 07/06/19. Apresenta pico hipertensão após internação sob cirurgia. HEPAT. Sem queixa no período. Encominhado a CC às 15:30 h. Segue aos cuidados de equipe	 Heryla da Silva Pereira Enfermeira COREN-CE: 497.098
09.06/19	Pte admitido em CC vindo de emergência com H.D. Fratura da Tíbia. Vítima de acidente motorístico há 2 dias. Curvatura aumentada, verbaliza, em condições de redes. Acompanhado filha, a Renata, afirma que pte há histórico de exipela em MIO, no mesmo local da fratura, diga mesmo membro, com frida ainda lesionado. Apresenta Afa em MIO. Nega HAS/DPT e alergia medicamentosa. Em dieta zero, aguardando procedimento cirúrgico. Segue aos cuidados de equipe	 Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804
	Encominhado ao SO. às 20:30	 Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804
	Retorno do SO às 22:00, PA: 110x80 mmHg, refreio dor, diga com presença de pinos em MIO. Segue aos cuidados de equipe	 Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804



Relatório de Alta

Nome: <u>João do Nêgo</u>		
Idade: <u>70</u>	Município:	Profissão:
Clínica de internação: N° Prontuário		
Resumo Clínico: <u>fratura de tíbia</u>		
Diagnóstico: <u>fratura de tíbia</u>		
Exames realizados: <u>radiografia</u>		
Tratamento instituído: <u>- fixação externa</u>		
Proposta de Seguimento: <u>- retorno em 23/06 (domingo) às 8h</u> <u>- curativos diários</u>		
Data: <u>10/06/19</u>	Assinatura/Carimbo Médico  Dr. Cristiano Benício Ortopedista e Traumatologista CREMEC 15.512 - RQE 9587 TEOT 16677	

Dr. Cristiano Benício
Ortopedista Traumatologista
CRM 15.512 - RQE 9587
CRP 15.512 - RQE 9587
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

NOME DA MÃE: BELARMINO ROCHA LIMA

NOME DO RESPONSÁVEL: FRANCISCA RENATA DA ROCHA

ENDEREÇO: SANTA ISABEL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231140 - QUIXERAMOBIM

UF: CE

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO: 88-98492551

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tibia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO 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: CIRURGICO - 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

[illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		DATA: 9/16/19
PLANTÃO DIURNO	PLANTÃO NOTURNO	
<p>14:30 Ref. idoso, orientado verbalizando NHA, acompanhado para clínica cirúrgica para triagem de fratura de tíbia. PA: 160/110 mmHg, T_{ax}: 36.9°C</p> <p>15:30 De 08:00 até 14:30 de 14:30 até 18:00 de 18:00 até 21:00 de 21:00 até 24:00</p> <p>Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Téc. Enfermagem: <i>[Assinatura]</i> COREN-CE 1.124.736</p>	<p>18:00 Paciente admitido em 80, hemodinamicamente estável, sem alteração nos níveis glicêmicos, segue em monitorização de sinais vitais e medicações, sem intercorrências. Segue admitido no 2º e 3º. O paciente é acompanhado por 1 lit de soro após cirurgia.</p> <p>PA: 148/88 mmHg S_{at}: 98%</p> <p>Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Téc. Enfermagem: <i>[Assinatura]</i> COREN-CE 1.124.731</p>	<p>Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Téc. Enfermagem: <i>[Assinatura]</i> COREN-CE 1.124.736</p>

ASSINATURA/CARIMBO

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

Minas Med Ind. Com. de Fixadores Ortopédicos e Implantes Ltda.
Rua Pacaembu, 869 - Jd. Itatinga - Campinas - SP - CEP 13052-440
Tel/Fax (19) 3225-9650
Indústria Brasileira

REG. AMMSA: 801 95680001
LOTE: OM/00045201
DATA DE FABRICAÇÃO: 12/2018
CLASSE: 01
VALIDADE: Indeterminada

PRODUTO NÃO ESTERIL.
ARMAZENAMENTO, MANUSEIO E DEMAS ESPÉCIFICACOES VER INSTRUÇÃO DE USO
Trat. Térmico: NIOCIJO JOSE DE AVILA
CRIA: 5062854947
PROIBIDO REPROCESSAR, USO UNICO, DESTRUIR APÓS O USO! VER INSTRUÇÃO DE USO

9

9



O abaixo assinado Francisca Renata da Rocha

Pessoa responsável pelo doente Jose Francisco da Rocha

dá plena autorização aos médicos do hospital R.D.P.N que o assistirem para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnostico e para a execução do tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas no regimento do estabelecimento.

Francisca Renata da Rocha

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em 09 de junho 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 infringindo o regulamento deste estabelecimento.

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em _____ de _____ de _____

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

VIDE VERSO

[illegible]

PLANTÃO DIURNO		PLANTÃO NOTURNO	
HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
15:00	Transcrição: Perceção da alteração de estado de consciência, com PA 173 x 101 mmHg, SPO2: 95%. Decece nos exames de eletrocardiograma. <i>Assinatura</i>	00:00	Fuere no 20 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i> no 21 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i>
17:00	Transcrição: Perceção da alteração de estado de consciência, com PA 173 x 101 mmHg, SPO2: 95%. Decece nos exames de eletrocardiograma. <i>Assinatura</i>	02:00	Fuere no 20 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i> no 21 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i>
19:00	Transcrição: Perceção da alteração de estado de consciência, com PA 173 x 101 mmHg, SPO2: 95%. Decece nos exames de eletrocardiograma. <i>Assinatura</i>	04:00	Fuere no 20 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i> no 21 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i>
21:00	Transcrição: Perceção da alteração de estado de consciência, com PA 173 x 101 mmHg, SPO2: 95%. Decece nos exames de eletrocardiograma. <i>Assinatura</i>	06:00	Fuere no 20 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i> no 21 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i>
23:00	Transcrição: Perceção da alteração de estado de consciência, com PA 173 x 101 mmHg, SPO2: 95%. Decece nos exames de eletrocardiograma. <i>Assinatura</i>	08:00	Fuere no 20 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i> no 21 de notificação de queda externa. <i>Assinatura</i>

[illegible]

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

PtA vítima de queda de
mto com dor na pte D.

PRESCRIÇÃO:

① Rx.

② Voltar em 15 dias

U:03

③ Solicito 20 dias de Trânsito ortopédico

④ Imobilização

Marcelo Nunes Moraes
Médico
CREMEC: 19364

Marcelo Nunes Moraes
Médico
CREMEC: 19364

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

Dr. Marcelo Nunes Moraes
Médico
CREMEC: 19364

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

RELATÓRIO MÉDICO

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

→ JOZÉ FRANCISCO DA ROCHA

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

- FRATURA TIÓIA DISTAL DIREITA
(CEPOTA)

E submeteu-se a tratamento(s):

- PACIENTE REALIZOU FIXAÇÃO
EXTENSA 70 DIAS + COMEÇO
CIRÚRGICA
- 120 DIAS COM ORTEZ.
- EVOLUI PARA PANGOSTESIA
CONTÍNUA, DIFICULDADE FIXAR MIO
NO CHÃO.
5823

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

Dr. Paulo Calçaço
CREMEC 11720

10/12/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1155924110	NOME JOSE FRANCISCO DA ROCHA
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE 898493 SSP CE
	CPF 045.237.683-15 DATA NASCIMENTO 05/01/1945
	FILIAÇÃO FRANCISCO LAURIANO ROCHA BELARMINA ROCHA LIMA
	PUNHAÇÃO ACC CAT. 1985
1155924110 PRIMEIRO PLASTIFICAR	Nº REGISTRO 061E0013076 VALIDADE 21/07/2012 1ª EMISSÃO 14/12/1985
	ASSINATURA DO TITULAR 
	LOCAL QUIXADA, CE DATA EMISSÃO 05/08/2015
	ASSINATURA DO EMISSOR 
	64150823455 CE148864783
DETRAN CE (CENTRO)	



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

CENº 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.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 022 1204 014414208552 85049504648

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/04/2019

VIA 01 COT/UNIF 04523768315 PLACA ORZ7643

RENAVAM 549498451 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

2013 09 9C2KC1670DR511271

PRÊMIO TARIFÁRIO

36.05 (R\$) 4.01 (R\$) 40.05 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

45.50 (R\$) 0.32 (R\$) 84.58 (R\$)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN-CE Nº 014414208552

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

CRD01 549498451 00000000000 2019

EXERCÍCIO 2019

PLACA ORZ7643

RENAVAM 549498451

9C2KC1670DR511271

COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APTIC.

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2013

ANO MOD 2013

VERMELHA

2P/0CV/185CC

PARTEC

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

DETRAN

CE

014414208552

04523768315

ORZ7643

549498451

9C2KC1670DR511271

GASOL/ALCO

PAS/MOTOCICLO/NAO APTIC.

HONDA/CG 150 FAN ESI

2013

2013

VERMELHA

2P/0CV/185CC

PARTEC

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

VENÇ. COTAS 1º 2º 3º

**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 Ailton 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 NAO 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 casualidade: 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- 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




RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393247/19

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

CPF: 045.237.683-15

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 07/06/2019

CPF de: Próprio

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

PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Valoração 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

Valoração 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, Ceara.

OUTORGADO:

Nome: Paulo Jose Alves de Moraes

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, Ceara.

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 fe.

Quixeramobim/CE 17 SET 2019

[Assinatura]

13-KARLA PATRICIA FARIAS DE ALMEIDA

☐ LIANA DIAS LEMOS LIMA

☐ JANIelly MORAIS MACIEL

ESCREVENTES

Neste Documento 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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

CPF de: Próprio

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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 07/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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