

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

fls. 11
GUIA DE REFERENCIA

16370006281

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Hospital Fundação São Lucas

MUNICIPIO:

morada nova

NOME:

Rita Nicole Freitas dos Santos

SEXO: M () F (x)

DATA DO NASCIMENTO

22/05/2004

Ocupação:

Estudante

ENDEREÇO:

Imperio de Baixo

BAIRRO:

fone:

(88) 88198350

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

PACIENTE FEMININA, 15 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA

DE MOTO, COM M.M. ENCURTADO, COM DEVIÃO LATERAL

POSTERIOR, DEFORMAÇÕES EM M.M. MEMBRO: CORTE

RESULTADO DE EXAMES:

CONTUSÃO EM REGIÃO FRONTAL, AVALIAÇÃO FRONTAL

DE OSSO FRONTAL, PULSOS DOCTÓRIS E FOTORREACÇÕES.

CONDUTA REALIZADA:

HIDRATAÇÃO + ANALGÉSIO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE FÊMUR DIREITO

FRATURA DE FRONTAL (OSSO)

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO- Nº REGISTRO

Dr. Paulo Leno

MÉDICO

FUNÇÃO

24/05/14

DATA

11:30

HORA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

11F

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- Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

-DATAUS

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

PAG. 1

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

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: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0225 Leito: 0002
Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 70120009593011
Paciente: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS Prontuário: 2451200 Laudo:
Data Nasc.: 22/05/2004 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2017141908
Responsável pac.: MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS Nome da Mae: MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS
Endereço: JUAZEIRO DE BAIXO, 40 - LAGOA GRANDE Raça/Cor: PARDA
Município: 230870 - MORADA NOVA UF: CE CEP: 62940-000 Telefone: (88)9883.2453
Procedimento solicitado: 04.08.05.063-2 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Muda Proc.?

Procedimento realizado: 04.08.05.051-9 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Diag. principal: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE
Diag. complementar: Causa Óbito:
Carater 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 VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo com a previdência: - CBO: -

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

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.08.05.051-9	182215039540018	1 225270	182215039540018	3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
2 04.08.05.051-9	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
3 07.02.03.091-0	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1 052019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM
4 08.02.01.002-4	6913326	0	3969800	3969800	1 052019 DIARIA DE ACOMPANHANTE CRIANÇA/ADOLESCENTE
5 04.01.01.001-5	182215039540018	0 225270	182215039540018	3969800	3 052019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
6 02.02.02.038-0	6913326	0	6913326	3969800	1 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 02.02.01.060-0	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 FIBRINOLISE
13 02.04.06.011-7	3969800	0	3969800	3969800	1 052019 RADIOGRAFIA DE COXA

====[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar + - Serviço Profissional + -					
	+ - Direto + -		+ - Direto + -		+ - Rateado + -	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	97,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	725,17	0,00	0,00	0,00	247,80	0,00
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08.02.01 DIARIAS	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral:	1.158,50	0,00	0,00	0,00	247,80	0,00

====[DADOS DAS ÔRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 30097	09.069.959/0001-58				

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal



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

fls. 13

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

NOME DA MÃE: MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

ENDEREÇO: JUAZEIRO DE BAIXO, Nº 40

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230870 - MORADA NOVA

UF: CE

SEXO: FEMININO

TELEFONE DE CONTATO: 85-33152425

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 33152425

BAIRRO: LAGOA GRANDE

CEP: 62940000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S722 - Fratura subtrocanterica

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050632-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

CLÍNICA: CIRURGICO - 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:

PARECER

DATA AUTORIZAÇÃO:



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

USUARIO: cleide.castro - UNIDADE: IJF 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 subtrocanterica

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

fls. 15



Prefeitura de
Fortaleza

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 - Nº PRONTUÁRIO:
5618287

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
701200095931113

8 - DATA NASCIMENTO:
22/05/2004

9 - SEXO:
☐ Masc ☐ 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, Nº, 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 CIRURGICO .

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 CIRURGICO DE FRATURA DE **FEMUR**.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
0408050632

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
EMERGÊNCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
25/05/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CRM):
CRM 73661

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:

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

() CNES () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

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

URGÊNCIA

Origem do Paciente

IJF

Clínica/Especialidade

CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA

Médico Solicitante

5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Médico Responsável

5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Procedimento Solicitado

0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Dias

4

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome

RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Sexo

FEMININO

Nascimento Idade

22/05/2004 15 Anos

Raça/Cor

PARDA

Estado Civil

SOLTEIRO(A)

Religião

CATÓLICO (A)

Mãe

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

Pai

FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

Conjuge

Responsável

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

Prontuário

2451200

CNS

701200095931113

Registro

201902570002260

Documento Informado

RG: 2017141908

País

BRASIL

Município de Naturalidade

MORADA NOVA/CE

CEP

62940-000

Município de Residência

MORADA NOVA/CE

Logradouro

RUA JUAZEIRO DE BAIXO

Número

40

Complemento

Bairro

LAGOA GRANDE]

Fone Móvel

(88)9861.98360

Fone Fixo

(88)9883.24913

Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

DESEMPREGADO / ESTUDANTE

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

Acomodação/Leito

225/2

Tipo de Acomodação

ENFERMARIA

Clínica

CLÍNICA CIRÚRGICA

Posto de Enfermagem

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

Maria Lucicleide de Freitas



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
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

fls. 17

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 28/05/19

Nome do paciente:	Rita Michele Fruto dos Santos		
Nº Prontuário:		Categoria:	
Clinica:		Leito:	
Cirurgião:	Dr. Allan S. Pinheiro		
Anestesista:	Dr. Agostinho Aguiar		
Tipo de Anestesia:	sedação leve + bloqueio		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:			
Circulante:			
Diagnóstico Pré-Operatório:	história do fêmur do		
Tipo de Operação/ Código:			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
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:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

Maria Mendonça Marques Dentista
CRM 1021
CPF 043.110.213-04

MODELO 8.0

H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

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

Data: 20/05/14

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Rita Nicole Soares dos Santos		Nº Prontuário:		Nº Controle:		Enf./		Leito:	
Cirurgião: Dr. Altair Lima		Tempo de Sala: 1h 10m		Tempo de Oxigênio: 1h 10m					
IDADE: 15	PESO: 52,4	ALTURA: 1,65m	SEXO: fm.	TEMP: 36	PULSO: 92	RESF: 13	PR. ART. MAX/MIN: 120/80		
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMACIAS: 5,23mm	HEMOGLOBINA: 10,9g/dl	HEMATÓCRITO: 30,6%	GLICEMIA:	URÉIA: 28,0mg/dl	URINA: 2,8mg/dl			
Ap. Respiratório: em corrente normal		Ap. Circulatório: regular		Ap. Digestivo: normal		Ap. Urinário: normal		Diagnóstico Pre-Operatório: normal	
Anestésias Anteriores: nenhuma		Medicação Pré-Anestésica: Morfina 5mg		Aplicada às: 09:10h		Efeito: bom			
Agentes Anestésicos: SF, 1000ml, RL		Líquidos: SF, 1000ml, RL		CÓDIGO: P. Arterial O, Pulso O, Respiração Anestesia O, Operação		P. Arterial O, Pulso O, Respiração Anestesia O, Operação			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: X, O		POSICÃO: Decubito dorsal		AGENTES: 1 + 2 + 3 + 4 + 5		TÉCNICA: 1 + 2 + 3 + 4 + 5		OPERAÇÃO: 1 + 2 + 3 + 4 + 5	
CIRURGIOS: Dr. Altair Lima		ANESTESISTAS: Dr. Altair Lima		TEMPO DE ANESTESIA: Das 09:10 hrs às 10:20 hrs = 1h 10m		Anestésias Satisfatórias: NÃO		DESPERTAR: Reflexos na S.O.	
Obstr.:		Co2:		Excit.:		Náuseas:		Vômitos:	
Outros:		Outros:		Comunicação:		Perda sanguínea aprox.:		Volume sanguíneo repleto:	

Maria Magaly Marques Dantas
CRM 2021
2013-04

MODELO 2

3-04
C9F0H7P8 5212/0

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 JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

===[ACOMODAÇÃO]=====

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

===[PACIENTE]=====

Nome Rita Nicole Freitas dos Santos Sexo FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
22/05/2004 15 Anos CATÓLICO (A) 2451200 201902570002260

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

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO 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

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: kilvia.cavalcante

Data: 30/05/2019 Hora: 14:38:35

11.09.19



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

PITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS
LAURO MENDES.

Atesto que a paciente acima
foi submetida a cirurgia
no Futuro do Fêmur
Direito.

Fuente - m e

11/09/19

Atto el fente

[Handwritten signature and stamp]

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



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
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

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
313-1	ADRENALINA	AMP	
550-9	ÁGUA DESTILADA 1000ML	UND	
350-6	AMINOFILINA	AMP	
260-7	ATROPINA	AMP	
383-2	AMPICILINA 1G	FRAMP	
279-8	BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	
281-0	CL. POTÁSSIO - 10%	AMP	
370-0	DIAZEPAM 10MG	AMP	
21415	MORFINA SULFATO 0,2mg/ml	AMP	
369-7	PETIDINA 100mg/2ml	AMP	
368-9	MIDAZOLAN 15 mg/3ml	AMP	01
444-8	ETILEFRINA	AMP	
397-2	ENFURANO 100ml	ML	
340-9	PROMETAZINA 50mg	AMP	
355-7	HIDROCORTIZONA 500mg	FRAMP	
399-9	HALOTANO 100ML	ML	
398-0	FENTANILA + DROPERIDOL	AMP	
396-4	CETAMINA	FRAMP	
386-7	CEFALOTINA	FRAMP	02
386-8	FUROSEMIDA 2ML	AMP	
367-0	FENTANILA CITRATO 0,05mg/ml	FRAMP	
389-1	GENTAMICINA		
298-4	HEPARINA		
401-4	BUPIVACAÍNA 0,5%		
403-0	BUPIVACAÍNA + EPINEFRINA		
440-5	BUPIVACAÍNA PESADA		0,5ml 01
8832-5	NALBUFINA		
359-0	PANCURÔNEO		
264-0	METOCLOPRAMIDA		
361-1	NEOSTIGMINE		
360-3	SEXAMETÔNIO 100mg	FRAMP	
400-6	THIOPENTAL		
358-1	ATRACURIO		
353-0	DICLOFENADO DE SÓDIO		
406-5	LIDOCAÍNA COM VASOCONST		
408-1	LIDOCAÍNA + GLICOSE		
407-3	LIDOCAÍNA SEM ADRENALINA		
8811-4	CISATRACURIO 10MG		
8811-1	PROPOFOL		
362-0	NALAXONA		
8811-3	ISOFLURANO		
	SUFENTANIL		
	HYPNOMIDATE		

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
SOROS			
553-3	Solução frutose 500ML	Tubo	
553-3	Solução de Manitol 250ML	Tubo	
559-2	Solução de Ringer lactato 500ML	Tubo	02
557-6	Soro fisiológico 0,9% 250ml	Tubo	
556-8	Soro fisiológico 0,9% 500ml	Tubo	02
1901-1	Soro fisiológico 1.000ml	Tubo	
558-4	Soro glicosado 5% 500ML	Tubo	
MATERIAIS			
	CATETER INTRAVENOSO		20ml 01
	AGULHA DESC. PERIDURAL		
	AGULHA DESC. P/RAQUE		01
	EQUIPO P/ SORO		
	SONDA ASP. TRAQUEAL		
	SONDA ENDOTRAQUEAL		
	SONDA NASOGÁSTRICA		
GASES MEDICINAIS			
	AR COMPRIMIDO		
	GÁS CARBÔNICO		
	OXIGÊNIO		
	OXÍDO NITROSO		
SANGUE - HEMODERIVADOS			
	SANGUE		
	PLASMA		
	ALBUMINA		
	PAPA HEMÁCIAS		
USO DE APARELHO			
	CAPNÓGRAFO	h	
	MONITOR	h	
	OXÍMETRO	h	
JUSTIFICATIVA			
MEDIDA			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- ① Retirar em anestesia geral
- ② Anest. através do MVD
- ③ Grotesco e um tipo
- ④ Tirar em um tipo
- ⑤ Fila com
- ⑥ Fazer um plano de
- ⑦ Plano e plano
- ⑧ Plano e plano
- ⑨ Plano e plano

Valter Bezerra
Tribunal de Justiça do Ceará
Sala 619

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

25/05/2019

UNISUS WEB

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

2753939

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 003864019

Referência 08/2019

Bota MN330R25
Nome FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS
Endereço ST JUAZEIRO DE BAIXO - LAGOA GRANDE, 00000, LAGOA GRANDE, 62940-000, HORADA NOVA
Classificação Rural Residencial Rural
Modalidade Tarifária B2 RURAL
Ligação Monofásico

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

ÁREA RESERVADA AO FISCO

1795206076000046930F30B422000750

DATAS DE LEITURA P.F.: 00 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
17/07/2019	16/08/2019	02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	96,442	94,669	1,00	1,773	00	1,773	0,61442	1089,37

DADOS DO FATURAMENTO.

	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	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 6000560	-	17,30

003864019 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

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

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
692,17	0,00	0,00

CPF/CNPJ 388.758.373-68

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rita Nicole Freitas dos Santos,RG nº 20171419086, data de expedição 21/7/17, Órgão SSP/CE,CPF nº 087.554.433-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Juazeiro de Baixo</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Barro Grande</u>
Cidade	<u>M. Novo</u>
Estado	<u>ceará</u>
CEP	<u>62.940-000</u>
Telefone de Contato	<u>—</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: M. Novo 14-11-19Assinatura do Declarante: x Francisco rogerio dos Santos
x Rita Nicole Freitas dos Santos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 (denunciação 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 curtimento 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.//////////

Francisco Rogerio dos Santos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

PROIBIDO PLASTIFICAR

Rita Nicole Freitas dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS DIER & SOHN

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 MORADA NOVA - CE

CPF

1 VIA

Renata O Lima
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 29

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS DIER & SOHN

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 347991531 SSP SP	
CPF 388.758.373-68	DATA NASCIMENTO 28/09/1970
FILIAÇÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO DOS SANTOS TEREZINHA MARIA DE JESUS DOS SANTOS	
PERMISSÃO []	ACC []
CAT. HAB. AB	
Nº REGISTRO 03713308783	1ª HABILITAÇÃO 08/10/2005
VALEDADE 25/09/2020	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO:	
<i>Francisco Rogerio dos Santos</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL MORADA NOVA, CE	DATA EMISSÃO 16/10/2015
<i>Igor Vasconcelos Ponte</i> ASSINATURA DO EMISSOR	36388211564 CE149861796
DETRAN - CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1158756538

PROIBIDO PLASTIFICAR
1158756538

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <u>Rita Nicole Santos dos Santos</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
CPF: <u>087.554.433-97</u>	RG: <u>2057341908-6</u>	Profissão: <u>Recrúo</u>
Representante Legal: <u>Francisco Rogério dos Santos</u>		Estado Civil: <u>Solteiro</u>
CPF: <u>388.758.373-68</u>	RG: <u>347991531</u>	Profissão: <u>Recrúo</u>
Avenida/Rua/Localidade: <u>Sítio Juazeiro de Baixo</u>		Nº <u>SIN</u>
Bairro: <u>Lona Rural / Lagoa Grande</u>	Cidade: <u>M. Nova</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>62940-000</u>	Telefone:	

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, casado, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB/CE 23.814 e **FILipe BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 044.264.803-02, portador da OAB/CE 27.565, ambos Representantes da Sociedade **SAMPAIO E CATUNDA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, OAB/CE 1736, com sede na Rua Raul Nogueira, 131, Centro, Morada Nova – CE têm entre si, justos e contratados, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

M. Nova (CE), 3 de Janeiro de 20 20
Francisco Rogério dos Santos
 Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: Rita Nicole Freitas dos Santos	Nacionalidade: Brasileira
CPF: 087.554.433-97	RG: 2017141908-6
Representante Legal: Francisco Rogério dos Santos	Profissão: Recuso
CPF: 388.758.373-68	RG: 347991531
Avenida/Rua/Localidade: Sítio Souza de Baixo	Estado Civil: Solteiro
Bairro: Zona Rural/Rio Grande	Profissão: Recuso
CEP: 62.940-000	Estado: CE
	Nº 510
	Cidade: M. Nove
	Telefone:

Declaro para os devidos fins que posso hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

M. Nove (CE), 6 de fevereiro de 20 20.

Francisco Rogério dos Santos
DECLARANTE

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: <i>Rita Nicole Freitas dos Santos</i>		Nacionalidade: <i>brasileira</i>
CPF: <i>087.554.433-97</i>	RG: <i>2017141908-6</i>	Profissão: <i>Recurso</i>
Representante Legal: <i>Francisco Rogério dos Santos</i>		Estado Civil: <i>solteiro</i>
CPF: <i>388.758.373-68</i>	RG: <i>347991531</i>	Profissão: <i>Recurso</i>
Avenida/Rua/Localidade: <i>Sítio Juazeiro de Baixo</i>		Nº <i>SIN</i>
Bairro: <i>Zona Rural / Happy Gate</i>	Cidade: <i>J. Nove</i>	Estado: <i>CE</i>
CEP: <i>62.940-000</i>	Telefone:	

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO também ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

J. Nove (CE), *6* de *primeiro* de 20 *20*.

Francisco Rogério dos Santos
DECLARANTE



(/)

Buscar no site

-
- A COMPANHIA
- SEGURO DPVAT
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS
- SALA DE IMPRENSA
- TRABALHE CONOSCO
- CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

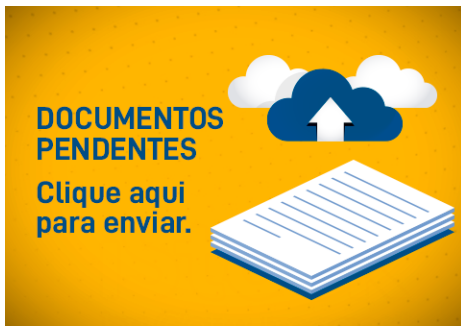
SINISTRO 3190681982 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 08755443397

Posição em 06-01-2020 14:49:34
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/12/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ujR4AHYHPhLqmHq1R5XUapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naa9QPT8XgKFHKZFyr3j333Y=)
11/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HuadYKznPK1FCiVdmYTapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naa9QPT8XgKFHKZFyr3j333Y=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://pt-br.helpscout.net/discussions/1355854/seguradora-lider-dpvat-oficial/>)
l%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

› Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

- › [Consulta a Pagamentos \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](#)
- › [Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
- › [Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento\)](#)
- › [Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](#)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

Atendimento

- › [Chat - Atendimento On-line \(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line\)](#)
- › [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
- › [Telefones de Contato \(/Contato/telefones-de-contato\)](#)
- › [Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria\)](#)
- › [Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias\)](#)
- › [Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](#)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)