PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180215841 **Cidade:** Aracati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO CORREIA DA ROCHA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO ÚMERO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO BRAÇO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR DO MSE, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180215841 **Cidade:** Aracati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO CORREIA DA ROCHA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO ESQUERDO
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO ESQUERDO
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO ESQUERDO 50% DE 25%
Documentos complementares:
Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE
CRM do médico: 52.44121-9
UF do CRM do médico: RJ
Assinatura do médico:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DOC. IDENTIDADE / ORG.EMISSOR / UF
290873495 SSP CE

CPF
761.146.353-53

DATA NASCIMENTO
29/07/1977

FILIAÇÃO
FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA
MARIA JOSE DE JESUS DA ROCHA

PERMISSÃO

ACC

CATEG.
AB

Nº REGISTRO
01805475707

VALIDADE
17/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/04/1997

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RUSSAS, CE

DATA EMISSÃO
26/08/2016

65650019300
CE155006746

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1351288254

PEDIDO PLASTIFICAR
1351288254

Cláudia Costa
(88) 9238.8234 / 9789.2501

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] *Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.*
[2] *Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.*

Pelo exposto, eu claudia maria Ferreira da Costa, portador(a) do RG nº 2002200079936, expedido por SSP/CE, em ___/___/___, CPF/CNPJ nº 009 032.633-43, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Flavio Correia da Rocha - do sinistro de DPVAT da natureza _____ da vítima Flavio Correia da Rocha, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão:_____ Renda Mensal: R$_____

Documentos comprobatórios:_____

Cláudia Maria Ferreira da Costa
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

N DO CLIENTE

8422197-6

Data de Emissão 18/05/2018

CLAUDIA MARIA FERREIRA DA COSTA

AV DEP MANOEL PAILO

CENTRO - BRACAJI - [illegible]

Perfil [illegible]

01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

CPF/CNPJ [illegible]-43

	Data da Apresentação	Próxima Leitura
1/2018	18/05/2018	20/06/2018

	Alíquota	Valor do Imposto
[illegible]	[illegible]	[illegible]

	Mínima	Média	Máxima	Média	Máxima
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC	1,30	[illegible]	[illegible]	1,60	[illegible]
DMIC	[illegible]			1,37	

AO CONTROLE FISCAL

[illegible]

SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

[illegible]	1025	1,20	12	2,32	

INVESTPREV SEGURANÇA

18 MAI 2018

ENTRADA

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

10 MAIO 2018

ENTRADA

DECLARAÇAÕ DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu Flavio Correia da Rocha ,portador da carteira de indentidade nº 2908734 95 ,e inscrito no CPF/MF sob o nº 761.146.353.53 ,residente e domiciliado na Rua: Rua Francisco Aldenor Porto 105 ,Cidade, Aracati,

Estado, Ceará ,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 nº6.194/74),uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência;ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza pericias para fins de prova do Seguro DPVAT;ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza pericias com prazo superior a 60(noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veiculo automotor de via terrestre,solicito que esta declaração permita o prosseguimento a analise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal,concordando,desde já,em me submeter a pericia médica as custas as Seguradora líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão,para os fins do 1º do art.3º da lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa pericia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugna-la,caso discorde do seu conteúdo.

Flávio Correia da Rocha

Assinatura do declarante conforme documento de indentificação

Aracati 02 de abril de 2018

Local e data

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

Seguradora LÍDER
Administradora de Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	761.146.353-53	Flavio Correia da Rocha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Flavio Correia da Rocha		CPF titular da conta: 761.146.353-53	Profissão:
Endereço: Rua Francisco Aldenor Porto		Número: 105	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Aracati	Estado: Ceará	CEP: 62.800-000
Email:			Telefone (DDD): (88) 9 9789-2501

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ 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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0743 DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 30109 DV: 6 (informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: DV: (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Aracati, 02 de abril de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Flávio Correia

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

FLS. _____

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 530 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Flavio Cosme L Rale

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
ANA MARIA DE ARAUJO PADILHA - MAT.: 30078918

SELO DE AUTENTICIDADE
FET 03
AUTENTICAÇÃO
HQ954.134

AUTENTICAÇÃO
Confere Com o (s) Original (ais) Apresentado (s)
Válido Somente Com o Selo de Autenticidade
Boa Fé, Aracati 03 ABR 2018
Maria Pompeu Costa Lima Gurgel - Titular
Luciano Costa Lima Gurgel - Substituto
Lourdes G. de Souza - Esc. Autorizado
CONFERE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Xisdeny Fernandes da Silva
Escrevente Autorizado

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 412 - 530 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/02/2018 15:35:49**
Data / Hora da Ocorrência: **06/11/2017 07:57:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA CEL ALEXANDRINO**
Complemento:
Bairro: Município: **ARACATI/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**
Nascimento: **29/07/1977** CPF: **761.146.353-53**
RG: **290873495** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA JOSÉ DE JESUS CORREIA D A ROCHA**
FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA
Endereço: **RUA FRANCISCO ALDENOR PORTO, 105 CASA**
Bairro: **CENTRO** CEP: **62.800-000**
Município: **ARACATI/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99728.7180**

Histórico

O noticiante FLAVIO CORREIA DA ROCHA, RG 290873495 SSP/CE, CPF 761.146.353-53, residente na Rua Francisco Aldenor Porto, 105, Centro, Aracati/CE, informa que dirigia um motociclo marca/modelo Honda BIZ 110I, Cor predominante VERMELHA, ano de fabricação 2016, Placa PMV 4972, Renavam 76114635353, Chassi 9C2JC7000GR102075, de sua propriedade, Que estava Trafegando pela Rua Cel Alexandrino em frente a Rua Rio Jaguaribe quando um homem que vinha numa BROS DE COR PRETA bateu no declarante e se evadiu do local. Dentre as pessoas que souberam do acidente estão MARIA DASDORES DA SILVA, (testemunha 01), RG 20076786665-2 SSP/CE, CPF 028.660.283-09, residente na Travessa Barão de Messejana, 142, Campo Verde, Aracati/CE, e SAMIA ELISABETE MORENO MARQUES, (testemunha 02), RG 20082492110 SSP CE, CPF 653.169.163-87, residente na Rua Cônego João Paulo, 1347, Aracati-CE, esta socorreu o declarante. Após o acidente, o noticiante foi socorrido por SAMIA ELISABETE, acima mencionada, que levou o noticiante para a UPA da Cidade de Aracati/CE, sendo posteriormente transferido para o Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias, sendo atendido e tratado em virtude do mencionado acidente, Em virtude do Acidente o noticiante sofreu um trauma no ombro esquerdo, sendo submetido a cirurgia, Que fica o noticiante ciente da expedição de guia para a realização de perícia de lesão corporal na PEFOCE, com laudo a ser remetido para esta delegacia, Que se responsabiliza pelas informações prestadas, E nada mais disse,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ARACATI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

IZABELLE CRISTINA DE MEDEIROS DIAS DANTAS - MAT.: 300

AUTENTICADO
Confere Com o (s) Original (ais) Apresentado (s) Perante Mim Somente Com o Selo de Autenticidade
03 ABR 2018
FLS.
SELO DE AUTENTICIDADE
GKS 03
AUTENTICAÇÃO
HQ954135
Joselany Rendeiro Ferreira da Silva
Escrevente Autorizada

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180215841
Nome do(a) Examinado(a): Flavio Correia da Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Aldenor Porto, 105
Centro Aracati CE CEP: 62800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 290873495
Data local do acidente: [06/11/2017]
Data local do exame: [11/06/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO COLO DO ÚMERO ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ARACATI, TRANSFERIDA PARA O IJF, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM.
Data da Alta: 10/04/2018

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

ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO BRAÇO ESQUERDO, ATROFIA MUSCULAR DO MSE, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

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

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSE, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE E BLOQUEIO ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO.

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, §1° do art. 3° 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(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):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

Região Corporal (Sequela):
% 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. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário"), e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	781 146 353 53	FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
FLAVIO CORREIA DA ROCHA	781 146 353 53	RECUSO

Endereço	Número	Complemento
RUA FRANCISCO ALDENOR PORTO	105	

Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	ARACATI	CE	62800000

Email	Telefone (DDD)
	88-99709-2601

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

X 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

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

BRADESCO (237) | BANCO DO BRASIL (001) | ITAÚ (341)

X CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
0743		30109	6
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome ____ NRO ____

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ARACATI, 30 de MAIO de 2018
Local e Data

INVESTPREV SEGURADORA S/A
30 MAIO 2018
ENTRADA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Carta n°: 12978930

A/C: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

Nº Sinistro:	**3180215841**
Vitima:	**FLAVIO CORREIA DA ROCHA**
Data do Acidente:	**06/11/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**CLAUDIA MARIA FERREIRA DA COSTA**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **104**
Agência: **000000743**
Conta: **0000030109-6**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**4.725,00**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R$	**4.725,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180215841**
Vitima: **FLAVIO CORREIA DA ROCHA**
Data do Acidente: **06/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180215841.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00743

CONTA: 000000030109-6

Nr. da Autenticação 19998CD827D4C3D6

PREFEITURA DO ARACATI

Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias - HMED

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente: ( ) Sim ( ) Não
Trabalho: ( ) Sim ( ) Não
Trânsito: ( ) Moto ( ) Carro ( ) Outro

AT. IMEDIATO EMERGÊNCA	VERMELHO		01 HORA URGÊNCIA	AMARELO		02 HORAS POUCA URGÊNCIA	VERDE		04 HORAS S/ URGÊNCIA	AZUL	

Data: 06/11/17 Hora do Atendimento: 10:26 Téc. de Enfermagem:

Nome: Flavio Correia da Rocha Idade: 40 anos Sexo: ( )F (X)M

Data de nascimento: 29/07/77 RG/CPF/Outros: 290873495 CADSUS: —

Filiação: Maria José de Jesus da Rocha Tem Plano de Saúde ( ) Sim (X) Não Qual:

Endereço: R. Fco Aldemar Ponte - Centro Nº: 105 Telefone: (88) 99348-73

PSF: ACS:

T: _____ °c PA: x mmH FC: _____ bpm FR: irpm Glicemia Capilar: _____ mg/dl

Nível de consciência: ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Desorientado ECG: _____ Alergias: Violência: ( ) Sim ( ) Não

CLASSIFICAÇÃO DA DOR: ( ) Sim ( ) Não ( ) Aguda ( ) Crônica ( ) Recorrente TIPO DE DOR: ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Forte ( ) Sever

ATENDIMENTO E CONSULTA

( ) Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento ( ) Atendimento Médico de urgência em atenção especializada

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento - ENFERMAGEM (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Trauma no ombro E

Enfermeiro(a): _____ Encaminhamento: ( ) Clínica Médica ( ) Traumatologia

Anamnese (Conduta Médica)

Dor e edema no ombro esq, acompanhado de incapacidade funcional.

Hipótese Diagnostica

Fratura do colo do úmero E.

Prescrição na Urgência	Horário	Assinatura do executor
Lipora		

( ) Administração de medicamentos na Atenção Especializada
( ) Inalação / Nebulização
( ) Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
( ) Curativo grau II c/ ou s/ debridamento
( ) Retirada de pontos de cirurgias básicas
( ) Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva
( ) Pequena Cirurgia: _____
( ) Outros: _____

( ) Retirada de Cerúmen de conduto auditivo externo
( ) Enema
( ) Sondagem Gástrica
( ) Drenagem de abscesso
( ) Excisão e/ ou sutura simples de pequenas lesões
( ) Exerese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
( )Retirada de corpo estranho subcutâneo
( ) Excisão e sutura de linfangioma / nevus

Encaminhameto/Destino do Paciente: Alta ( ) Hora:___:___ Internamento Hospitalar ( ) Observação ( )Transferência

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

Leonardo Bezerra

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA DO ARACATI

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA UNIDADES EXTERNAS

NOME.....: FLAVIO CORREIA DA ROCHA
PRONTUÁRIO.....: 1013 LEITO: DATA DE ADMISSÃO: 06/11/2017
MÉDICO.....: ISRAEL ICARO DE OLIVEIRA MELO
UNIDADE DE ORIGEM....: UPA ARACATI UNIDADE DE DESTINO: HMED
DATA DE TRANSFERÊNCIA: 06/11/17 HORA: 08:35

SINAIS VITAIS
GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE
INÍCIO DA CLASSIFICAÇÃO: 2017-11-06 07:57:52
TEMPO DE ESPERA: 158
DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO: 132
PRIORIDADE: AMARELO
QUEIXA: DOR EM MSE APÓS COLISÃO MOTOXMOTO
FLUXOGRAMA: Problemas em extremidades
DISCRIMINADOR: Dor moderada *
COLETA NÃO-AUTORIZADA: NÃO
AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS: DOR 5DOR
[illegible]
[illegible] Consultório Clínica Médica

Alergia(s).....	NÃO	Qual:
Suporte de O2.....:	NÃO	Qual:
Acesso Vasculares..:	NÃO	Qual:
Sondas.....:	NÃO	Qual:
Drenos.....:	NÃO	Qual:
Lesão de Pele.....:	NÃO	Qual:
Outros Dispositivos:	NÃO	Qual:
Curativos.....:	NÃO	Qual:
Isolamento.....:	NÃO	Qual:
Familiares Clientes.:	NÃO	Qual:
Médicos Assistente informado.....:	NÃO	Qual:
Exames Pendentes...:	NÃO	Qual:

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:
PCT VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, EVOLUINDO COM DESLOCAMENTO DE OMBRO ESQQUERDO E DOR DURA
MOBILIZAÇÃO.
ABCD NORMA
SAT 02: 98%
PULSOS PERIFÉRICOS EM MEBROS SUPERIORES PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS

Recomentações:
EM AGUARDO DE RX DE OMBRO

INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PARA:

NOME DO RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

Icaro de Oliveira
Médico
CREMEC - 18621

ASSINATURA E CARIMBO

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5535995

NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO:29/07/1977

PAI: FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA

MÃE:MARIA JOSÉ DE JESUS DA ROCHA

DATA DE ATENDIMENTO:07/11/2017

DATA DE SAÍDA:10/11/2017

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 07/11/2017, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.
A CIRURGIA FOI CANCELADA E ADIADA, POR FALTA DE JEJUM; TENDO RECEBIDO ALTA HOSPITALAR EM 07/11/2017, PARA RETORNAR EM 10/11/2017.
LAUDO DIGITADO EM 14/03/2018 (JOAQUIM/C)

Joaquim Dos,
Cirurgião Plástico
CRM 4403

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5535995

NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO:29/07/1977

PAI:FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA

MÃE:MARIA JOSÉ DE JESUS DA ROCHA

DATA DE ATENDIMENTO: 10/11/2017

DATA DE SAÍDA:12/11/2017

MOTIVO:PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 10/11/2017, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO APRESENTANDO FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.
EM 11/11/2017, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO COM FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER ROSQUEADO. OPERADO POR DR. CLODOALDO DUARTE.
LAUDO DIGITADO EM 14/03/2018 (JOAQUIM/C)"

Joaquim Dos Cirurgião Geral CRM 4 Bastos

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

Prefeitura de Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE HOSPITALAR e-SUS

Emitido em: 27/03/2018 10:25:23

Por:EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 06/11/2017 16:59:42

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 700506789469958	NOME: FLAVIO CORREIA DA ROCHA			Registro: 5535995	
CPF: 76114635353	RG: 290873495	D. NASC: 29/07/1977	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DE JESUS CORREIA DA ROCHA			NOME DO PAI: FRANCISCO FERREIRA DA ROCHA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE CAVALCANTE SOBRINHO			Nº: 120	BAIRRO: COACU
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 993487370,	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60871640

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: DANIELE MARIA BATISTA SILVA	PARENTESCO: ESPOSA	TELEFONE: 993487370

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CGSIDO DO CNAER:

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Outros acidentes e violências, Fatos ou eventos não especificados, intenção não determinada

QUEIXAS: PERFIL PARA REFERENCIA

OBSERVAÇÕES:

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: BRANCO

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

ATO DE PROTOCOLO - IJF
RAE FIRMADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 27/03/2018
MATRICULA 13826
ASSINATURA DO ATENDIDO(A)

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

IJF

Prefeitura de Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

Nome : FLAVIO CORREIA DA ROCHA

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado é acompanhado no ambulatório de Traumatologia e Ortopedia do IJF por fratura de umero esquerdo operado no IJF.

No momento, fratura em consolidação, sem dor e com redução do arco de movimento. Em reabilitação fisioterápica.

Ao setor de pericias do INSS.

CID 10 : S42

Dr. Ronaldo Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 17019

Fortaleza, 25 DE Janeiro DE 2018

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE FLAVIO CORREIA DA ROCHA ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IJF POR FRATURA DO UMERO ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM 11/11/17, RECEBEU ALTA EM 12/11/17. EVOLUINDO COM FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO. DEVE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS

FORTALEZA 27/11/17.

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Flavio Cova da Rocha
Idade: _____ anos _____ meses _____
Prontuário: 5539995 Unidade: _____ Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente compareu para retirada de fio reorquectomia unilateral (E)

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos: ( ) Não

1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ___/___/___
2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ___/___/___
3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ___/___/___
4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ___/___/___
5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ___/___/___
6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ___/___/___

Procedimentos Invasivos/Exames ( ) Sim ( ) Não

1- _____ Data ___/___/___
2- _____ Data ___/___/___

Revisão:	Data Elaboração
Jul/2015	10/07/2013

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Instituto Dr. José Frota

3- _____ Data ___/___/___
4- _____ Data ___/___/___
5- _____ Data ___/___/___
6- _____ Data ___/___/___

Condições de Alta/Transferência

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

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

Retornar: ( ) Ambulatório em ___/___/___ Dr.(a) _____

Observações: ALTA' HOSPITALAR
NÃO PÔDE
Retorno 15 dias URA. JAVER

Data: 11 / 1 / 18 _____ _____

Dr. Pedro Rafaes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 18095

Médico **CRM/Carimbo**

Revisão:	Data Elaboração:
Jul/2015	10/07/2013

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)

UPA - ARACATI

Prescrição:1027

Paciente: FLAVIO CORREIA DA ROCHA
Data Solic.:06/11/2017 08:34:04
Data Pr Ini:06/11/2017 9H
Data Atend.:06/11/2017 07:55:14
Prontuário: 1013
Prest.Presc:ISRAEL ICARO DE OLIVEIRA MELO (CRM 18621)
CID:
Diagnóstico:DIAGNOSTICO NAO DEFINIDO

Sexo: MASCULINO
Dt Nasc: 29/07/1977 40A 3M 8D
Convênio: SUS AMBULATORIO
Prescrição: 1027
Data Pr Enc:07/11/2017 9H
Atendimento:1231(A)
Leito:
CPF: 761.146.353-53
CNS:
Prest.At: MEDICO PLANTONISTA (CRM 000000)
Proced.: 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLAC. Custo: RECEPCAO

Medicações

Item	Elem	Código	Descrição	Nome de Segurança	Opção Comercial	Dose	Uni	Via
01	01	00010023	DICLOFENACO DE SODIO; 25MG/ML 3ML		DICLOFENACO SODICO	1	AMP	IM
02	01	00010027	DIPIRONA; 500MG/ML 2ML		DIPIRONA	1	AMP	IM

Exames

Item	Elem	Código	Descrição	Qtde Total	Centro de Custo
03	01	00000005	RADIOGRAFIA DE OMBRO	1	

Silvia Bruna Melo Lima
Tec. Enfermagem
COREN-CE 760.003

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

Assinatura Prestador: ISRAEL ICARO DE OLIVEIRA MELO (CRM 18621)
Icaro de Oliveira
Medico
CREMEC - 18621

Denise Rodrigues Correia
Téc. em Radiologia

Assinatura Paciente

Impresso em 06/11/2017 08:35:00 pelo Usuário ICARO

FUNDAÇÃO Leandro Bezerra

EVOLUÇÃO

PREFEITURA DO ARACATI

NOME: Flávio Barbosa da Rocha PRONTUÁRIO:

ENF: LEITO:

DATA	EVOLUÇÃO
06/05/18	Pacto lúcido, orientado em tempo e espaço, colaborador, deambulando, acompanhado por enfermeira, mobilidade em MSE, sem queixas, alimentando, hidratando, sem novas crises, conversa, analisado pelo médico plantonista que solicita avaliação fonoaudiológica.

Francivaldo Assunção Chaves
Enfermeiro
COREN - CE 505134 - ENF

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

Leandro Bezerra

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PREFEITURA DO ARACATI

DATA ATEND: 06/11/2017
PACIENTE..: FLAVIO CORREIA DA ROCHA N°ATEND.: 1231
DATA NASC.: 29/07/1977 IDADE: 40 SEXO....: MASCULINO
RG.....: 290873495 CPF..: 761.146.353-53
MÃE.....: MARIA JOSE DE JESUS DA ROCHA
ENDEREÇO..: RUA FRANCISCO ADENOR PORTO 105
BAIRRO....: BAIRRO DE FATIMA CIDADE: ARACATI UF..: CE
TELEFONE 1: TELEFONE 2: CEP.: 62800000

PLANO DE SAÚDE: SUS AMBULATORIO CARTÃO SUS:

PRIORIDADE CLÍNICA.: URGENCIA / AMARELO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE
INÍCIO DA CLASSIFICAÇÃO: 2017-11-06 07:57:52
TEMPO DE ESPERA: 158
DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO: 132
PRIORIDADE: AMARELO
QUEIXA: DOR EM MSE APÓS COLISÃO MOTOXMOTO
FLUXOGRAMA: Problemas em extremidades
DISCRIMINADOR: Dor moderada *
COLETA NÃO-AUTORIZADA: NAO
AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS: DOR 5DOR
SENHA: 1230
ENCAMINHAMENTO: Consultório Clínica Médica

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE.....:

PACIENTE VITIMIA DE COLISÃO MOTO-MOTO, EM USO DE CAPACETE.
EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO ASSOCIADO COM DESLOCAMENTO APARENTE

NEGA ALERGIAS

EXAME FÍSICO.....:

ABCD NORMAL
SAT 02: 99%
FC: 74

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.:

TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

CID: s400

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA

PROCURAÇÃO

PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Flavio Correia da Rocha ,NACIONALIDADE: brasileiro ,ESTD,CIVIL. solteiro ,

PROFISSÃO: motorista ,INDENTIDADE, 290873495 ,

CPF: 761,146,353,53 ,

ENDEREÇO: Rua Francisco Aldenor Porto 105 ,

OUTORGADO:

NOME: Claudia Maria Ferreira da Costa ,NACIONALIDADE,: brasileira , EST.CIVIL, solteira ,

PROFISSÃO: corretora ,INDENTIDADE, 2002010079936

CPF 009,032,633,43 ,

ENDEREÇO: Rua Dom manoel , 139 ,

Pelo Presente Instrumento Particular,de Procuração,nomeio e constituo meu Bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes

Especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT e suas respectivas consociadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT,concedendo ao ortogado poderes para assinar, enviar e /ou requerer quaisquer documentos necessários juntos as seguradoras consociadas, incluindo substabelecer e praticar, enfim,todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento desde mandato,a afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório- DPVAT

Para Vitima Flávio Correa da Rocha

Data e Local Aracati 03 de abril de 2018

ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECIDO FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Flávio Correa da Rocha

RECONHECIDA (S) FIRMA (S) POR autenticidade de FLAVIO CORREA DA ROCHA
Distrito, Aracati - CE 11/04/2018
Emolumentos
Válido somente com o selo de autenticidade

Joaquim Reinaldo Ferreira da Silva
Escrevente Autorizado

Cartório Costa Lima

INVESTPREV SEGURADORA S/A
10 MAIO 2018
ENTRADA