

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E SPECTROSCÓPIA

Polegar Direito

Janayna Monteiro de Lima.

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007838033 - 7 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/03/2011

NOME JANAYNA MONTEIRO DE LIMA
FILIAÇÃO JOÃO JERÔNIMO DE LIMA
MILDA DE OLIVEIRA MONTEIRO

NATURALIDADE LIMOEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO 06/03/1998

DOC. ORGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 25190 FOLHA: 254
LIVRO: A-22 LIMOEIRO DO NORTE - CE
CPF

1 VIA *Frederico de Sá*
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.115 DE 29.09.89 P.: 156

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

398 0040 1646 2136

Nome: Janayna Monteiro Lima
Data de nascimento: 06/03/98
Sexo: Data de emissão:
Município de residência: CURATÃO UF: SP

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
071.523.853-19

Nome
JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

Nascimento
06/03/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
11D4.CF43.6533.3BD5

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:09:10 do dia 17/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200061761 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 7_LAUDO MÉDICO

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200061761 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

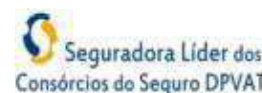
Observações: PÁG 7_LAUDO MÉDICO

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050240/20

Vítima: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

CPF: 071.523.853-19

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 03/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JANAYNA MONTEIRO DE LIMA : 071.523.853-19

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: 05/02/2020
Nome: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA
CPF: 071.523.853-19

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: Gabriel Pacheco Victal de Oliveira
CPF: 147.883.137-58

JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

Gabriel Pacheco Victal de Oliveira

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061761

Vítima: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061761

Vítima: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000001781-7

Conta: 0000029265-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

JANAYIA MONTEIRO DE LIMA

6 - CPF:

071.923.853-19

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

SETOR NH-5

9 - Número:

511

10 - Complemento:

RUA RURAL

11 - Bairro:

SETOR NH-5

12 - Cidade:

LIMOEIRO DO NORTE

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62930-000

15 - E-mail:

mariajose-dir@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(85) 3034-3096

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

1781

CONTA:

0029265

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivas)?

☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Limoeiro do Norte - CE, 103 de fevereiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Serviço tarifado conforme cartaz de tarifa em vigor.

Extrato últimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

10:16 HRS

AGENCIA 1781 CONTA 0029265-6

23/JAN/2020

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUPI

-----JANEIRO/2020-----

DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
23	SALDO ANTERIOR		0,00
	TARIFA BANCARIA 0130120		27,00-
	CESTA EXPRESSO 5 - R		
	SALDO TOTAL		27,00-



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019657998



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2435 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/09/2019 09:57:05**
Data / Hora da Ocorrência: **03/05/2019 14:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT SETOR NH 5 CEP: 62.930-000, ZONA RURAL - LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JANAYNA MONTEIRO DE LIMA**
Nascimento: **06/03/1998** CPF: **071.523.853-19**
RG: **20078380337** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **HILDA DE OLIVEIRA MONTEIRO**
JOÃO JERÔNIMO DE LIMA
Endereço: **SITIO SETOR NH5**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP: **62.930-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

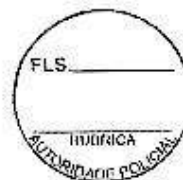
- 1) Placa: **HYT6845** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC08507R079473** Renavam: **943394759** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **FRANCISCO CARLOS DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OCQ8552** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi: **9C2JC4820BR055863** Renavam: **323475884** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA ERANDIR DE PONTES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A NOTICIANTE INFORMOU QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS, CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 125 ES DE PLACA OCQ 8552/CE NA ESTRADA CARROÇAVEL QUE LIGA O SETOR NH5 A BR 116; QUE SEGUIA EM DIREÇÃO AO SETOR NH5, QUANDO VEIO A COLIDIR COM UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN ES DE PLACA HYT 6845 QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO; QUE O MOTOQUEIRO DA OUTRA MOTO IDENTIFICADO POR ALEXANDRE FERNANDES PEREIRA FALECEU DEVIDO AO ACIDENTE, ENQUANTO A NOTICIANTE SOFREU DIVERSAS LESÕES; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL SÃO CAMILO (ANTIGO HOSPITAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE); QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDA PARA O IJF/FORTALEZA, ONDE PERMANECEU INTERNADA DURANTE DOIS MESES E DOZE DIAS; QUE SOFREU DIVERSAS FRATURAS NOS DEDOS, MÃO E BRAÇO DIREITO, FRATURAS NA FACE E NO MAXILAR, FRATURAS NA PERNA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019657998



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2435 / 2019

ESQUERDA, SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO; QUE SE SUBMETEU A QUATRO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Valéria Maia de Castro
VALERIA MAIA DE CASTRO - MAT.: 133928-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Gonaynor Monteiro de Lima

VISTO DO DELEGADO(A): Bruno Antonio de Souza Varela
BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

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:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

JANAYIVA MONTEIRO DE LIMA

6 - CPF:

071.923.853-19

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

SETOR NH-5

9 - Número:

514

10 - Complemento:

RUA RURAL

11 - Bairro:

SETOR NH-5

12 - Cidade:

LIMOEIRO DO NORTE

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62930-000

15 - E-mail:

mariajose-dir@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(85) 3034-3096

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

1781

CONTA:

0029265

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vulgarmente)?

☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Limoeiro do Norte - CE, 03 de fevereiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000029265-6

Nr. Autenticação

BRABESCO1702202005000000000023701781000000029265135000 PAGO



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE LIMOEIRO DO NORTE
Av. DOM AURELIANO NATA 1403 - CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE-CE
CEP: 62530-000 - CNPJ: 07.825.932/0001-70
Fone: (88) 3423.4200 - Site: www.saae-limoeiro.com.br

DOMICÍLIO
10/2019

INScrição: 0027837.0
CLASSE: PAR R-8
TARIFA: 01
ECONOMIAS: REC COM IND PUS OUT
MÊS: 10/2019
HIDROMETRO: A18E101791
INSTALAÇÃO: 02/10/18
LOCALIZAÇÃO: CO.CO 25.0000000064
CÁTERA: 190192176

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

SETOR NH-5 - SETOR NH-5

CEP: 62 930-000 LIMOEIRO DO NORTE-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

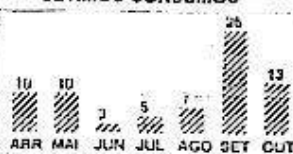
COD	DESCRIÇÃO	VALOR
01	ÁGUA	34,16
16	MULTA POR ATRASO - 07/2019	0,61

HIDROMETRIA

LEITURA
ANTERIOR: 161
ATUAL: 164
CONSUMO: 13
LEITURISTA: 35

DATA
13/09/19
15/10/19
DIAS: 32
000.00

ULTIMOS CONSUMOS



MÉDIA: 10 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO (L):
PARÂMETRO: PADRÃO TOTAL ANÁLISE PERÍODO A VALOR MÉDIO

DÉBITO(S):

EXISTE(M) NATUREZA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 127,43

VENCIMENTO 11/11/2019 VALOR R\$ 34,77

CONFORME ABAIXO INFORMADO, EXISTEM DÉBITOS PARA COM ESTE SERVIÇO. SOLICITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO MESMO ATÉ A DATA 25/10/19 QUANDO SERÁ EFETUADO O CORTE SEM PREVIO AVISO. TEL. 99779-8515/3423-4200/99986-084
CASO TENHA EFETUADO O PAGAMENTO, DESCONSIDERAR ESSA LOCALS PAGTO: SAAE/ MERCANT.NOVA OPÇÃO/ LOTÉRICAS/ OU CAIXA INTERNET BANKING/ CORRESPONDENTES CAIXA/ FARM S.

CONSUMIDOR



Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. Jessé Freire

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: TO Data: / / às : h

CONDUTA: ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Data: / / às : h

CONDUTA: ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Data: / / às : h

CONDUTA: ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO – ESPECIALIDADE: Data: / / às : h

CONDUTA: ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(h)

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO – TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evasão
☐ Óbito

Data: / / às : h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não Data: / / às : h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:

Instituto Dr. José Frota



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Nome: Janayna Monteiro de Lima

Prontuário: 5615061

RETORNO BMF

DATA DE RETORNO: 17/07/2019 (quarta-feira)

PROFISSIONAL: Dr. Afonso

HORÁRIO: 11:00h

CONDUTA:

- Acompanhamento PO de Osteossíntese de fratura de COZM E + osteossíntese de fratura de côndilo mandibular E
- Cirurgia dia 10/07/2019

Data: 12/07/2019

Assinatura e carimbo



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ncia.com.br/ijf2/c_paciente_resumo.php?pa

RECEITUÁRIO

SÉ FROTA

Paciente: Imayna Monteiro de Lima
BE / Prontuário: _____

Cze interno

⑤ Xorelto 50mg ——— continue
Tomar 01 comprimido, via oral, uma
vez ao dia até o retorno

Data: 13/06/19


Dra. Amanda Progenio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CREMEC 20203
Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
Rua Barão do Rio Branco, 1616 - Centro - CEP 60.025-081 - Fortaleza, Ceará (Brasil)
(85) 3255-5000.

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------


Dra. Amanda Progenio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CREMEC 20203
Ass.: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 13/06/19

US

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

2 - CNES

2527707

4 - CNES

2527707

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.3107.869.8729-80

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/03/1998

9 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 2

10 RAÇA/COR

03 - Parda

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

77219

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

HILDA DE OLIVEIRA MONTEIRO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ERICA DAIANA FREITAS

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

AVENIDA MANOEL FIDELIS MAIA, 1693, ANTONIO HOLANDA DE OLIVEIRA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 99623-1212

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2307601

18 - UF

CE

19 - CEP

62930-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto-moto, com TCE grave e fraturas da coluna cervical.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

Andréa Greco Rocha

Coord. da Med. Emerg.

CRM 24.113-15

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

Exame físico e histórico clínico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE grave

24 - CID 10 PRINCIPAL

S06.8

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

B01.06.00.88

29 - CLÍNICA

MEDICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

702601647040063

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

MABSON DELANO ALVES BARBOSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/05/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGUADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Imprimir

Ass.: _____

Retornar dia: ____/____/____



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Data: ____/____/____

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

LEITO: _____

DATA DE 03/05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 13/06/2019

BE/PRONT: 5615061

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do hálux (OPERADA) + Contusão do joelho (CONSERVADOR)

CONDUTA DIA 03/05/19, LUXACAO/FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO +
DECIDIDA LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DOS JOELHOS + FRATURA DE
PARA CADA ESTILOIDE DA ULNA DIR + 5ª METACARPO DIREITO. DR SALES INDICA
LESAO: TRATAMETNO CONSERVADOR FRATURAS DE MSD, ALTA DA TO:
RETORNO AMBULATORIAL COM DR SALES EM 15 DIAS (MARGAR);
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM CITRAFE (MARGAR)

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDO
RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Dra. Amanda Progenio dos Santos Ortopedia e Traumatologia Médica Residente CREMEC 20203		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. _____
Data: 13, 06 19	Dispensa do trabalho por: 320 dias	

HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME DO PACIENTE: <u>Janailma Henriques de Almeida</u>				
IDADE: <u>21</u>	SEXO: <u>Feminino</u>	EST. CIVIL: <u>Solteira</u>	FONE: <u>(08) 996-231212</u>	
ENDEREÇO: <u>1. morro</u>			MUNICÍPIO:	UF:
1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO: ☐ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO; ☒ OUTROS: _____				
COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM <u>03/05/19</u> E ALTA EM <u>12/07/19</u>				
PARA FINS DE _____				
Fortaleza, _____ de _____ de _____.				
Assinatura do Requerente				
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE				
NOME:				
IDADE:	SEXO:	EST. CIVIL:	FONE: ()	
ENDEREÇO:			MUNICÍPIO:	UF:
☐ PRÓPRIO PACIENTE (Anexar Doc. 1)	☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS (Anexar Doc. 1, 2 e 3)	☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO (Anexar Doc. 1, 3 e 4)	☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:				
⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014). ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida. ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.				
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos). 2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade). 3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração). 4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF. 5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.				
REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO				
☐ DO REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE				
Fortaleza - CE em ____/____/____.				
Assinatura do Recebedor				



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA/TRANSFERÊNCIA

Nome: Janayna Monteiro de Lima

Prontuário: 5615061 unidade: 15 Leito: 22

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em seu 2ª DPO de osteossíntese de fratura do complexo zigomático-maxilar D e E. Evolui consciente, orientada, eupneica e afebril. Ao exame físico apresenta acuidade visual e motilidade ocular preservada, aumento de volume em terço médio da face compatível com procedimento cirúrgico, suturas intra e extra orais em posição sem sinais de sangramento ou infecção, oclusão dentária estável e abertura bucal satisfatória, sem do orientada a fisioterapia para melhora da abertura bucal

Diagnóstico Principal: Fratura dos ossos malares e maxilares

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Nao

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese de fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar e côndilo mandibularmandibular

Cirurgião: Dr. Afonso Tipo de anestesia: Geral

Data: 10/07/2019

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (X) Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: (X)

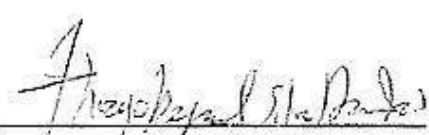
Retornar : Dia 17/07/19 às 11:00 horas com Dr. Afonso

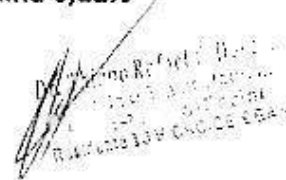
Observações:

Higiene oral 4x/dia com uso de bochecho com digluconato de clorexidina 0,12%

Prescrição domiciliar

Data: 12/07/2019


Cirurgião Dentista


CRO/Carimbo



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a).: Nome: Janayna Monteiro de Lima

Deu entrada neste hospital no dia 03/05/2019, com fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar (CID: S02.4).

Observações: Paciente necessita de 15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais a contar da presente data, do ponto de vista da Cirurgia Bucomaxilofacial.

Fortaleza, 12 de julho de 2019.

Dr. *[Assinatura]* Rafael S. Santos
Médico Especialista em
Cirurgia Bucomaxilofacial
R. José de F. Costa 1418 - CRÓD - 08.446

Assinatura / Carimbo.

Imprimir

Resumo de alta

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

LEITO:

DATA DE 03/ 05/2019
INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 13/06/2019

BE/PRONT: 5615061

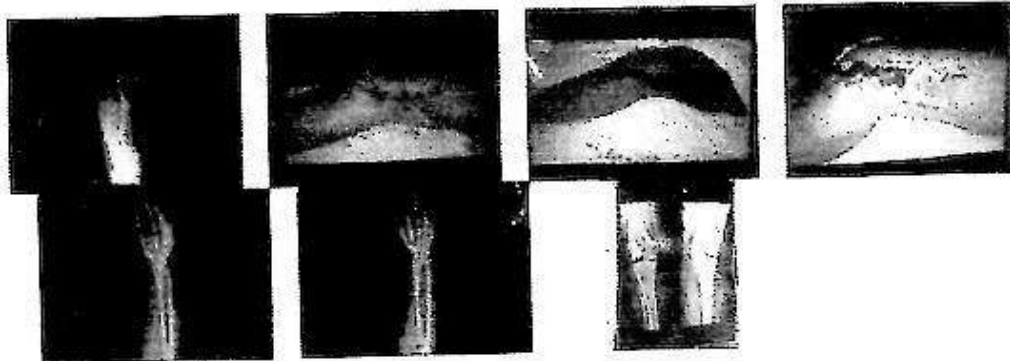
CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do hálux (OPERADA) + Contusão do joelho (CONSERVADOR)

CONDUTA DIA 03/05/19, LUXACAO/FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO +
DECIDIDA LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DOS JOELHOS + FRATURA DE
PARA CADA ESTILOIDE DA ULNA DIR + 5º METACARPO DIREITO. DR SALES INDICA
LESAO: TRATAMETNO CONSERVADOR FRATURAS DE MSD, ALTA DA TO:
RETORNO AMBULATORIAL COM DR SALES EM 15 DIAS (MARCAR);
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM CITRAFE (MARCAR)

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:STAFF DO
LEITO: INDEFINIDORESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

Dra. Amândia Progenio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CREMEC 20203

Ass.:

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 13/06/19

Imprimir

 **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**
HONRAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ass.: _____

Retornar dia: _____

Data: ____/____/____

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

LEITO:

DATA DE 03/05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 13/06/2019

SE/PRONT: 5615061

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura da hálux (OPERADA) + Contusão do joelho (CONSERVADOR)

CONDUTA DIA 03/05/19, LUXACAO/FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO +
DECIDIDA LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DOS JOELHOS + FRATURA DE
PARA CADA ESTILOIDE DA ULNA DIR + 5º METACARPO DIREITO. DR SALES INDICA
LESAO TRATAMETNO CONSERVADOR FRATURAS DE MSD. ALTA DA TO:
RETORNO AMBULATORIAL COM DR SALES EM 15 DIAS (MARCAR);
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM CITRAFE (MARCAR)

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:STAFF DO STAFF
LEITO: INDEFINIDORESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO: INDEFINIDODra. Amanda Progenio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente

Ass: _____

CREMEC 20203

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para

Dr. _____

Data: 13/06/19

Dispensa do trabalho por: 120 dias



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a).: Nome: Janayna Monteiro de Lima

Deu entrada neste hospital no dia 03/05/2019, com fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar (CID: S02.4).

Observações: Paciente necessita de 15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais a contar da presente data, do ponto de vista da Cirurgia Bucomaxilofacial.

Fortaleza, 12 de julho de 2019.

Assinatura / Carimbo.



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

IDADE: 21 SEXO: F EST. CIVIL: SOLTEIRA FONE: 88 9961223-23

ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: LIMOEIRO DO NORTE UF: CE

1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO:

☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO;

☐ OUTROS: _____

COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM 03/05/19 ALTA EM 12/07/19
PARA FINS DE RECEBIMENTO DO DPVAT
Fortaleza, 12 de 07 de 19

Helda de Oliveira monteiro
Assinatura do Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME: NELDA DE OLIVEIRA MONTEIRO

IDADE: 46 SEXO: F EST. CIVIL: SOLTEIRA FONE: 88 99720-9660

ENDEREÇO: SETOR NH5, Nº 28 ZONA RURAL MUNICÍPIO: LIMOEIRO DO NORTE UF: CE

☐ PRÓPRIO PACIENTE ☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS ☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO ☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ
(Anexar Doc. 1) (Anexar Doc. 1, 2 e 3) (Anexar Doc. 1, 3 e 4) (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- ⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmentemente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014).
- ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida.
- ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos).
2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e Incapazes por enfermidade).
3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração).
4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF.
5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.

REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

☐ O REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE

Fortaleza - CE em 12/07/19

Helda de Oliveira monteiro
Assinatura do Recebedor



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA/TRANSFERÊNCIA

Nome: Janayna Monteiro de Lima

Prontuário: 5615061 unidade: 15 Leito: 22

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em seu 2ª DPO de osteossíntese de fratura do complexo zigomático-maxilar D e E. Evolui consciente, orientada, eupneica e afebril. Ao exame físico apresenta acuidade visual e motilidade ocular preservada, aumento de volume em terço médio da face compatível com procedimento cirúrgico, suturas intra e extra orais em posição sem sinais de sangramento ou infecção, oclusão dentária estável e abertura bucal satisfatória, sem do orientada a fisioterapia para melhora da abertura bucal

Diagnóstico Principal: Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Não

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese de fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar e côndilo mandibularmandibular

Cirurgião: Dr. Afonso Tipo de anestesia: Geral

Data: 10/07/2019

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (X) Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: (X)

Retornar : Dia 17/07/19 às 11:00 horas com Dr. Afonso

Observações:

Higiene oral 4x/dia com uso de bochecho com dgluconato de clorexidina 0,12%

Prescrição domiciliar

Data: 12/07/2019


Cirurgião Dentista


CRO/Carimbo

Imprimir

Resumo de alta


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
 24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA

LEITO:

DATA DE 03/05/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 13/06/2019

BE/PRONT: 5616061

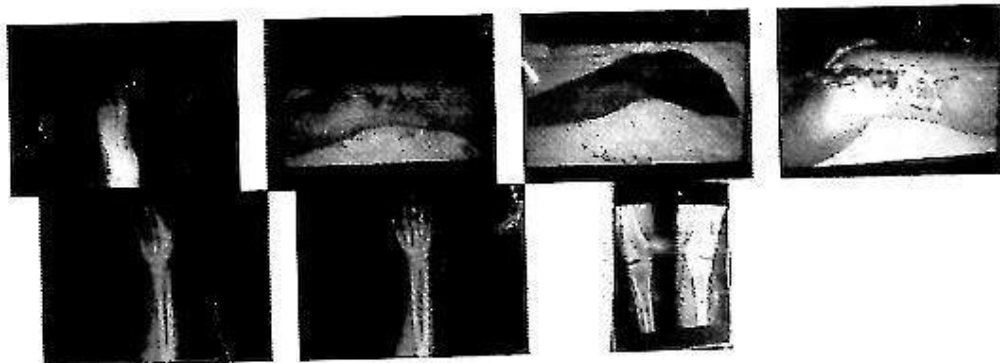
CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura do halux (OPERADA) + Contusão do joelho (CONSERVADOR)

CONDUTA DIA 03/05/19, LUXACAO/FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO +
 DECIDIDA LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES DOS JOELHOS + FRATURA DE
 PARA CADA ESTILOIDE DA ULNA DIR + 5º METACARPO DIREITO. DR SALES INDICA
 LESAO: TRATAMETO CONSERVADOR FRATURAS DE MSD, ALTA DA TO:
 RETORNO AMBULATORIAL COM DR SALES EM 15 DIAS (MARCAR);
 ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM CITRAFE (MARCAR)

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:STAFF DO
LEITO: INDEFINIDORESIDENTE
DO LEITO: RESIDENTE
INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

Dra. Amanda Progenio dos Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 Médica Residente
 CREMEC 20203

Ass.:

Retornar dia: / /

Hora: para

Dr.:

Data:

13/06/19



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza- CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

Dr. José S. Dantas
Médico
CRM 10.000
Rég. Prof. 0848

PACIENTE: Janayna Montelro de Lima

ENDEREÇO: Setor N H 5, 28, zona rural - Limoeiro do Norte / CE

PRESCRIÇÃO:

USO INTERNO:

1) Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potássio 125mg----- 30 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 15 dias.

2) Nimesulida 100mg----- 06 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg----- 10 comp

Tomar 01 comprimido de 06/06hrs em caso de dor.

DATA: 12/07/2019

Dr. José S. Dantas
Médico
CRM 10.000
Rég. Prof. 0848

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: NÍDA DE OLIVEIRA MONTIRO

RG: 2007917118-9

ENDEREÇO: Setor N H 5 28

FORNECEDOR

DATA: ____/____/____

FORNECEDOR:



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza- CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

[Handwritten signature]

PACIENTE: Janayna Monteiro de Lima

ENDEREÇO: Setor N H 5, 28, zona rural – Limoeiro do Norte / CE

PRESCRIÇÃO:

USO INTERNO:

1) Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potássio 125mg----- 30 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 15 dias.

2) Nimesulida 100mg----- 06 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg----- 10 comp

Tomar 01 comprimido de 06/06hrs em caso de dor.

DATA: 12/07/2019

[Handwritten signature]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

RG:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: __/__/__

FORNECEDOR:

Instituto Dr. José Frota



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Nome: Janayna Monteiro de Lima

Prontuário: 5615061

USO EXTERNO

- 1) Dígluconato de Clorexidina _0,12% (sem álcool) _____ 01 frasco
Bochechar 10mL , 2 vezes ao dia, por 01 minuto, durante 10 dias.

Obs: bochechar 30 minutos após a escovação.

Data: 12/07/2019

Assinatura e carimbo



Prefeitura de
Fortaleza
Cidade Maravilhosa

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza-CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

[Handwritten signature and stamp]

PACIENTE: Janayna Monteiro de Lima

ENDEREÇO: Setor N H 5, 28, zona rural – Limoeiro do Norte / CE

PRESCRIÇÃO:

USO INTERNO:

1) Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potássio 125mg----- 30 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 15 dias.

2) Nimesulida 100mg----- 06 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg----- 10 comp

Tomar 01 comprimido de 06/06hrs em caso de dor.

DATA: 12/07/2019

[Handwritten signature]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

RG:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: __/__/__

FORNECEDOR:



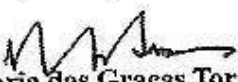
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar a Sra. **JANAYNA MONTEIRO DE LIMA**, portadora do RG n.º 2007838033-7, SSPDS-CE, inscrita no CPF n.º 071.523.853-19, dia 03/05/2019, às 14h10, Município de Limoeiro do Norte-CE, no setor NH, descida do triângulo, próximo a ponte do Banabuiú, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicletas, sendo removida para o **Hospital Regional Doutor Deoclécio Lima Verde** e em seguida para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 10 de janeiro de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

Gula de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 077219	Atendimento 0005	Nome do Paciente JANAYNA MONTEIRO DE LIMA	CNS 703107869872960	Gula de Autorização
Documento(s) Identidade: 20078380337 CPF: 071.523.853-19	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino		
Data de Nascimento 06/03/1998	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE	Idade 21 Ano(s)		
Paí JOAO JERONIMO DE LIMA	Mãe HILDA DE OLIVEIRA MONTEIRO			
Endereço AVENIDA MANOEL FIDELES MAIA, 1693	Bairro ANTONIO HOLANDA	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável ERICA DAIANA FREITAS	CPF do Responsável	Endereço AVENIDA MANOEL FIDELES MAIA, 1693	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 03/05/2019	Hora 14:32	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MABSON DELANO ALVES BARBOSA	CRM/UF 18781/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA		
Indicador de Acidente	Funcionário RAFAELA KAENNY LEITAO BRITO VIEIRA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg)
				Oximetria (%)
				Glicemia (mg/dL)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de colisão moto-moto, com lesão extensa em toda cabeça, pescoço e membros.

- A - Hx de lesão de cabeça, pescoço e membros.
- B - Hx de lesão de cabeça, pescoço e membros.
- C - Sinais de lesão de cabeça, pescoço e membros.
- D - Glic: 92 mg/dL.
- E - Lesão extensa em toda cabeça, pescoço e membros.

CD: 0 SDC 1000L, com lesão - SDC SDC SDC SDC

0 Tamanho 50x11 (H) - 0.100 90, 91, 80, 100

0 Solicito Hx: 710104 1A 101104

0 Paciente com lesão de cabeça, pescoço e membros.

0 Solicito Hx: 710104 1A 101104

0 Solicito Hx: 710104 1A 101104

0 Solicito Hx: 710104 1A 101104

0 Solicito Hx: 710104 1A 101104

0 Solicito Hx: 710104 1A 101104

0 Solicito Hx: 710104 1A 101104

Paciente com lesão de cabeça, pescoço e membros.

Erica Dayana Freitas Maia
MABSON DELANO ALVES BARBOSA - CRM: 18781
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ERICA DAIANA FREITAS
Mabson Delano Alves Barbosa
Clínico Geral
CREMEC 18781

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 03/03/2019 21:32:51	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 703107809872960	NOME: JANAYNA MONTEIRO DE LIMA				Registro: 5015061		
CPF: 07152385319	RG: 20078380337	D.NASC: 08/03/1998	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: HILOA DE OLIVEIRA MONTEIRO				NOME DO PAI: JOÃO JERONIMO DE LIMA			
TIPO DE LOGRADUARO: Distrito	ENDEREÇO DO PACIENTE: SETOR N H 5		Nº: 28	BARRIO: ZONA RURAL			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 998015808	MUNICÍPIO: LIMOEIRO DO NORTE	UF: CE	CEP: 62930000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU CE UFA 134 GOND ALISSON		PARENTESCO: COMPANHEIRA/VERGA		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas							
QUEIXAS: colisão moto/moto as 14:00hs. Regulado UNISUS. origem limoeiro do norte. fratura exposta MMII, curativo oclusivo região frontal a esquerda. bateu a cabeça, tórax, náuseas, vômito.							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala da Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
02 10 2019 1382 Edmundo de Faria							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hosp São Camilo

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Maria Terezeide de Jesus

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 25 anos Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente vítima de acidente automobilístico, refere queixa de dor intensa em pé esquerdo associada a edema. Refere um Resultado de Exames: do capote. Nega TCE, náuseas e vômitos. Raio x de pé esquerdo: fratura do 2º e 3º metatarsos fechada.

Conduta já Realizada:

Analgesia + imobilização.

Impressão Diagnóstica: fratura de 2º e 3º metatarsos do pé esquerdo fechada.

Assinatura do Encaminhante _____
DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA
Registro

Clotilda
Função

06/04/19
Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: Ortopedia

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____

CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ NÃO