

---

**Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200094694**

**Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 18/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

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, 13 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200094694**

**Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 18/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

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: JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000000997-0**

**Conta: 0000035577-1**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200094694**

**Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 18/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

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\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: **JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000997-0**

Conta: **0000035577-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 618.366.623-86 4 - Nome completo da vítima: Jânio Barbosa de Sousa

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

5 - Nome completo: Jânio Barbosa de Sousa 6 - CPF: 618.366.623-86  
7 - Profissão: Liquidador 8 - Endereço: R. Calheiros 9 - Número: 510 10 - Complemento: Lona  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Piranga 13 - Estado: CE 14 - CEP: 6220-000  
15 - E-mail: janneilma1607@yahoo.com 16 - Tel. (DDD):

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: 097 0 CONTA: 35577 1  
(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) ☐ 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 nascituro (vairascer)? ☐ 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 aqueles 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:

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 IPUEIRAS  
 Impresso nº 202085458



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484 - 131 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **29/01/2020 09:40:28**  
 Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2019 00:30:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AV DR. EPITÁCIO DE PINHO - PORANGA/CE**  
 Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JUNIO BARBOSA DE SOUSA**  
 Nascimento: **18/05/2000** CPF: **618.366.623-86**  
 RG: **654266864** Órgão Emissor: **SSP** UF: **SP**  
 Filiação: **MARTA BARBOSA DE QUEIROZ**  
**GERALDO GONÇALVES DE SOUSA**  
 Endereço: **SITIO CABOCLOS**  
 Bairro: **ZONA RURAL**  
 Município: **PORANGA/CE** CEP:  
 País: **BRASIL** Telefone: **(11) 96431-9957**

**Histórico**

A PESSOA ACIMA QUALIFICADA COMPARECEU EM CARTÓRIO DESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, ONDE, APÓS SER CIENTIFICADA DO TEOR DOS ARTIGOS 339 E 340 C.P.B., COMUNICOU O SEGUINTE: QUE NO DIA 18 DE NOVEMBRO DO ANO DE 2019, POR VOLTA DAS 00:30, ESTAVA TRANSITANDO A PÉ, PELA AVENIDA DOUTOR EPITÁCIO DE PINHO, CENTRO DE PORANGA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO, O QUAL NÃO SABE CARACTERIZAR, NEM IDENTIFICAR O CONDUTOR, POIS O MESMO SE EVADIU DO LOCAL, SEM PRESTAR SOCORRO; QUE, COM A COLISÃO, CAIU AO CHÃO, INCONSCIENTE, E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE PORANGA, POR UMA PESSOA CONHECIDA POR DANIEL, RESIDENTE NA LOCALIDADE DE PAU ROXO, ZONA RURAL DE PORANGA-CE; QUE, EM SEGUIDA, FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, ONDE FICOU INTERNADO POR 3 DIAS; QUE FICOU COM UMA FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DO PÉ DIREITO; QUE NÃO SABE CARACTERIZAR O VEÍCULO QUE LHE ATROPELOU POIS O CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; NADA MAIS DISSE.//

OBS: NÃO HÁ RELATÓRIO DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, GUARDA-CIVIL MUNICIPAL, IML, SAMU, E NEM DE OUTROS ÓRGÃOS DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO, PORÉM APRESENTARAM-SE COMO TESTEMUNHAS AS PESSOAS DE MARIA VIVIANE FREITAS MATOS, RESIDENTE NO DISTRITO DE CABOCLOS, ZONA RURAL DE PORANGA-CE (TEL:11 952501025 ), A QUAL RELATOU QUE É ESPOSA DA VÍTIMA E PRESENCIOU O MOMENTO DO ACIDENTE, OCASIÃO EM QUE O MESMO FOI ATROPELADO POR UM CARRO, O QUAL NÃO FOI IDENTIFICADO, DISSE AINDA QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PORANGA, SENDO TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA E ANTONIA MIKAELLY LIMA BEZERRA RESIDENTE NA RUA RAIMUNDO BEZERRA DE MENEZES, 427, JARDIM DAS OLIVEIRAS, PORANGA-CE (TEL:

*Francisco Irlan Pontes Filizola*  
 ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS

MAT: 300619-1-8

Consolidado em: 29/01/2020 10:12:42

*x Antonia Mikaelly Lima Bezerra* Pag. 1 de 2

Impresso em: 29/01/2020 10:13:16

*Junio Barbosa de Sousa*

*Le Villian Furtos notes*

*[Handwritten signature]*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS  
Impresso nº 202085458



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484 - 131 / 2020

88 996504812), A QUAL RELATOU QUE PRESENCIOU O ACIDENTE, NO QUAL A VÍTIMA FOI ATROPELADA POR UM CARRO, O QUAL NÃO FOI IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PORANGA, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA EM SOBRAL, APRESENTANDO LESÃO NO TORNOZELO DO PÉ DIREITO; AS TESTEMUNHAS PRESTARAM O COMPROMISSO DE FALAR A VERDADE E FICARAM CIENTES DA POSSIBILIDADE DE RESPONDEREM PELO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, NOS TERMOS DO ARTIGO 342 DO CPB; NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO IRLAN PONTES FILIZOLA - MAT.: 300619-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Adriana Barbosa de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO DE ALMEIDA PAZ - MAT.: 301258-5-1

Testemunhas:

X Antonia Mikelly Lima Bezerra

X M - Vinícius Brites Neto



# 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: 618.366.623-86 4 - Nome completo da vítima: Jímio Barbosa de Sousa

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

5 - Nome completo: Jímio Barbosa de Sousa 6 - CPF: 618.366.623-86  
7 - Profissão: Liquidador 8 - Endereço: R. Calheiros 9 - Número: 510 10 - Complemento: Lona  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Piranga 13 - Estado: CE 14 - CEP: 6220-000  
15 - E-mail: kamellina1607@yahoo.com 16 - Tel. (DDD):

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: 097 0 CONTA: 35577 1  
(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) ☐ 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 nascituro (vairascer)? ☐ 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 aqueles 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: Piranga - CE 19.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BRADESCO

# 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:

01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000035577-1

Nr. Autenticação

BRDESCO010420200500000000002370099700000003557784375 PAGO

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: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000035577-1

---

Nr. Autenticação

BRABESCO1103202005000000000023700997000000035577168750    PAGO


**5614658**

Para aplicar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

for criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CDP 06.105.849-3



---

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 023223478**

Rota: PN123R04 - 221000      Referência: 10/2019

Nome: ANTONIA NILCA ARAUJO FREITAS

Endereço: DT CABOCLOS, 00000, CABOCLOS, 62220-000, PORANGA

Classificação: **Agropecuária**      Emissão: 09/10/2019


Modalidade: **B2 RURAL**      Medidor: 2664813-FAE-048

Ligação: **Trifásico**

**ÁREA RESERVADA AO FISCO**      **ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**

**DATAS DE LEITURA**

Anterior	Atual	P.F. - Próxima prevista
01-09-2019	01-10-2019	05-11-2019



---

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
25	5.968	5.738	1,00	150	00	150	0,55233	82,85

---

**DADOS DO FATURAMENTO**

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	4,52
CONSUMO	0,55233	82,85
ADICIONAL BAND. AMARELA	-	0,41
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	7,13

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	90,39	27,00	24,41
PIS	90,39	0,03	0,02
COFINS	90,39	0,14	0,13

**13/11/2019**

**CONSUMO CONSCIENTE**

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>)    Compensado kg (CO<sub>2</sub>)    Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 0 100

**TOTAL A PAGAR (R\$)** **94,91**

**CPF/CNPJ** **311.051.732-91**

**PERÍODOS DE FATURAMENTO**

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 05/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 04/10

PERÍODO	VALOR (R\$)
05/09 - 30/09	78,79
<b>Total:</b>	<b>R\$ 78,79</b>





ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORANGA  
SECRETARIA DE SAÚDE

Nº 00:56  
DATA: 18/11/13

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:

Junior Barbosa de Sousa

RG: 65426686-4

ESTADO CIVIL:

Solteiro

SEXO: M

DATA DO NASC: 18/05/00

IDM 3E: 18a

NATURALIDADE:

Luciana - GO

PROF:

Agricultor

RESIDÊNCIA:

Capobelo

CNS:

FILIAÇÃO:

Genildo Gonçalves de Sousa e Marta Barbosa de

Aleixo

CONJUGE:

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Fratura exposta na perna - 2, decorrente de acidente de trânsito (STC).

4. PESO: KG

5. P.A.

mmHg

6. TEMPERATURA:

°C

7. EXAMES SOLICITADOS:

Assinatura do paciente ou responsável: *Junior Barbosa de Sousa*

Assinatura do médico:

GRANDE ALBERTO MARIN  
MÉDICO  
CRM 17.78

1- Cefoperazona 100-g + 100-ml 5F0,5%

Ev - 2875.1-5m

2- Tramedol 100-g + 100-ml 5F0,5%

Ev - 2875.1-5m

3- Inactivação por osmose.



DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 975860  
Paciente: JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
Sexo: MASCULINO  
Dt. Nasc: 18/05/2000  
Mãe: MARTA BARBOSA DE QUEIROZ  
Pa:   
E. Civil: SOLTEIRO  
Endereço: BETANIA  
Bairro: ZONA RURAL  
Cidade: PORANGA  
Fone: 985942150  
CPF: 61836662386  
Idade: 19a 6m 1d  
Cor: PARDA  
CNS: 705506341346599  
Nº: 0  
CEP: 62220-000  
UF: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:  
Endereço:  
Documento:  
Fone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 5655111 Atendente: RAIMUNDO COSTA  
Data: 18/11/2019 Hora: 09:03 Permanência: 3 Dias  
Procedimento: 0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRAT  
Médico: ANDERSON NUNES CÁSSIANO (RES)  
Unidade Int: UI EMERGENCIA ADULTA  
Leito: LEITO EXT-12 EMERG. ADULTA  
Convênio: SUS - SIH  
Plano: 1  
Parteira:  
Guia:

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

RMV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação Emitido por: SHEILA COSTA  
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente Em: 21/11/2019 17:32

Atendimento: 5655111 Dt. Atendimento: 18/11/2019 - 09:03

Data Alta: 21/11/2019 Hora Alta: 17:00

Paciente: 975860 JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Servico: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA Convênio: 1 SUS - SIH  
Leito: 160 LEITO 10-3 - C.S.SAO J Plano: 1 SUS - SIH

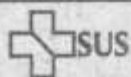
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuario: SHEILA COSTA  
CID: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimento de Alta: 40805049 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRI

Observação de Alta:

ALTA MÉDICA DA PRESCRIÇÃO: 2319291  
DATA/HORA: 21/11/2019 10:29:33  
USUÁRIO DA ALTA: PONCIANO LIMA  
MOTIVO DA ALTA: 1 - ALTA MELHORADA





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

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Nº ID: 5655111 DT. ATEND.: 18/11/2019 - 09:05  
MATER.: 975860 NASCIMEN.: 18/05/2000  
NOME.: JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
MÃE.: MARTA BARBOSA DE QUEIROZ  
CPF.: 51836662388 CKS: 706506341346599 SUSFACIL:  
ENDER.: BETANIA 0  
BAIRRO: ZONA RURAL - PORANGA -CE- CEP: 62220000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - RACIA

10 - RACIA

11 - RACIA

12 - RACIA

13 - RACIA

14 - RACIA

15 - RACIA

16 - RACIA

17 - RACIA

18 - RACIA

19 - RACIA

20 - RACIA

21 - RACIA

22 - RACIA

23 - RACIA

24 - RACIA

25 - RACIA

26 - RACIA

27 - RACIA

28 - RACIA

29 - RACIA

30 - RACIA

31 - RACIA

32 - RACIA

33 - RACIA

34 - RACIA

35 - RACIA

36 - RACIA

37 - RACIA

38 - RACIA

39 - RACIA

40 - RACIA

41 - RACIA

42 - RACIA

43 - RACIA

44 - RACIA

45 - RACIA

46 - RACIA

47 - RACIA

48 - RACIA

49 - RACIA

50 - RACIA

51 - RACIA

52 - RACIA

53 - RACIA

54 - RACIA

55 - RACIA

56 - RACIA

57 - RACIA

58 - RACIA

59 - RACIA

60 - RACIA

61 - RACIA

62 - RACIA

63 - RACIA

64 - RACIA

65 - RACIA

66 - RACIA

67 - RACIA

68 - RACIA

69 - RACIA

70 - RACIA

71 - RACIA

72 - RACIA

73 - RACIA

74 - RACIA

75 - RACIA

76 - RACIA

77 - RACIA

78 - RACIA

79 - RACIA

80 - RACIA

81 - RACIA

82 - RACIA

83 - RACIA

84 - RACIA

85 - RACIA

86 - RACIA

87 - RACIA

88 - RACIA

89 - RACIA

90 - RACIA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IEGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prato com fratura exposta e fratura, instável  
de fêmur esquerdo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento de urgência

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

Radiografia + BT + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur esquerdo

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 TERCIÁRIO

27 - CID 10 QUATRO

28 - CID 10 CINCO

29 - CID 10 SEIS

30 - CID 10 SETE

31 - CID 10 OITO

32 - CID 10 NOVE

33 - CID 10 DEZ

34 - CID 10 ONZE

35 - CID 10 DOZE

36 - CID 10 TREZE

37 - CID 10 QUATORZE

38 - CID 10 QUINZE

39 - CID 10 DEZESSEIS

40 - CID 10 DEZESSETE

41 - CID 10 DEZOITO

42 - CID 10 DEZENOVE

43 - CID 10 Vinte

44 - CID 10 Vinte e um

45 - CID 10 Vinte e dois

46 - CID 10 Vinte e três

47 - CID 10 Vinte e quatro

48 - CID 10 Vinte e cinco

49 - CID 10 Vinte e seis

50 - CID 10 Vinte e sete

51 - CID 10 Vinte e oito

52 - CID 10 Vinte e nove

53 - CID 10 Trinta

54 - CID 10 Trinta e um

55 - CID 10 Trinta e dois

56 - CID 10 Trinta e três

57 - CID 10 Trinta e quatro

58 - CID 10 Trinta e cinco

59 - CID 10 Trinta e seis

60 - CID 10 Trinta e sete

61 - CID 10 Trinta e oito

62 - CID 10 Trinta e nove

63 - CID 10 Quarenta

64 - CID 10 Quarenta e um

65 - CID 10 Quarenta e dois

66 - CID 10 Quarenta e três

67 - CID 10 Quarenta e quatro

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgias Múltiplas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

001 15 910 0 12

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Raulo Medeiros  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 24378 TEOT: 16165

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/11/2019

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

Dr. Raulo Medeiros  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 24378 TEOT: 16165

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, TRABALHO, ETC.)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIS EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) ACIDENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



916

Hospital  
Vendador  
Elite Medical

HOSPITAL: Santa Cruz de Sorocaba	PACIENTE: Junio Barbosa de Jesus
MÉDICO: Raimundo	PRONTUÁRIO: 945860
CONVÊNIO: SUS	PROCEDIMENTO: Hernia de Bando
DATA DA CIRURGIA: 18/11/19	ATENDIMENTO: 565511

[illegible]

Dr. Raoni Madeira  
Ortopedista e Traumatologista  
Clínica do Pê e Tornozelo  
CRM: 14314 TEOT: 18165

RESPONSÁVEL DA ELITE MEDICAL:

can also be triggered by stress.





SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA Matrícula: 975850 D.N: 18/05/2000 Idade: 19 Anos 5 Meses 0 Dia

Sexo: MASCULINO Atendimento: 5655111

Procedência: PORANGA Data da admissão: 18/11/2019 09:03:07

Diagnóstico Médico:

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Presença de Familiares/Acompanhantes: Durante Atendimento

### ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergia a:

### HISTÓRIA ATUAL

SSVV: PA: 130X80 mmHg P: 83 bpm FR: 22 rpm T: 36,3 °C

Motivo da Internação/Queixas Principais:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FRATURA EM TORNOZELO DIREITO. SEM QUEIXA NO MOMENTO.

### AValiação DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/SEDAÇÃO - NECESSIDADES DE PERCEPÇÃO SENSORIAL (PB)

Orientado Consciente

Dor: Sem Dor

Abertura Ocular: Espontânea Resposta Verbal: Orientado Resposta Motora: Obedece a comandos verbal

Pupilas Isocóricas

Motricidade

Braço F. normal D F. normal E

Perna F. normal E

Marcha Alterada

### NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO/RESPIRAÇÃO

Regular

Inspeção torácica:

Simétrico

Palpação Expansibilidade: Preservada

Percussão: Claropulmonar

Sons pulmonares: Presente

Oxigenação: Ar ambiente

Ausculta cardíaca: Bulhas Normofonéticas

### AValiação DO ABDOME

Inspeção: Plano

Ruídos hidroaéreos: Presente

Palpação: Normotenso

### NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO/HIDRATAÇÃO

Dieta por via oral Sólida

### URINÁRIA

Micção Espontânea

Diurese:

Límpida e clara

### EVACUAÇÃO

Presentes

### MEMBROS SUPERIORES/INFERIORES

Dispositivos:

Catéter periférico MSD

Rede Venosa Visível

TEC: <3 seg

### NECESSIDADE DE HIGIENE

Cabelos: Normal

Oral: Normal

Pele:

Turgor presente



RX: MID

**RISCOS ENCONTRADOS:**

Queda Flebite

LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS SAMPÃO  
COREN-CE 587671

**LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS SAMPÃO**  
Coren: 587671

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 370692	Sala : 0004	SALA 04	Atendimento : 5655111
Paciente : 975860	JUNIO BARBOSA DE SOUSA		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - SIH		Idade : 19 Anos 12 Horas
Leito : 213	LEITO 1478 - RECUPERAÇÃO		
Dt. Início :	DL Fim :		
Cid Pré-Operatório : S823	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		
Cid Pós-Operatório : S823	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		

### Procedimentos

Procedimento: 0415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Convênio: 001	SUS - SIH
Procedimento: 0408050578	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR
Convênio: 001	SUS - SIH
Anestesia:	

### Equipe Médica

ANESTESISTA	11858 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA FILHO
CIRURGIAO	14314 RAONI CARLOS MADEIRO

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

#### DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNÓZELO DIREITO

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
- ANTISSEPSE E ASSEPSE
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- DIÉRESE POR PLANOS ATÉ A VISUALIZAÇÃO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
- DEBRIDAMENTO DA FERIDA
- IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- SUÇÃO DA FERIDA
- HEMOSTASIA DEFINITIVA DA FERIDA
- SUTURA MINIMA DA PELE
- CURATIVO ACOLCHOADO

#### OSTEOSSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
- ASSEPSE E ANTISSEPSE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, TORNOZELO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO DO MALÉOLO LATERAL
- DISSECÇÃO DA FRATURA
- REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
- SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

Dr. Raoni Madeiro  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Pê e Tornozelo  
CRM: 14314 TEOT: 16165

DR(A) : RAONI CARLOS MADEIRO  
CRM : 14314

PRESCRIÇÃO.: 2314989 DATA: 18/11/2019 12:02  
USUÁRIO.: RAONI  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 1D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 975960 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UT SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO.: LEITO 1478 - RECUPERAÇÃO COBERTURA: ENFERMARIA  
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO  
REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE  
D1 DE CEFALOTINA E GENTAMICINA  
CD: AVALIAR FO E MANTER TALA SOTA

5655111\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA GERAL	1					[18/11]	12:02
Obs.: APOS AS 17H							

#### ANTIMICROBIANOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA - TO	1	AMPOLA		EV	24X24 HOR		23✓
Justificativa.: prescrita							
Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos							

#### MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE	1	FRASCO AM		EV	06X06 HOR	[18/11]	12:02 18:02
Justificativa.: PROFILAXIA							
[-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA							
[-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12							
[-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML							
4 C.C. DAPIRONA 500MG/ML 2ML AMPOLA	1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[18/11]	12:02 18:02
5 C.C. TRAMAL 100 MG AMPOLA + SF 0,9% 100 ML	1	AMPOLA	S	EV	06X06 HOR	[18/11]	00:02 06:02
Obs.: se dor que não cede ao item 4							
6 C.C. BROMOPRIDA 5MG/ML AMPOLA 2ML + ABD 20ML	1	AMPOLA	S	EV	06X06 HOR		
Obs.: se enjoos							

Dr. Raoni Madeiro  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 14814 TEOT: 16165



PRESCRIÇÃO.: 2314485 DATA: 18/11/2019 08:24  
USUÁRIO....: ANDERSON.CASSIANO  
ATENDIMENTO: 5654924 DT NASC: 19/05/2000 (19A SM ID)  
CONVÊNIO....: SUS - SIA  
PACIENTE....: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPORA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 07:41 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: AMBULATORIO DE ORTOPEDIA LEITO.: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

#VIDE ADMISSÃO  
#CD: ENCAMINHAR AO CENTRO CIRÚRGICO

**\*5654924\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dr. Anderson Nunes Cassiano  
MÉDICO RESIDENTE  
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA  
CREMEC 17520

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
1 DIETA ZERO	1					[18/11]	08:24

HIDRATAÇÃO VENOSA	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
2 SORO FISIOLÓGICO A 0,9 FRASCO 1000ML Obs.: 14 GOTAS MINUTO	1	FRASCO		EV	CONTÍNUA		

ANTIMICROBIANOS	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
3 TENOXICAM 20MG/AMP + 100 ML SF 0,9% EV D.W Obs.: RECONSTITUIR 1 AMP COM 2 ML AD + 100 ML SF 0,9% EV	1	FRASCO AM		EV	12X12 HOR		

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
4 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE Justificativa.: prescrita Obs.: INFUNDIR EM ATÉ 2 MIN	1	FRASCO AM		EV	02X08 HOR	[18/11]	08:24 16:24

|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA 2 AMPOLA  
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12 1 UNIDADE  
|-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML 1 UND

5 C.C. DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP+ 18 ML AD EV D.W Obs.: FAZER 1 AMP+ 18 ML AD EV INFUNDIR EM ATÉ 2 MINUTOS	1	AMPOLA		EV	06X08 HOR	[18/11]	08:24 14:24 20:24
--	---	--------	--	----	-----------	---------	-------------------

6 BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMPOLA + 18 ML AD EV D.W Obs.: OBSERVAÇÃO: FAZER 1 AMP+ 18 ML AD EV INFUNDIR EM ATÉ 2 MINUTOS SE NAUSEAS OU VÔMITOS	1	AMPOLA		S EV	08X08 HOR	[19/11]	02:24
--	---	--------	--	------	-----------	---------	-------

Dr. Anderson Nunes Cassiano  
MÉDICO RESIDENTE  
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA  
CREMEC 17520

PREScrição.: 2314995 DATA: 18/11/2019 12:06  
USUÁRIO.: RAONI  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 1D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UI SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO.: LEITO 1478 - RECUPERAÇÃO COBERTURA: ENFERMARIA  
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*5655111\*

PREScrição MÉDICA

RADIOLOGIA

8 RX PERNA

Qtd	Unidade	SN	Ant	Frequência	Data	Horários
1						

Dr. Raoni Madeiro  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 14314 / TEST: 18165

RAONI CARLOS MADEIRO  
CRM: 14314

*Carvalho*  
*845 F*

*18/11/2019 09:03 - 0 DIAS(S) INT*

# REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Barbara

Nº PRONTUÁRIO 5655111

SETOR: São Jacuim

ENFERMARIA: 10

LEITO: 3

DATA

18.12.11 - Paciente internada no setor de enfermagem, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, em uso de insulina. Apresenta boa evolução clínica e estável.

Rodrigs Borges Barros  
Enf. de Enfermagem  
COREN-CE 812.42

20.12.11 - Paciente em uso de insulina, com glicemia controlada. Apresenta boa evolução clínica e estável. Realizado tratamento de enfermagem.

Fco. Haniel Lima  
Téc. de Enfermagem  
COREN-CE 811.142

22.12.11 - Paciente em uso de insulina, com glicemia controlada. Apresenta boa evolução clínica e estável. Realizado tratamento de enfermagem.

Erivelton Souza Porteira  
COREN-CE 001.447.155 - TE

23.12.11 - Paciente em uso de insulina, com glicemia controlada. Apresenta boa evolução clínica e estável. Realizado tratamento de enfermagem.

Cristiano Albuquerque Sousa  
Técnico de Enfermagem  
COREN-CE 118.902



PRESCRIÇÃO.: 2315879 DATA: 19/11/2019 08:30  
USUÁRIO.: PONCIANO LIMA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.:  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR:

#LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

# EM PÓ DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO  
REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI. REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR  
RAONI

# EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL  
BEG. EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS. ACEITANDO DIETA, ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII  
DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO

#EXAMES:

CD:  
- CUIDADOS DA FO E MANTER TALA BOTA  
- SOLICITO RX DE CONTROLE DE TORNOZELO AP E PERFIL E PÉ DIREITO EM PERFIL  
- MANTENHO ANTIBIÓTICOS

Dr. Gerinana Braga  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 19 094

\*5655111\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA GERAL	1					[19/11]	08:30

Obs.: APÓS AS 17H

#### ANTIMICROBIANOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA TO	1	AMPOLA		EV	24X24 HOR		

Justificativa: prescrita

Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos

230

#### MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE	1	FRASCO AM		EV	06X06 HOR	[19/11]	08:30 14:30 20:30

Justificativa: prescrita

-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA  
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12  
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML

2 AMPOLA  
1 UNIDADE  
1 UND

140622

PRESCRIÇÃO.: 2315960 DATA: 19/11/2019 09:00  
USUÁRIO....: PONCIANO LIMA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)  
CONVÊNIO....: SUS - SIH  
PACIENTE....: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO:  
CONDUZA:  
- SOLICITO RX DE CONTROLE DE TORNOZELO DIREITO AP E PERFIL E PÉ DIREITO EM PERFIL

**\*5655111\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### RADIOLOGIA

9 RX PÉ OU PODODACTILOS

Obs.: PÉ DIREITO EM PERFIL

10 RX ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA

Obs.: DIREITA EM AP E PERFIL

Qtd	Unidade	SN	Adi	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1

Dra. Germana Braga  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19.094

Dra. Germana Braga  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19.094  
CLOTELIO PONCIANO LIMA (INT)  
CRM 379270

*Germana*  
19/11/19

PREScrição.: 2315560 DATA: 19/11/2019 00:30  
USUÁRIO.....: LIGIA MARIA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)  
CONVÊNIO.....: SUS - SIH  
PACIENTE.....: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. COMPORA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica  
ENFERMEIRO

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO

19/11/2019 VER HISTÓRICO.

**\*5655111\***

### PREScrição - ENFERMEIRO

#### DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
1 AJUDAR O PACIENTE A RECEBER TODOS OS CUIDADOS NECESSÁRIOS							
2 DETERMINAR O NÍVEL DE MOBILIDADE E AS LIMITAÇÕES DE MOVIMENTO							
3 APLICAR ESCALA DE RISCO DE QUEDA SEGUNDO PROTOCOLO							

#### DOR AGUDA

	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
4 OFERECER ALÍVIO DA DOR MEDIANTE ANALGESIA PRESCRITA							

Ligia Campos  
COREN: 587671

LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS SAMPAIO  
COREN: 587671



1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 2317551 DATA: 20/11/2019 08:30  
USUÁRIO.: PONCIANO LIMA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 3D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPORA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 2 DIAS(S) INT

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.: 5823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR

# LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

# EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI. REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR RAONI

# EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL. BEG, EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS. ACEITANDO DIETA, ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO. FO COM POUCO SANGRAMENTO À EXPRESSÃO E COM SINAIS DE NECROSE NAS BORDAS.

#EXAMES:

CD:  
- CUIDADOS DA FO E MANTER TALA BOTA  
- CHECO RX DE CONTROLE  
- MANTENHO ANTIBIÓTICOS

Dra. Carmena Braga  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 19-094

\*5655111\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
DIETA GERAL	1					[20/11]	08:30
Obs.: APOS AS 17H							

ANTIMICROBIANOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA- TO	1	AMPOLA		EV	24X24 HOR		
Justificativa.: prescrite							
Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos							

23 ✓

PREScrição.: 2318215 DATA: 20/11/2019 15:00  
USUARIO....: DRENALINA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A SM 3D)  
CONVÊNIO....: SUS - SIH  
PACIENTE....: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica  
ENFERMEIRO

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

## EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO

20/11/2019 - PACIENTE ENCONTRA-SE EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE. ACEITA A DIETA VO OFERECIDA. COM AVF PERVO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. AO EXAME TORAX SIMÉTRICO AUSCULTA PULMONAR MV PRESENTE, AUSCULTA CARDIACA, COM BNF 2T SEM SOPROS, ABDOMEN PLANO INDOLOR A PALPAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. COM CURATIVO E TALA EM MID LIMPO E SECO FEITO CONFORME PROTOCOLO DA INSTITUIÇÃO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS ASSISTENCIAIS E MEDICAMENTOSOS.

\*5655111\*

## PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO

## DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

	Qtd	Unidade	SN	Ati	Frequência	Data	Horários
1							
AJUDAR O PACIENTE A RECEBER TODOS OS CUIDADOS NECESSÁRIOS							
2							
DETERMINAR O NÍVEL DE MOBILIDADE E AS LIMITAÇÕES DE MOVIMENT							
3							
APLICAR ESCALA DE RISCO DE QUEDA SEGUNDO PROTOCOLO							

## DOR AGUDA

	Qtd	Unidade	SN	Ati	Frequência	Data	Horários
4							
OFERECER ALÍVIO DA DOR MEDIANTE ANALGESIA PRESCRITA							

COPIA  
579201

FRANCISCA DRENALINA DE SOUSA ARAUJO  
COREN: 579201

PRESCRIÇÃO.: 2319060 DATA: 21/11/2019 09:00  
USUÁRIO.: PONCIANO LIMA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 4D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPORAL:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR:

# LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

# EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI. REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDESMOSE EM 18.11.19 POR DR RAONI

# EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE, SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL, REG. EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS. ACEITANDO DIETA ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO. FO COM POUCO SANGRAMENTO À EXPRESSÃO E COM SINAIS DE MELHORAS NA CICATRIZAÇÃO.

#EXAMES:

CD:  
- CUIDADOS DA FO E MANter TALA BOTA  
- MANTENHO ANTIBIÓTICOS

Dra. Mariana Braga  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 19.054

\*5655111\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
1 DIETA GERAL	1					[21/11]	09

Obs.: APOS AS 17H

#### ANTIMICROBIANOS

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA-TO	1	AMPOLA		EV	24X24 HOR		

Justificativa: prescrita

Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos





## Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908  
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

### 83 - RADIOLOGIA

Nome Paciente: <u>Junio Barbone de Siqueira</u>						Reg.			
Idade	Peso	Altura	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	Cor	Clínica	<input type="checkbox"/> INPS <input type="checkbox"/> CONV. <input type="checkbox"/> PART.	<input type="checkbox"/> HOSP. <input type="checkbox"/> AMB. <input type="checkbox"/> EXT.	ENF.	LEITO
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:									
DADOS CLÍNICOS									
Data do Pedido:									
Assinatura do Médico (Carimbo c/ CRM)									
TIPO DE EXAME - Jejum <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ANESTESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Tornozelo D (AP e Perfil)						TIPO DE FILME QUANT. QUEIMADO		N. INC.	
						<input type="checkbox"/> 13 X 24 <input type="checkbox"/> 24 X 30 <input type="checkbox"/> 30 X 40 <input type="checkbox"/> 35 X 35 <input type="checkbox"/> 35 X 43			
RADIO DIAGNÓSTICO: (AUXÍLIO USE O INVERSO SE NECESSÁRIO)									
DATA:									
Assinatura do Médico RADIOLOGISTA - CRM									
Nome do Paciente:						Reg.			
Tipo de Exame						<input type="checkbox"/> 18 X 24 <input type="checkbox"/> 24 X 30 <input type="checkbox"/> 30 X 40 <input type="checkbox"/> 35 X 35 <input type="checkbox"/> 35 X 43			
Tipo de Contraste ou medicamento									
Data do Exame						N. INC.			
DESTACAR E COLAR NA FOLHA DE CONTROLES DE EXAMES SUPLEMENTARES DA PAPELETA									

Gráfica CLÉIDE - (88) 3611.3723

## RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Junio Barbosa De Sousa

Tratamento para: S823 - Fratura Da Extremidade Distal Da Tibia

☒ Cirurgia : DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Data:

☒ Antibioticoterapia:

### Recomendações:

- ( ☒ ) Não Pisar
- ( ☒ ) Não Sustentar Peso
- ( ☒ ) Manter membro elevado (a 45°)
- ( ☐ ) Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- ( ☒ ) Retirar pontos após 15 dias
- ( ☐ ) Fisioterapia precoce
- ( ☒ ) Atentar à data de retorno ( dias)
- ( ☒ ) Fazer uso medicação prescrita (cefalima + melocem)
- ( ☒ ) Trocar curativo diariamente
- ( ☒ ) Caso apareça secreção (pus) na cirurgia, comparecer imediatamente à emergência da traumatologia

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). RAONI CARLOS MADEIRO , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 21/11/2019

Assinatura e Carimbo

  
Dra. Germana Braga  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 19.094

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome Completo: _____		
CRM: _____	UF: _____	Nº: _____
Endereço Completo: <u>Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro</u>		
_____		
Telefone: <u>(88) 3112 - 0400</u>	Cidade: <u>Sobral</u>	UF: <u>Ceará</u>

Paciente: Junio Barbosa De Sousa

Endereço: Betania, Nº 0 - Zona Rural

Prescrição:

Cefalexina 500mg – 60 cp. ; Tomar 1 cp. de 6/6 hs por 15 dias  
Melocox 15mg – Tomar 1 cp. 24/24 hs por 5 dias

Data: 21/11/0019

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.: _____	
Org. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
DATA: _____	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____	



## PARECER MÉDICO DE ASSISTENTE TÉCNICO

### Informações da vítima

Nome Completo: JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
CPF e/ou RG: 638.366.623-86

### Informações do Acidente

Data do acidente: 18/11/2019

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DE MÚLTIPLO DIR. COM LESÕES GSCORRIATIVAS  
EM D.E. DIR.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TORNOCULO DIR. E FISIOTERAPIA.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: -EDEMA DE TORNOCULO  
DIR. COM DOZ A MOBILIZAÇÃO; LIMITAÇÃO DA A.D.M.  
DO TORNOCULO DIR. E PARRESTESIA LOCAL; COM CLAUDICA-  
ÇÃO DA MARCHA E LIMITAÇÃO PARA AGRACIAMENTO.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

#### Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: TORNOCULO DIR.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média (x) 75% Intensa ( ) 100% Completa

2ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

3ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

4ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

13.03.2020. PONTA GRS-CB

Local e data da realização da avaliação médica

Junio Barbosa de Sousa

Dr. Clayton Freire Melo Filho  
MÉDICO  
CREMEC 19150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE SÃO PAULO		REPARTIÇÃO	65.426.686-4 1 via
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA		DATA DE EMISSÃO	01/02/2019
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO GERAL DO ESTADO			
60657750			
Júnio Barbosa de Sousa			
CARTEIRA DE IDENTIDADE			
NÃO REPLICAR			
		JÚNIO BARBOSA DE SOUSA	
		FILIAÇÃO	
		GERALDO GONÇALVES DE SOUSA	
		MARTA BARBOSA DE QUEIROZ	
		NACIONALIDADE	
		LUZIANIA - GO	
		DATA DE NASCIMENTO	
		18/05/2000	
		DOC. DE ORIGEM	
		LUZIÂNIA-GO LUZIÂNIA CN:LV.A101/FLSP74/Nº76991	
		CPF	
		618366623/86	
		Assinatura do Diretor	
		LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	

(88) 99497-9386

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA

**CPF:** 618.366.623-86

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/11/2019

**Titular do CPF:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JUNIO BARBOSA DE SOUSA : 618.366.623-86**

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](http://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: 02/03/2020  
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
CPF: 618.366.623-86

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ALANA DA SILVA DE MATOS



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200/094694 Data da solicitação: 16/03/2020  
DD/MM/AA  
Nome do beneficiário: JÚNIO BARBOSA DE SOUSA CPF do beneficiário: 618.366.623-86  
Nome do solicitante: JÚNIO BARBOSA DE SOUSA CPF do solicitante: 618.366.623-86

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: ( 88 ) (88) 99455-6655 Tel. Comercial: ( ) Tel. Residencial: ( )  
DDD DDD DDD

E-mail:

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros: \_\_\_\_\_

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Venho através de essa declaração requerer aos senhores analista a revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo o fato de não concordar com o pagamento feito por vocês da seguradora líder sendo que eu tenho direito a uma perícia médica, fui vítima de acidente de trânsito na data de 18/11/19 fiquei com lesões graves por conta desse acidente, o qual sofri FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA, COM TRATAMENTO CIRÚRGICO, DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, INCHAÇO, ESTOU SEM TRABALHAR POIS NÃO TENHO NENHUMA POSSIBILIDADE DE TRABALHAR, e vocês analista vim pagar meu processo o valor de 1.687,50, é inaceitável um analista pagar um processo sem se quer um médico perito da seguradora líder me examine para constatar as lesões que eu sofri e que venho sofrendo até hoje.

Diante das informações venho solicitar aos senhores analistas revisão do meu processo e se necessário realização de um perícia médica que tenho total direito de fazer, o qual vocês não podem fazer o pagamento de um processo sem a vítima passa por uma perícia médica com um médico auditor da seguradora líder que o mesmo possa constatar real situação que eu me encontro, pois é inaceitável eu com sequelas sequelas permanentes o qual não posso mais ter uma vida normal e vocês analista tira meu direito de uma perícia médica.

Obs.: Junto a essa carta vai novo laudo das sequelas sofridas.

Crateús-CE 16/03/2020

Local e Data

*Júnio Barbosa de Sousa*

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

**Número do Sinistro:** 3200094694

**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA

**CPF:** 618.366.623-86

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/11/2019

**Titular do CPF:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 16/03/2020  
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
CPF: 618.366.623-86

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @ PAG 1. VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** 130320. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO, COMPLEMENTO PARA GRAU INTENSO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 1

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @ PAG 1. VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** 130320. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO, COMPLEMENTO PARA GRAU INTENSO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 1

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA

**CPF:** 618.366.623-86

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/11/2019

**Titular do CPF:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JUNIO BARBOSA DE SOUSA : 618.366.623-86**

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](http://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: 02/03/2020  
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
CPF: 618.366.623-86

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ALANA DA SILVA DE MATOS



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

**Número do Sinistro:** 3200094694

**Vítima:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA

**CPF:** 618.366.623-86

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/11/2019

**Titular do CPF:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 16/03/2020  
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
CPF: 618.366.623-86

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ANDERSON DE SOUZA LEITE