

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01321000-9** em **10/07/2020 11:22:51**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0235412-65.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01321000-9
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 10/07/2020 11:22:51

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2733257_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2733257_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE		Nº 015037908608	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.O.	EXERCÍCIO
DIG 1	932013783	0000000000	2019
NOME FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS			
MORADA NOVA /CE			
CPF / CNPJ	PLACA		
38875837368	HYN6784/CE		
PLACA ANT. UF	CHASSI		
*****/CE	9C2JC30707R243913		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN	2007	2007	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0CV/124CC	PARTIC	PRETA	
I P V A	COTA UNICA FAIXA IPVA	VEND. COTA UNICA PARCELAMENTO / COTAS	VEND. / COTAS 1 ^a 2 ^a 3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	10F (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	05/06/2019
OBSERVAÇÕES			
LOCAL		DATA	
MORADA NOVA		03/07/2019	
Igor Ponte Subtenente do Exército		DETAN-CE	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015037908608 BILHETE DE SEGURO DPVAT

38875837368

HYN6784 /CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15037908608

65804464592

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2019 03/07/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA

1 38875837368 HYN6784

RENAVAM

MARCA / MODELO

932013783

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.

CAT. TANF.

2007

09

NP CHASSI

9C2JC30707R243913

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNB (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

36.05

4.01

40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDF (R\$) TOTAL PREÇO PAGO (R\$)

4.15

0.32

84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

3 COTA UNICA

PARCELADO

05/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.348.800/0001-04

MOTOR: JC30E77243913



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2017141908 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2017

NOME RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

NATURALIDADE MORADA NOVA - CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/2004

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: JUAZEIRO DE BAIXO TERMO: 5932
FOLHA: 17V LIVRO: A08 NORADA NOVA - CE

CPF

1 VIA

Ramona O. Lima ASSINATURA DO GRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P.: 29

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 087.554.433-97

Nome RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Nascimento 22/05/2004

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

2753939

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.439
do 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60105-040 | Fortaleza CE
CNPJ 01047251/0001-70 | COF 08.103.848-3



Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato consigo.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 003864019

Referência 08/2019

Rota MH330R25
Nome FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS
Endereço ST JUAZEIRO DE BAIXO - LAGOA GRANDE, 00000, LAGOA
GRANDE, 62940-000, NORADA NOVA
Classificação Rural Residencial Rural
Modalidade Tarifária BZ RURAL
Ligação Monofásico

Emissão 16/08/2019
Medidor 2820024-FAE-297

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

1295007600046930584220075

DATAS DE LEITURA P.F.: 20 dias
Anterior Atual Próxima prevista

17-07-2019 16-08-2019 02-09-2019



DADOS DA MEDIDAÇÃO

Posto	Lcit. Atual	Lcit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	96,442	94,669	1,773	1.773	0	1.773	0,61442	1089,37

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CONSUNTO	0,61442	1089,37
JUROS MORATÓRIOS		6,69
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01067	18,92
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03255	57,72
COB CASA SEGURA PLUS 0800 60005600	-	17,30

E12301 30092019 1003 0028 ****.1.190,00R T454

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	1166,01	27,00	314,82
PIS	1166,01	1,35	15,72
COFINS	1166,01	6,16	71,80

24/09/2019

1.190,00

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 388.758.573-68

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compensa suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consultoria Ecológica (%CO₂)

692,17 0,00

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 18/07 - 31/07 Vermelha :
01/08 - 16/08

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

087.554.433-97

Nome completo da vítima:

Rita Nicole Freitas dos Santos

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

Nome completo:

Francisco Rogerio dos Santos

CPF: 388.758.373-68

Profissão:

Recole

Endereço:

Sítio Juazeiro de Baixo

Número: S/N Complemento: 1000

Bairro:

Braga Grande

Cidade:

M. Novo

Estado:

ee

CEP:

62.940-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0863

CONTA: 9.930

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: M. Novo - ee 14/11/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Rita Nicole Freitas dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Rogerio dos Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA
Impresso nº 2019654351



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 504 - 1997 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANGELO WAGNER PONTES DE PAULA - MAT.: 198246-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco Rogério dos Santos*

VISTO DO DELEGADO(A) :

Pollyana POLLYANA MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313

Pollyana Maria Costa Torres
Delegada
Mat. 301223-1-3



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 504 - 1997 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 10:04:54**
Data / Hora da Ocorrência: **24/05/2019 10:40:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT ESTRADA DA LAGOA GRANDE, LAGOA GRANDE - MORADA NOVA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS**
Nascimento: **22/05/2004** CPF: **087.554.433-97**
RG: **20171419086** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS**
FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS
Endereço: **SITIO JUAZEIRO DE BAIXO, 40**
Bairro: **LAGOA GRANDE**
Município: **MORADA NOVA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98819-8360**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS**
Nascimento: **28/07/1970** CPF:
RG: **347991531** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TEREZINHA MARIA DE JESUS DOS SANTOS**
FRANCISCO DO NASCIMENTO DOS SANTOS
Endereço: **SITIO JUAZEIRO DE BAIXO LAGOA GRANDE**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **MORADA NOVA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8819-8360**

Histórico

Certificado do teor dos artigos. 339 (denúncia caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou contravenção), ambos do Código Penal, afirma o noticiante qualificado que no dia 24/05/2019, por volta das 10h40min, seguia conduzindo sua motocicleta CG 125 Fan, ano 2007/207, cor preta, placa HYN8784; que levava na garupa, sua filha Rita Noceloe Freitas dos Santos, de 15 anos de idade; que seguiam na estrada que liga a CE 371 à localidade Lagoa Grande; que na localidade de Juazeiro de Baixo, o noticiante passou por um quebra molas e perdeu o controle da motocicleta, findando por cair na estrada; que a motocicleta caiu por cima da perna direita de Nicole, vindo a causa uma fratura no fêmur; que o noticiante socorreu sua filha ao hospital local, Fundação São Lucas, onde ela deu entrada apresentando curtamento em membro inferior direito, rotação externa, deformidade física e dor, fratura de fêmur, lesão corto contuso na região frontal; que são testemunha do fato ora narrado, as pessoas de Raimundo Nival Rabelo de Assis e Manoel Aureliano Freitas. Nada mais disse.//////////

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

087.554.433-97

Nome completo da vítima:

Rita Nicole Freitas dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Francisco Rogerio dos Santos

CPF:
388.758.373-68

Profissão:

Recole

Endereço:

Sítio Juazeiro de Baixo

Número:
S/N

Bairro:

Braga Grande

Cidade:

M. Novo

Estado:

ee

CEP:
62.940-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0863 CONTA: 9.930 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: M. Novo - ee 14/11/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Rita Nicole Freitas dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Rogerio dos Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681982

Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190681982 **Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS**
Data do Acidente: 24/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **001**

Agência: **000000863-X**

Conta: **000010009930-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681982

Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00863-X

CONTA: 000010009930-0

Nr. da Autenticação AAF6F36FE1FEFC70

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190681982
Nome do(a) Examinado(a): Rita Nicole Freitas dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Juazeiro de Baixo, S/N 00
Centro Morada Nova CE CEP: 62940-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20171419086
Data local do acidente: [24/05/2019]
Data local do exame: [16/12/2019] JAGUARIBE [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA DIAFIÍSE DO FÉMUR DIREITO.

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

Tratamento: TRATADO COM OSTEOSÍTESE DEFINITIVA COM COLOCAÇÃO DE PLACA DE PLATINA E PARAFUSOS.
Complicações: APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.

Data da Alta: 10/10/2019

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

APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.

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

(X) Sim **() Não**

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

(X) Sim **() Não**

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

APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.

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

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

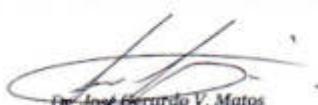
% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

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

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

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

Dr. Jose Gerardo Vale Matos
CPF - 073.762.353-53
CRM/CE - 3216



Dr. Jose Gerardo V. Matos
Médico | CRM - 3216
CPF: 073.762.353-53

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437004/19

Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

CPF: 087.554.433-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/05/2019

Titular do CPF: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS : 388.758.373-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 06/12/2019
Nome: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS
CPF: 087.554.433-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

ANDERSSON COSTA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681982 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OSSO FRONTAL,
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES 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: *DOC PÁG. 05 12 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 10 // VÍTIMA DE 15 ANOS //
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO
PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681982 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO.

Descrição do exame APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA
físico: MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATADO COM OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM COLOCAÇÃO DE PLACA DE PLATINA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681982 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO.

Descrição do exame APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA
físico: MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATADO COM OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM COLOCAÇÃO DE PLACA DE PLATINA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



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

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600109502

NÚMERO DA AIH: 2319102443779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 701200095931113 - RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 22/05/2004 - 15 anos

SEXO: FEMININO

NOME DA MÃE: MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

TELEFONE DE CONTATO: 85-33152425

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 33152425

ENDEREÇO: JUAZEIRO DE BAIXO, Nº 40

BAIRRO: LAGOA GRANDE

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230870 - MORADA NOVA

UF: CE

CEP: 62940000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S722 - Fratura subtrocantérica

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050632-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 25/05/2019 - 14:40 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 25/05/2019 - 21:31

CAUSAS EXTERNAS

Descrição do acidente: NÃO SE APLICA

CNPJ da seguradora:

Número do bilhete:

Série do bilhete:

CNPJ da empresa:

CBO na empresa:

Natureza da lesão:

AUTORIZAÇÃO

Autorizador:

Data autorização:

Parecer:

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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USJAR|Q: clé de cadastro - UNIDADE: UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:

Acompanhar Solicitação de Internação

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE	701200095931113 - RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS
----------------	--



NOME DA MÃE	MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5618287
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	22/05/2004 - 15 anos
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	FAMILIARES
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(85) 33152425
ENDEREÇO	JUAZEIRO DE BAIXO, Nº 40
BAIRRO	LAGOA GRANDE
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	MORADA NOVA
Plantonista	
MÉDICO	67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERÁ TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE APOIO : INSTITUTO PRÁXIS. AGUARDA REMOÇÃO.
Solicitação	
NÚMERO	12600109502
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA	25/05/2019 - 14:40
PROFISSIONAL	67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S722 - Fratura subtrocantérica
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE : INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS	6 - N° PRONTUÁRIO: 5618287			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 701200095931113	8 - DATA NASCIMENTO: 22/05/2004	/9 - SEXO: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	10-RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/ PAI MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS	12 - TELEFONE DE CONTATO: 987161427			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I.	14 - TELEFONE DE CONTATO:			
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, N°, BAIRRO): JUAZEIRO DE BAIXO 40 LAGOA GRANDE				

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MORADA NOVA	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:
---	---------------------------	-----------------------	-----------

JUSTIFICATIVA N INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO .

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX FEMUR	24 - CID 10 PRINCIPAL: S722	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	---------------------------------------	------------------------	--------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
0408050632

29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGÊNCIA	31 - DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - N° DOCUMENTO DO SOLICITANTE: <i>Julimar C. de Oliveira Cir. G. de Oliveira CRM Z-2999 Reg. 30-05-2019</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 25/05/2019	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH <i>RQE 30-05-2019</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - N° DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43- CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

()EMPREGADO ()EMPREGADOR ()AUTÔNOMO ()DESEMPREGADO ()APOSENTADO ()NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <i>1 / 1 /</i>	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH	

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201921002643	25/05/2019	19:19	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG AIH
URGENCIA				
Origem do Paciente	Clínica/Especialidade			
IJF	CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA			
Médico Solicitante	Médico Responsável			
5253 - FRANCISCO JOSAFA FERNANDES	5253 - FRANCISCO JOSAFA FERNANDES			
Procedimento Solicitado	Dias			
0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	4			
===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====				

Nome	Sexo			
RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS	FEMININO			
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
22/05/2004	15 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)	CATÓLICO (A)
Mãe	Pai			
MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS	FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS			
Conjuge	Responsável	Prontuário		
	MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS	2451200		
CNS	Registro	Documento Informado		
701200095931113	201902570002260	RG: 2017141908		
País	Município de Naturalidade	CEP		
BRASIL	MORADA NOVA/CE	62940-000		
Município de Residência	Logradouro			
MORADA NOVA/CE	RUA JUAZEIRO DE BAIXO			
Número	Complemento	Bairro		
40		LAGOA GRANDE]		
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência		
(88)9861.98360	(88)9883.24913			
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)				
DESEMPREGADO / ESTUDANTE				
===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====				
Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito			
MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS	225/2			
Tipo de Acomodaçao	Clinica	Posto de Enfermagem		
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03		
Atendente: maria.nataly	Data: 25/05/2019	Hora: 19:25:02	Tempo: 00:05:34	
===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====				

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS, abaixo assinado, responsável pelo paciente RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 25 de maio de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS *X Maria Lucicleide de Freitas*



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 28/05/19

Nome do paciente:	Rita M. de Souza dos Reis		
Nº Prontuário:			
Clinica:			
Cirurgião:	Dr. Maclan D. Souza		
Anestesista:	Dr. Rayna C. G. Souza		
Tipo de Anestesia:	Geral com gás + óxido nitroso		
1 Auxiliar:	Rafaela		
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:			
Circulante:	1		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fistula do feminino		
Tipo de Operação/ Código:	<input type="checkbox"/> 0098050510		
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:	Ostium		
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			

Contagem de Compressas:

	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia	
	Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio	
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo		

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Enfermeira: Rayna C. G. Souza
Assinatura da Enfermeira(o)
COREN 442.038

Assinatura Anestesista

CRM 2021
Q5015085913/01
Modelo 8.0



Data: 28/05/19

FICHA DE ANESTESIA

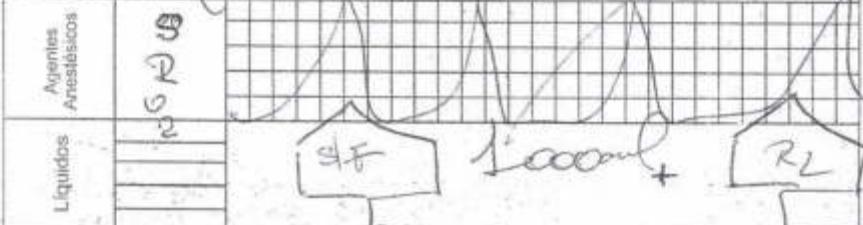
Nome do Paciente:		Rita Nicole Costa dos Santos						
Nº Prontuário:	Nº Controle:		Enf./	Leito:				
Cirurgião:	Tempo de Sutura:		Tempo de Oxigênio:					
IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:	TEMP:	PULSO:	RESPIRATÓRIO:	PR. ART. MAX/MIN:	
19	74	1.65m	fem.	38	92	13		
TIPO SANGUÍNEO:	HEMÁGIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	UREIA:	URINA:		
	5.55mm	10.9g/dL	30.0%	90mg/dL	98.0mg/dL	0.4mg/dL		

Ap. Respiratório: *Normal com ronco*
 Ap. Circulatório: *Normal*
 Ap. Digestivo: *Normal* Dentes: *Normal* Pescoco: *Normal*
 Ap. Urinário: *Normal*
 Diagnóstico Pre-Operatório: *Abcesso perianal* Risco: *0*

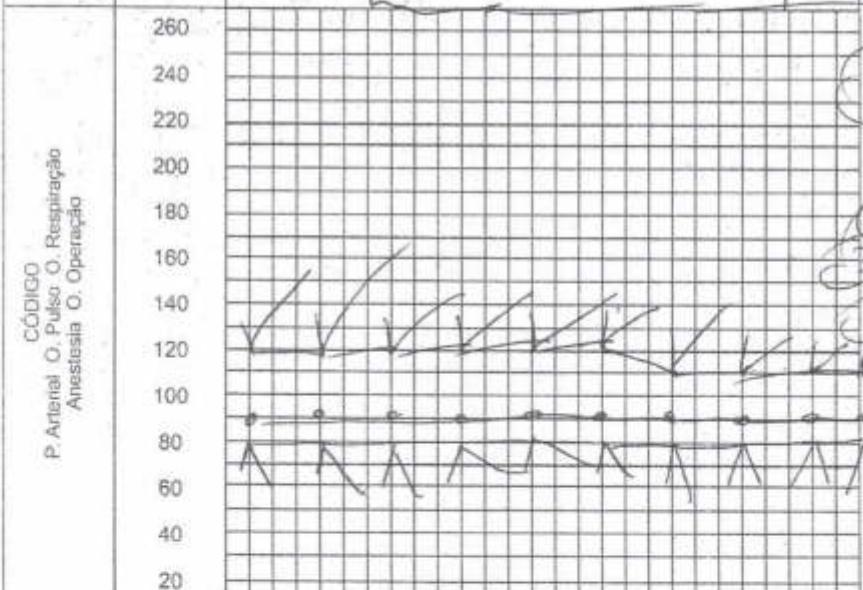
Asma: *Normal* Bronquite: *Normal*
 E.C.G.: *Normal* Ritmo: *Normal*
 Alergia: *Normal* Reações: *Normal*
 Estado-Mental: *Normal* Ansia: *Normal*
 Ataraxicos: *Normal*
 Corticóides: *Normal*
 Hipotensores: *Normal*
 Outras Drogas: *Normal*

Anestesias Anteriores:

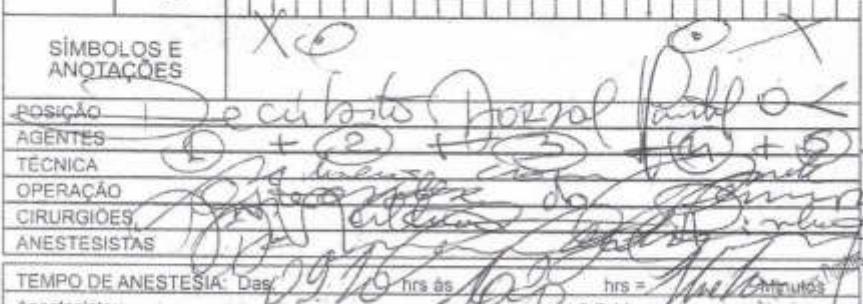
Medicação Pré-Anestésica: *Sedativo* Aplicada às: *09:00h* Efeitos: *Relaxante*



INDUÇÃO	
Satisf.	Excit.
Tosse	Lenta
Laringoespasmo	
Náuseas	Vômitos
Outros	



MANUTENÇÃO	
1	SpO2 98-100%
2	com 100% O2
3	Respiração 18-22
4	Bolha 1g
5	Agulha Rápida 22-24
6	Dreno 0,5L
7	Banho 0,5L
8	Ecografia



Anestesias Satisfatórias	
SIM	NÃO
DESPERTAR	
Reflexos na S.O.	
Obstr.	CO2
Excit.	Náuseas
Vômitos	Outros
Paroxismo	Para o leito com candler
Convidados	NAO

TEMPO DE ANESTESIA: Dias: 09/05/19 hrs às: 10:00 hrs = 1 hora

Anestesiista: CRM:

Perda sanguínea aprox. ml

Volume sanguíneo reposo ml

Modelo 2.1

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO W YNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921002643 25/05/2019 19:19 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFA FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFA FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408050632 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
225/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
22/05/2004 15 Anos CATÓLICO (A) 2451200 201902570002260

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050632 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Data Hora Motivo

30/05/2019 14:38 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 30 de maio de 2019

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

x Maria Encicleide de Freitas

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Kavilma Paixão

Nome Legível

Assinatura/Carimbo



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

"OK
09/19

RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS
LAVRO MEDEIROS.

Este é o paciente número
foi admitido à unidade
no Fórum do Félix
d'Ávila.

Fuentes - u ee
11/09/19
Alto referência

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

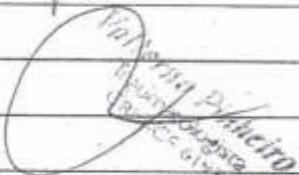
Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228 2555

www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

PRÉ - REQUISIÇÃO - ANESTESIA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

O paciente é do sexo masculino.
① Faz uso de óculos.
② Faz uso de aparelho dentário.
③ Faz uso de cigarro.
④ Faz uso de álcool.
⑤ Faz uso de medicamentos.
O paciente é fumante e não fuma.
O paciente não fuma.



DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO**DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS****PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**

FRATURA DE FEMUR

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**RISCO DE COMPLICAÇÕES E
AGRAVOS, NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRÚRGICO.**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**ANAMNESE + EXAMES FÍSICO, CLÍNICO E
RADIOGRÁFICO.

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

[Voltar](#)

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GUIA DE REFERENCIA

16370006281

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Hospital Fundação São Lucas
Rita Cireole Furtado dos Santos

MUNICIPIO:
morada nova.

SEXO: M () F (x)

DATA DO NASCIMENTO
32/10/19004

OCCUPAÇÃO:
Estudante

ENDERECO:

ruazinho de Baixo

BAIRRO:

fone:
68138198360

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

INDIVÍDUO FEMININO, 15 ANOS, VÍTIMA DE QUEBRA
DE MOTO, COM P.D. CURTIDÃO, COM DORSO LATERAL
ESTERNO, (CORTES) EM MODO MENSPO: CURTE

CONTRACURSO EM REGIÃO FRONTAL, A ENVOLVENDO FRATURA
DE OSSO FRONTAL, PUPILAS DILATADAS E FOTOSURREGULATES.

CONDUTA REALIZADA:

HIDRATAÇÃO + PARALGÉTICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE FÔMUR DIREITO

FRATURA DE FRONTAL (OSSE)

Dr. Paulo Leão
ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- N° REGISTRO

MÉDICO
FUNÇÃO

24/03/14
DATA

11:30
HORA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

ZF

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICIPIO:

PRONTUÁRIO:

ALTA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CID:

SECUNDÁRIO 1:

CID:

SECUNDÁRIO 2:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()
O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- N° REGISTRO

FUNÇÃO

/ /

/ /

HORA

DATAUS

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

VERSÃO

INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

PAG.: 2

ESPELHO DA AIH

O.E: M238440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 07/2019

DATA: 28/06/2019

Num AIH: 231910244377-9

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 07/2019

Data de Emissão: 25/05/2019

Especialidade: 81 - CIRURGIA GERAL

Órgão Emissor: M238440001

Lote:

Enfermaria: 8225 / Leito: 0002

Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clin.: 210158059320008 Doc médico solic: 182215039540018

CNS: 781200095931113

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

Prontuário: 2451200

Laudo:

Paciente: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2017141908

Data Nasc.: 22/05/2004 Sexo: FEMININO / Nacionalidade: 10 - BRASIL

Nome da Mae: MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

Responsável pac.: MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

Raça/Cor: PARDA

Endereço: JUAZEIRO DE BAIXO, 40 - LAGOA GRANDE

UF: CE CEP: 62940-008 Telefone: (88)9883.24913

Município: 230070 - MORADA NOVA

Procedimento solicitado: 04.08.05.063-2 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Muda Proc.? S/N

Procedimento realizado: 04.08.05.051-9 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. principal: 5723-FRATURA DA DIAFISE DO FÉMUR

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Obito:

Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 25/05/2019 Data saída: 30/05/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

====[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)]=====

CNPJ do Empregador:

CNAE:

Vínculo com a previdência: -

CBO: -

====[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1 04.08.05.051-9	182215039540018	1 225270	182215039540018	3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
2 04.08.05.051-9	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
3 07.02.03.091-0	090699590000158	0 090699590000158	3969800	✓ 052019 PLACA DE COMPRESSAO DTNAMICA 4,5 MM LARG	
4 08.02.01.002-4		0 3969800	3969800	/ 052019 DIARIA DE ACOMPANHANTE CRIANCA/ADOLESCEN	
5 04.01.01.001-5	182215039540018	0 225270	182215039540018	3969800	/ 052019 CURATIVO GRAU II C/ DU 5/ DEBRIDAMENTO
6 02.02.02.038-0	6913326	0 6913326	3969800	/ 052019 HEMOGRAMA COMPLETO ,	
7 02.02.01.069-4	6913326	0 6913326	3969800	1 052019 DOSAGEM DE UREIA ,	
8 02.02.01.031-7	6913326	0 6913326	3969800	1 052019 DOSAGEM DE CREATININA ,	
9 02.02.01.063-5	6913326	0 6913326	3969800	1 052019 DOSAGEM DE SODIO ,	
10 02.02.01.060-6	6913326	0 6913326	3969800	1 052019 DOSAGEM DE POTASSIO ,	
11 02.02.02.013-4	6913326	0 6913326	3969800	1 052019 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA ,	
12 02.02.02.014-2	6913326	0 6913326	3969800	1 052019 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PRO	
13 02.04.06.011-7	3969800	0 3969800	3969800	1 052019 RADIOGRAFIA DE COXA ,	

====[VALORES DA PRÉVIA]=====

+ - Serv. Hospitalar +----- Serviço Profissional -----+
 +----- Direto -----+ +----- Direto -----+ +----- Rateado -----+
 | Próprio Terceiro | Próprio Terceiro | Próprio Terceiro + Total --

Forma de Organização

04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS

97,28 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 97,28

04.08.05 MEMBROS INFERIORES

725,17 0,00 0,00 0,00 247,80 0,00 972,97

07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA

296,13 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 296,13

08.02.01 DIARIAS

40,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 40,00

Total Geral: 1.158,58 0,00 0,00 0,00 247,80 0,00 1.406,38

====[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 38097	09.069.959/0001-58				

Número de Nascidos

Número de Saídas

N. Pré-Natal