

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

CE

NOME
ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2008010066558 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
048.217.413-77 18/06/1990

FILIAÇÃO
FRANCISCO BENTO
RODRIGUES DA CRUZ
MARIA DE FATIMA
BARBOSA DA CRUZ

PERMISSÃO ACC CALHAB
AB

Nº REGISTRO
05034566735

VALIDADE
06/10/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2010

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alexandre Barbosa da Cruz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/10/2017

Igor Vasconcelos Pontes

ASSINATURA DO EMISSOR

65807059905
CE161764037

CEARÁ

DENATRAN CONTINUA

Scanned by CamScanner

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

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

DPVAT
104

NOME
RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003009010519 SSP CE

CPF
020.158.863-38 DATA NASCIMENTO
29/04/1986

FILIAÇÃO
JOSE AFONSO SARAIVA
ROZELI DA SILVA
SARAIVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
03748905404

VALIDADE
18/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
15/12/2005

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

Rafael Luis da Silva Saraiva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
22/08/2016

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

23518455811
CE155037730

DETRAN-CE (CEARA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

Scanned by CamScanner

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA RAFAELA DA SILVA SARAIVA,
RG nº 03182535845, data de expedição 07/03/14,
Órgão DETRAN-CE portador do CPF nº 64732347304, com
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA EDUADOR N: 1518 PARANGABA, nº 5118,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: honda / NXR 160 PRAS ESPD
Ano: 2015/2016
Placa: PNF 4720
Chassi: 9C2 KD08106 R413892
Data do Acidente: 30/12/17
Local e Data: FORTALEZA - Ceará 08/02/18

x Ana Rafaela da Silva Saraiva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ Inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.217.413 / 77 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.158.863 / 38 do sinistro de DPVAT cobertura (B-112/17) IPA da Vítima RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.158.863 / 38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA PROFESSOR CABRAL</u>		Número <u>676</u>	Complemento <u>FUNDOS</u>
Bairro <u>PARQUE SANTA ROSA</u>	Cidade <u>FORTALEZA</u>	Estado	CEP <u>60762770</u>
Email <u>ATENDIMENTO.ALEXANDRESEGUROS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(85) 98529-6730</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 99925-3719</u>

FORTALEZA, 27 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Alexandre Barbosa da Cruz
Assinatura do Declarante

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
AMC - AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

1. DADOS GERAIS

DATA: 30/12/2017

HORA DA OCORRÊNCIA: 05:00

DIA DA SEMANA: Sábado

	Nº
TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO	
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ	
TIPO DE PISTA: SIMPLES	
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ	
FAIXA P/ SENTIDO: 1	
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA	

VIA 1: RUA ALM RUBIM

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: RETO
SEPARAÇÃO CENTRAL: PINTURA
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: BOM ESTADO
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

	Nº
TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO	
OBRAS NA PISTA: NÃO HÁ	
TIPO DE PISTA: SIMPLES	
OBRAS DE ARTE: NÃO HÁ	
FAIXA P/ SENTIDO: 2	
CONDIÇÕES DA PISTA: BOA	

VIA 2: RUA PRO TEODORICO

CONDIÇÕES DA CALÇADA: BOA
ALINHAMENTO VERTICAL: PLANO
ALINHAMENTO HORIZONTAL: INTERSEÇÃO
SEPARAÇÃO CENTRAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: NÃO HÁ
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOM ESTADO

09 ABR. 2018
SUA CORRETORA DE SEG. LTDA.

2. ACIDENTE

TIPO DE ACIDENTE: COLISÃO TRANSVERSAL ELEMENTO / PROPRIEDADE ATINGIDA: EDIFICAÇÃO

QUANTIDADE DE VÍTIMAS:

Condutores Ilesos: 0	Passageiros Ilesos: 0	Pedestres Ilesos: 0
Condutores Feridos: 2	Passageiros Feridos: 0	Pedestres Feridos: 0
Condutores Mortos: 0	Passageiros Mortos: 0	Pedestres Mortos: 0

QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Danificados: 2 Sem Danos: 0 Evadidos: 0

3. CONDIÇÕES DO LOCAL

TEMPO: BOM
LOCAL: RESIDENCIAL
ILUMINAÇÃO: LUZ DO DIA
TIPO DE CRUZAMENTO: CRUZ
SUPERFÍCIE DA PISTA: SECA
CONTROLE DE TRÁFEGO: PARE

Nº: BO23406



LEGENDA	LOCAL DO ACIDENTE	MARCA A FRENTE
AUTOMÓVEL	ANTES DO ACIDENTE	MARCA A RÉ
ÔNIBUS OU CAMINHÃO	DEPOIS DO ACIDENTE	ANIMAL
TIPO	DEBARRAQUE	OBJETO FRO
VEIC. DE DUAS RODAS	CAPIOTAMENTO	SENAPORO
VEIC. DE TRÊS RODAS	PEDESTRE	

4. DETALHES DOS VEÍCULOS

VEÍCULO 1 PLACA: PNF4720

COR: PRETA
TIPO: MOTOCICLETA
ESPÉCIE: PASSAGEIRO
MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESDD
ANO FABRICAÇÃO: 2015
CATEGORIA: PARTICULAR

VEÍCULO 2 PLACA: GCF8364

COR: VERMELHA
TIPO: MOTOCICLETA
ESPÉCIE: PASSAGEIRO
MARCA/MODELO: YAMAHA/FACTOR YBR125 K
ANO FABRICAÇÃO: 2011
CATEGORIA: PARTICULAR



MANOBRA REALIZADA:
CIRCULANDO



MANOBRA REALIZADA:
CRUZANDO O FLUXO

5. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

ENVOLVIDO 1: RAFAEL LUIS DA SILVA SÁRIVA - CONDUCTOR
DT. NASC.: 29/04/1985 SEXO: MASCULINO CPF: 020.158.863-38
IDENTIDADE: 2003009010519 SITUAÇÃO: LEVE

CONDUCTOR DO VEÍCULO DE PLACA: PNF4720

Nº REGISTRO CNH: 03748905404 PRIMEIRA CNH: 15/12/2005
CATEGORIA CNH: AD VALIDADE CNH: 18/08/2021

6. ORGÃOS ACIONADOS

AMC - VT-115 - NOJOSA E XAVIER

PERÍCIA FORENSE - VT-7020 - PERTO ROBERIO E MOTORISTA PACHECO

ATO

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

7. FOTOS DO ACIDENTE

BO23406



ATO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

ASS: _____

8. MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

88256

Quinta-feira 04 Janeiro 2018

PÁGINA 3 DE 3

CHAVE DE AUTENTICIDADE: 7967dd9bddca6e7ee068b60e8d943039 - Para consultar a autenticidade do documento acesse: http://geofi.fortaleza.ce.gov.br/boweb_amc/chaveBOAT.xhtml

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/01/2018 11:45

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	DL Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47718130	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/1	
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]	Nº: 17762700	30/12/2017	06:39
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
ANAMNESE			
Queixa Principal	RELATA ACIDENTE DE MOTO, COM DOR LOMBAR E EM MAO E PE ESQ		[1]
Queixa Principal			
CID10	T009 TRAUM SUPERF MULT NE		[1]

ATO

CONFERE CI PRONTUÁRIO

[Assinatura]
198

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 ABR. 2018

ASS:



ANTONIO PRUDENTE

P1: Rafael Luis de Silva Sousa

Solicitado TC de clama torácica do
paciente supracitado. Paciente continua
de ausente mobilidade pulmonar,
relacionada com os torácicos (suspeita
de fratura de vértebras).

ATO


Dr. ATO Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12383 IEGT 15731


Sidney S.O. Santos
Médico
CREMEC 9656

LIBIA CORRETORA DE SEC. LTDA.
09 ABR. 2018

30/12/17



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades
Departamento Estadual de Trânsito



Viproc nº 2342930/2018

CERTIDÃO Nº 0604/ 2018 / UNICER / NUREG

CERTIFICAMOS a requerimento da parte interessada, para os devidos fins e efeitos legais, que o veículo de Placa PNF4720, Tipo: MOTOCICLETA, Cor: PRETA, Marca/Modelo HONDA/NXR160 BRÓS ESDD, Ano fabricação/modelo 2015 / 2016, Chassi 9C2KD0810GR413892, Renavam: 1072210565, esteve registrado neste departamento em nome de ANA RAFAELA DA SILVA SARAIVA, CPF: 647.323.473-04, até a data de 05/02/2018 sendo o mesmo fora baixado para o estado de jurisdição de SÃO PAULO.

O referido é verdade e dou fé. Fortaleza, 27 de Março de 2018.

EU,  JOSÉ LUCIANO RODRIGUES BARBOSA,
Mat. 531 - DETRAN-CE
Aux. Administrativo, certifico e assino.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 ABR. 2018

ASS:



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 515881566

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 02047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

MAR/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
7816269 DV **6**

VENCIMENTO
13/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
98,98

DADOS DO CLIENTE

Rota 03 026001 11 081800

Medidor

Poste

Nome RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

1717093

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora

RU ANTONIO ANGELO 00164 PAJUCARA MARACANAU 61910000

RG / CPF / CNPJ 020.158.863-38

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 27502

27388

1

114

0

114

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

06/03/2018

04/04/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BD07.496F.12AB.D065.2DE8.B636.D99B.0F7D

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

78,75

27%

21,26

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

CORREÇÃO MONETARIA DO MES

0,72

JUROS DO MES

1,03

MULTA MORATORIA

1,56

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

16,92

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

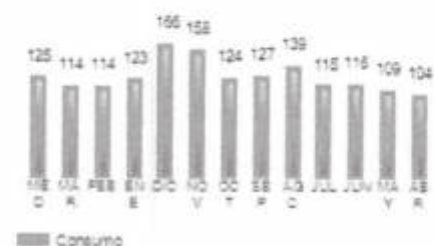
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 27,68

Conjunto: DISTRITO INDUSTRIAL I

Mês JAN/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

7816269-6

N° da Nota Fiscal: 515881566

Total a Pagar (R\$): 98,98

Data de Emissão:

25/03/2018

Referência: MAR/2018

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

Nº DO CLIENTE
7694250-3
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0000-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 510255863

Rota 15 01230 30 156300 - 3 Data de Emissão 23/01/2018

Nome ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

End. Postal RU PRO CABRAL 00676 CS FUNDOS
PARQUE SANTA ROSA - FORTALEZA - 60762770

Medidor 6601906

Posto 0000 X975

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Valor de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 048217413-77

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Referência	Data de Apresentação	Data de Faturamento
Jan/2018	23/01/2018	21/02/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Valor a receber: R\$ 46,68
Conjunta: 0,00
Mês: 0,00
DICI = 0,00 P
EUSD 2,77

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C927.C385.4951.1548.2176.3000.6200.4E90

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
439	395	1,00	44	0,00	30	0,17450	5,23
					14	0,29951	4,19
23/01/18	22/12/17		32 1/18		44		9,42

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,69
CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560	17,30
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	19,27

VENCIMENTO 01/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 46,68

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	4,42
Transmissão	0,43
Distribuição	4,00
Encargos Setoriais	1,04
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,21
TOTAL	10,11

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
29	44	22	24	20	20	23	25	22	24	24	29

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido (kg CO₂) 0,00 Compensado (kg CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINDO DO DÍGITO VERIFICADOR.
Chame os vizinhos e amigos e entre em contato ao máximo transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal.

Consta desta fatura R\$ 1,21 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,00% e COFINS: 4,5%
Para o mês de janeiro-18 a bandeira será VERDE, sem custo adicional para os consumidores.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

Nº do Cliente: 7694250-3
Data de Emissão: 23/01/2018
Referência: 510255863
Total a Pagar (R\$): 0007694250 00018 39182 04
Nº de Controle: 00076942500-3 00183918293-5



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

CPF da Vítima

020.358.863-38

Data do Acidente

30/12/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (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 veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, 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 perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

FORTALEZA, 27 de JANEIRO de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

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

020.158.863-38

Nome completo da vítima

RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA		CPF titular da conta 020.158.863-38	Profissão MOTORISTA
Endereço RUA ANTONIO ANGELO		Número 164	Complemento
Bairro PAJUCARA	Cidade MARACANAÚ	Estado CEARA	CEP 63910000
Email ATENDIMENTO.ALEXANDRESEGUROS@GMAIL.COM			Telefone (DDD)

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
 ☐ 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

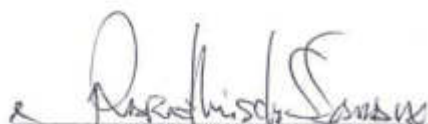
- ☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
SANTANDER	033
AGÊNCIA NRO.	D/V
3132	
CONTA NRO.	D/V
01068705	4
(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.

Fortaleza, 27 de Janeiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

09 ABR. 2018



5021 2132 6344 6745

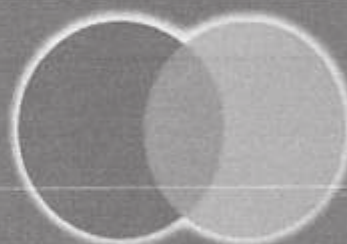
MEMBER SINCE 09/15 VALID THRU 11/25

RAFAEL LUIS DA SILVA

3132

01068705-4

débito



mastercard

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
11 9 ABR. 2018

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 764 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/02/2018 11:14:55**
Data / Hora da Ocorrência: **30/12/2017 05:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ALMIRANTE RUBIM**
Complemento: **C/RUA; PROFESSORTEODORICO**
Bairro: **MONTESE** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAFAEL LUÍS DA SILVA SARAIVA**
Nascimento: **29/04/1986** CPF: **020.158.863-38**
CNH: **03748905404** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: _____
Filiação: **ROSELI DA SILVA SARAIVA**
JOSÉ AFONSO SARAIVA
Endereço: **RUA ANTÔNIO ÂNGELO, 160**
Bairro: **PAJUÇARA**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP: **61.910-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98600-3309**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OCF8364** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6KE1520B0055722** Renavam: **335753701** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCINILTON LIMA DE ARAUJO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PNF4720** Uf: **SP** Município: **SAO PAULO** Chassi: **9C2KD0810GR413892** Renavam: **1072210565** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE O DECLARANTE VINHA SOZINHO PILOTANDO A MOTO DE PLACAS PNF4720 DE PROPRIEDADE DE ANA RAFAELA DA SILVA SARAIVA, QUE TRANSITAVA SENTIDO/PRAIA QUANDO UMA MOTO DE PLACAS OCF8364 AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM O DECLARANTE QUE CAIU E SE LESIONOU, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE ONDE A VITIMA RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____**"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:** _____**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** X Rafael Luis Saraiva

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.**10.04.2018**
de 2
Impresso em: 09/02/2018 11:38:23



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 764 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018
455

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**

Sinistro: **3180157645**
Vítima: **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**
Data do Acidente: **30/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180157645** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Carta nº: 12749101

A/C: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nº Sinistro: 3180157645
Vítima: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA
Data do Acidente: 30/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

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: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 033

Agência: 000003132

Conta: 000001068705-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**

Nº Sinistro: **3180157645**

Vitima: **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**

Data do Acidente: **30/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180157645**.

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.br** 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

Carta nº 12666342



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: 27/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.893,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03132

CONTA: 000001068705-4

Nr. da Autenticação FC749C542386E861

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157645 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MAO E NO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157645 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO E NA MÃO ESQUERDA, COM FRATURA NO 4º E 5º METACARPOS. TRAUMA NO PÉ ESQUERDO, COM FRATURA DE OSSOS DO TARSO, CUBOIDE E CUNEIFORME LATERAL. TRAUMA DE COLUNA VERTEBRAL COM FRATURA DE L1.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR EM QUEIMAÇÃO NA FACE POSTERIOR DA COXA ESQUERDA. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO DE MOVIMENTOS NO QUARTO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS, HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DA FORÇA E PREJUÍZO DA PREENSÃO. LOMBOCIATALGIA CRÔNICA PÓS FRATURA COM RETIFICAÇÃO DA LORDOSE LOMBAR. BLOQUEIO PARA INVERSÃO E EVERSÃO DO PÉ COM MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM FIXAÇÃO CIRÚRGICA NA MÃO COM USO DE FIOS METÁLICOS E IMOBILIZAÇÃO. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURAS DO PÉ E DA COLUNA LOMBAR. EM USO DE IMOBILIZAÇÃO E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM DANOS LEVES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna lombar, Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

PRESTADOR

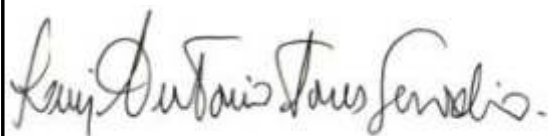
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA,
brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO, Profissão: MOTORISTA, portador(a) do RG
03748905404, órgão expedidor DETRAN e do CPF 020.158.863-38
residente no(a) RUA ANTONIO ANGELO
nº 164, bairro: PAJUÇARA, município: MARACANAÚ / CE.

OUTORGADO:

Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTONOMO, portador(a) do RG 05034566735, órgão expedidor DETRAN
e do CPF: 048.217433-77, residente no(a) RUA PROFESSOR CABRAL
nº 676, bairro: PARQUE SANTA RUSA, município: FORTALEZA / CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA.

Local e Data: FORTALEZA/CE, 27 de Janeiro de 2018.


Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO COSTA LIMA - REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DIST. PAJUÇARA
OFICIALA TITULAR: BEL. KARLA FROTA DA COSTA LIMA - CNPJ: 14.922.743/0001-23
Av. Mendel Steinbruch, Nº 10467 - Pajuçara - CEP: 61.932-905 - Maracanaú - CE
Tel: (85) 3218.3171 / 8773.1046 - E-mail: cartoriopajuçara@gmail.com

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA, CONFERIDO (Assinatura), DOU FE.
Maracanaú-Ceará, 09/02/2018.

Jo. Simone Teixeira dos Santos
Maria Simone Teixeira dos Santos

Confira os dados do ato em:
seledigital.tce.jus.br/portal

 **CARTÓRIO COSTA LIMA**
MARACANAÚ
ABIA CORRETORA DE SEG. LTD.
09 ABR. 2018



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: **3180157645**

Nome do(a) Examinado(a): **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ANTONIO ANGELO, 164 - PAJUÇARA - Maracanaú - CE - CEP 61910-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **2003000010519**

Data e local do acidente: [**30/12/2017**] **MONTESE - FORTALEZA - CE.**

Data e local do exame: [**23/04/2018**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA NO PUNHO E NA MÃO ESQUERDA, COM FRATURA NO 4º E 5º METACARPOS. TRAUMA NO PÉ ESQUERDO, COM FRATURA DE OSSOS DO TARSO, CUBOIDE E CUNEIFORME LATERAL. TRAUMA DE COLUNA VERTEBRAL COM FRATURA DE L1.

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

TRATAMENTO COM FIXAÇÃO CIRÚRGICA NA MÃO COM USO DE FIOS METÁLICOS E IMOBILIZAÇÃO. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURAS DO PÉ E DA COLUNA LOMBAR. EM USO DE IMOBILIZAÇÃO E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM DANOS LEVES.

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

A VÍTIMA REFERE DOR EM QUEIMAÇÃO NA FACE POSTERIOR DA COXA ESQUERDA. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO DE MOVIMENTOS NO QUARTO E QUINTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS, HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DA FORÇA E PREJUÍZO DA PREENSÃO. LOMBOCIATALGIA CRÔNICA PÓS FRATURA COM RETIFICAÇÃO DA LORDOSE LOMBAR. BLOQUEIO PARA INVERSÃO E EVERSÃO DO PÉ COM MARCHA CLAUDICANTE.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional da coluna lombar, Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional da mão esquerda

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 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"

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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

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

Região Corporal (Sequela):

Pé esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

Coluna lombar

% do dano: () 10% residual (X) 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 a valoração do dano corporal.



Casemiro Dutra de Medeiros Junior
CREMEC 6818 - CPF 122.879.68-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/01/2018 11:45

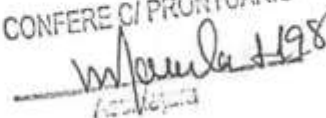
Paciente	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47718130	Prontuário: 6159465
Convênio:	HÁPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/1	
Profissional(is):	DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]	Nº: 17782700	30/12/2017	às 06:29
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE				
ANAMNESE				
Queixa Principal	RELATA ACIDENTE DE MOTO, COM DOR LOMBAR E EM MÃO E PE ESQ			[1]
Queixa Principal				
CID10	T009 TRAUM SUPERF MULT NE			[1]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 ABR. 2018

ASS: _____

CONFERE O PRONTUÁRIO



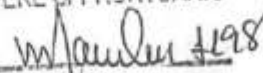
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

04/01/2018 11:45

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47718130	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/1	
Profissional(is): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 16389 [1]	Nº: 17764360	30/12/2017 às 08:17	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NEGA DOR CERVICAL. NEGA TCE (GLASGOW 15) TRAUMA EM MÃO ESQUERDA COM FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DOR TORACOLUMBAR (SOLICITO TC DE COLUNA TORACOLUMBAR) SEM DEFICITS SENSITIVOMOTOR EM EXTREMIDADES		[1]
Queixa Principal			
CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO		[1]
CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO		[1]
CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 09 ABR. 2018

CONFERE CI PRONTUÁRIO

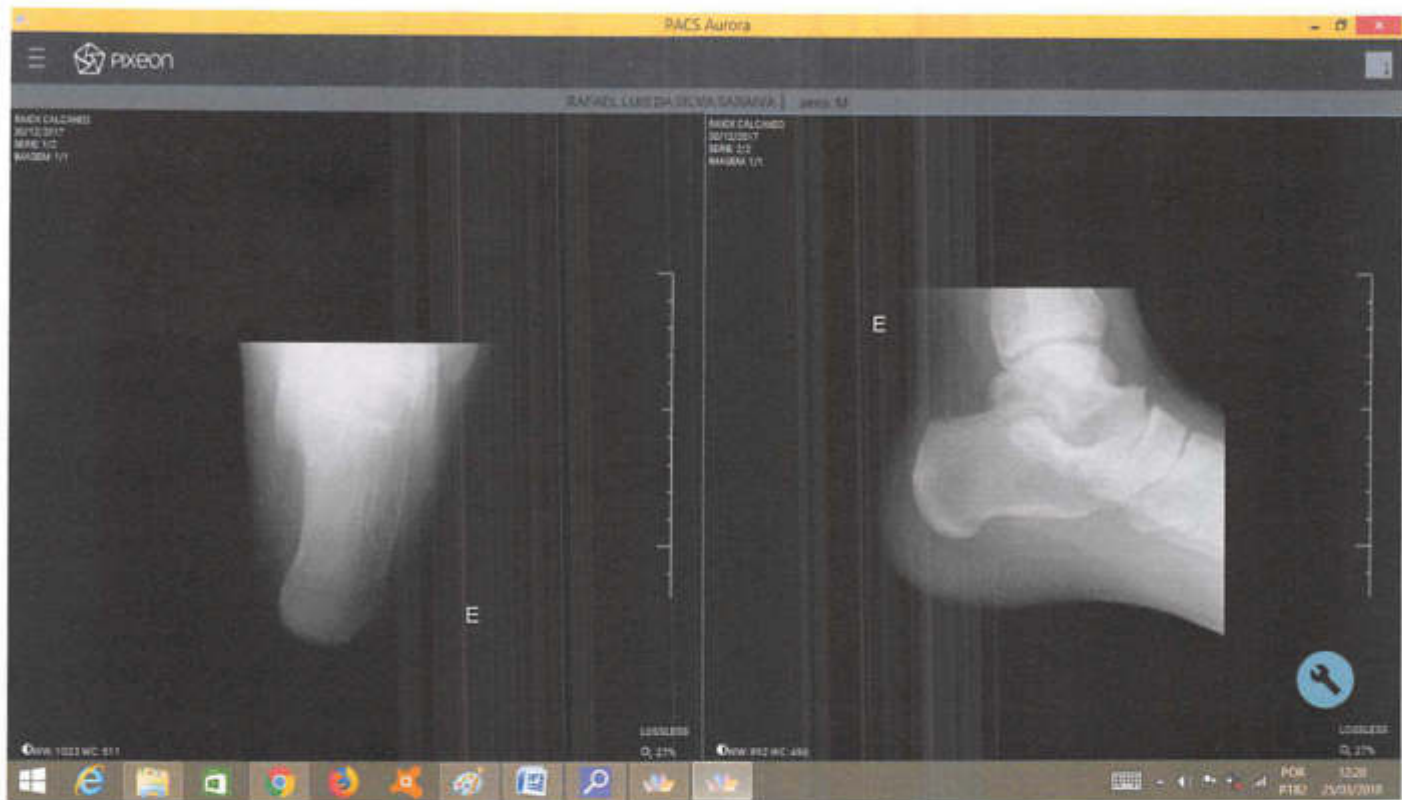

 Assinatura



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR, 2018



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAP FORTALEZA

Nº Pedido: 23119941

Data 30/12/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento...: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereço...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) GILNEY SOARES DE OL

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBAR SUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

TC COLUNA DORSAL E LOMBAR

!RjtAV"

4771813051

TÉCNICA: Exame realizado em projeção axial sem administração de contraste.

COMENTÁRIOS:

- Fratura do segmento superior do corpo vertebral de L1, sem recuo do muro posterior.
- Aspecto normal dos demais corpos vertebrais, pedículos, lâminas, processos articulares, recessos laterais e apófises espinhosas e transversas.
- Os espaços discais estudados têm altura normal.
- Os discos intervertebrais estudados têm morfologia, contornos e coeficientes de atenuação normais.
- O canal espinhal tem morfologia e calibre normal em toda extensão analisada.
- As estruturas das partes moles paravertebrais têm morfologia e coeficientes de atenuação normais.

* Exame documentado em CD.

CLAUDIA FONTENELE BRUNO - CRM 6211-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 ABR. 2018

SSS

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereco...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBARSUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

RX COLUNA CERVICAL:A.P.-LAT-T.O. OU FLEXAO

!RjtAE"

4771813034

Queixa Principal:

LAUDO :

Visualizado de C1 a C4, somente em perfil.

Corpos vertebrais com osteófitos marginais.

Elementos posteriores sem alterações.

Discos intervertebrais conservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD.

OBS .: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereco...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBARSUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

RX COLUNA LOMBO SACRA

!RjtAF"

4771813035

LAUDO :

Fratura com discreto acunhamento anterior do corpo de L1, com perda de aproximadamente 20% da altura desta vértebra. A coluna posterior está aparentemente preservada.

Elementos posteriores sem alterações.

Discos intervertebrais conservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD.

OBS .: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento...: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereço...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBARSUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - ESQUERDO

!RjtAH'

4771813037

ANÁLISE:

Presença de fraturas em metacarpos do quarto e quinto dedos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Cosmo

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018
ASS: _____

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereco...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBARSUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

RX MAO OU QUIRODACTILOS - ESQUERDO

!RjtAD"

4771813033

ANÁLISE:

Presença de fraturas desalinhadas em metacarpos do quarto e quinto dedos.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018
ASS: _____

Paciente...: 6159465 RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Nascimento.: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 CPF.: 02015886338

Endereço...: R BARBOSA DE FREITAS 1653 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA C

Queixa Principal:

SOLICITO TC DE COLUNA TOROCOLOMBAR DO PACIENTE . PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO COM DOR TOROCOLOMBAR SUSPEITO DE FRATURA DE VERTEBRA

Exame:

RX PE OU PODODACTILOS - ESQUERDO

!RjtAC"

4771813032

LAUDO :

Presença de fratura em cubóide e cuneiforme lateral, mal vistas nas imagens disponíveis.

Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS .: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018
ASS.



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HOSP ALDEOTA
Nº Pedido: 24096337

Data 09/03/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 6159465 **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**

Nascimento...: 29/04/1986 Sexo: M RG.: 2003009010519 SSP CE CPF.: 02015886338

Endereço...: R ANTONIO ANGELO 164 PAJUSSARA MARACANAU CE 60170020 Tel.: 986003309

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57708000226005019

Solicitante: Dr(a) RODRYGO TAVARES

Queixa Principal:

PACIENTE COM LESAO DA COLUNA.....

Exame:

TC DA PELVE

!T6Gg.!

4919366811

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE

TÉCNICA:

Aquisição em projeção axial, sem o uso de contraste endovenoso.

ANÁLISE:

Bexiga com repleção moderada, conteúdo normal, paredes regulares.

Próstata de aspecto tomográfico habitual.

Demais órgãos pélvicos sem particularidades tomográficas.

Não há linfonodomegalias.

Ausência de líquido livre ou coleções.

Achado adicional: Fratura transversa do cóccix, com desalinhamento posterior.

*Exame documentado em CD.

NICOLE ALMEIDA DE ALENCAR ARAUJO - CRM 13332-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
47718130



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/01/2018 11:48:38

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	M	29/04/1986	31
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2003009010519 SSP CE	2015886338		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R BARBOSA DE FREITAS, 1653 - MEIRELES, FORTALEZA(CE) CEP 60170020				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57708000226005019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
30/12/2017	06:36		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - MARLENE ARAUJO

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Maude H98
MOSQUERO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

01/02/2018 08:43

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48401319	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]		Nº: 18858434	01/02/2018 às 08:42
ANAMNESE			
Queixa Principal	22 DIAS DE POS OP DE FRATURA DE MÃO ESQ		[1]
Queixa Principal			
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS	[1]	
DIAGNÓSTICO			
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS	[1]	
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS	[1]	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

LIBIA CORRÊTORA DE SÊG. LTDA.
09 ABR. 2018

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

07/02/2018 11:18:54

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	M	29/04/1988	31
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2003009010519 SSP CE	2015886338		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R ANTONIO ANGELO,164 - PAJUSSARA, MARACANAU(CE) CEP 60170020				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986003309				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
57708000226005019		

DADOS DO ATENDIMENTO :

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
25/01/2018	08:10		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/01/2018 11:36

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48246967	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/4	
Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA CRM 7399 [1]		Nº: 18628538	25/01/2018 às 11:34
ANAMNESE			
Queixa Principal	RX FRATURA DE MTC COM ALINHAMENTO E COMPRIAMENTO DENTRO DO ACEITAVEL		[1]
Queixa Principal			
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO		[1]
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018
ASS: _____

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/01/2018 08:16

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48246987	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]		Nº: 18620417	25/01/2018 às 08:16
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM 15 DIAS DE POS OP DE FRATRA DE MÃO		[1]
Queixa Principal			
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO		[1]
CID10	S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO		[1]

COORDENADORA DE SEG. JDA.

09 ABR. 2018

ASS: _____

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/02/2018 10:42

Paciente:	DT. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48246967	Prontuário:
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/4	
Profissional(is):	Nº: 18621747 25/01/2018 às 08:54		
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		CURATIVO MEDIO JUSTIFICADO AS 08:01, EM 25/01/2018 RESP. FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873. MOTIVO: REALIZADO	

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018
ASS: _____

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/02/2018 10:43

Paciente:	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48246967	Prontuário:
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133224/1	
Profissional(is):	Nº: 18631263 25/01/2018 às 12:43		
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		CURATIVO GRANDE - REALIZADO AS 12:43, EM 25/01/2018 RESP. JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 238206.	
		MEMBRO SUPERIOR 1 - REALIZADO AS 12:43, EM 25/01/2018 RESP. JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 238206.	

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
11 9 APR. 2018



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
48092645

!S,=P"

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

07/02/2018 11:17:58

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	M	29/04/1986	31
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2003009010519 SSP CE	2015886338		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R ANTONIO ANGELO,164 - PAJUSSARA, MARACANAU(CE) CEP 60170020				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986003309				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57708000226005019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
18/01/2018	07:41		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1630440 MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

ASS.

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/01/2018 08:24

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	DI. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48092645	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA CRM 7399 [1]		Nº: 18385845	18/01/2018 às 08:21
ANAMNESE			
Queixa Principal	SEGUIMENTO PO 1 SEM DE FRATURA DE METACARPO RX OK CD MANTIDA		[1]
Queixa Principal			
CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO		[1]
CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO		[1]
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

LSS

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/01/2018 07:47

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48092645	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): MARCIO CARVALHO CASTELO BRANCO CRM 10780 [1]		Nº: 18384715	18/01/2018 às 07:47
ANAMNESE			
Queixa Principal	fratura mão		[1]
Queixa Principal			
CID10	S62 FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/02/2018 10:38

Paciente:	DI. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48092645	Prontuário:
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/1	
Profissional(is):	Nº: 18386887	18/01/2018	às 08:56
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE			
MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 08:56, EM 18/01/2018 RESP. FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.			
CURATIVO GRANDE REALIZADO AS 08:56, EM 18/01/2018 RESP. FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.			

AVIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
48401319

!SK06"

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

07/02/2018 11:17:19

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	M	29/04/1986	31
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2003009010519 SSP CE	2015886338		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R ANTONIO ANGELO,164 - PAJUSSARA, MARACANAÚ(CE) CEP 60170020				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986003309				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57708000226005019			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
01/02/2018	08:29		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
734403 RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/02/2018 10:44

Paciente:	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 48401319	Prontuário:
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/5		
Profissional(is):	Nº: 18860573 01/02/2018 às 09:30		
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		CURATIVO EXTRA GRANDE REALIZADO AS 09:30, EM 01/02/2018 RESP. FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.	
		MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 09:30, EM 01/02/2018 RESP. FRANCISCA LUCIA NOGUEIRA LIDIO, COREN/CE 1097873.	

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
09 ABR. 2018

ANTONIO
PUUDENTEFICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAISAtendimento
47911527

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

10/01/2018 05:28:16

P ^o tuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	M	29/04/1986	31
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2003009010519 SSP CE	2015886338		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R ANTONIO ANGELO 164 PAJUSSARA MARACANAU-CE CEP:60170020				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
986003309		ROSELI DA SILVA SARAIVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
11/01/2018	00:04		
Médico Atendente	Clínica		
3391809 LIVIO DE SOUZA COSTA	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
3391809 LIVIO DE SOUZA COSTA	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano TERRA LUZ TRANSPORTES S/A	
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA COLETIVO	
Carteira	Validade	
57708000226005019		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
POSTO 1A	1010 ENFERMARIA	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
25358014	99996666	C57318919	INTERNACAO
25358014	30722411	C57318919	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPANOS - TRATAMENTO CIRURGICO C/ FIXACAO
25358014	30722462	C57318976	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA
25358014	30732026	C57318931	ENXERTO OSSEO

115
13462
33LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

ASS:

Pág. 1 de 1

NOTA DE SALA



Atendimento:	47911527	Prontuário:	6159465	RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s) :	30732026	ENXERTO OSSEO		Tipo Anestesia: BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDAC	
	30722411	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPÍANOS - TRATAMENTO CIRURGICO		00722462	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS DA MÃO - REPARAÇÃO CIRURGICA
Sala Cirúrgica:	SALA CC 04		Sector Emissante:	CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA	Appto.: 1010
Equipe Médica:	CIRURGIAO				
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO				
ANESTESISTA	0391809	LIVIO DE SOUZA COSTA			
CIRCUANTE	1958607	CAMILA DA SILVA MARQUES			
	0320350	ALINE VANIA NASCIMENTO BRAGA			
	03907700	ANA KAROLINA SILVA SOUZA NOBRE			
Código Especificação					
Material Médico - Hospitalar					
Água Oxigenada Frase 1000 ml					
1720					

Material Médico-Hospitalar	11720	ÁGUA OXIGÊNADA FRAS 1000 ML	Medicamentos	02127	ADRENALINA AMPL 1 ML
	7055	ÁGUA DE CARIAVEL 10X12 - 1 UD		08011	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML
	24865	ÁGUA SIMPLEX 50 G-22X2 - 1 UD		14542	DIPIRAN 20ML AMPL 20 ML
	1739	ALCOOL 70% IOPCO FRAS 1000 ML		1	DIPIRAN 20ML AMPL 20 ML
	1063	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML		200	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML
	1747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML		139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML
	1055	ALGODAO ORTODONCO (AIAO) 10CM) ROLO 1 UD		42013	KEPAZOL 1 GR FRAP 1 UD
	1936	ALADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD		2	KEPAZOL 1 GR FRAP 1 UD
	0074	ALADURA DE CESSO 10 CM - 1 UD		2	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD
	2352	CAMPOM IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD		2	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD
	1063	CATERER DE OXIGENIO - 1 UD		2	RINGER LACTATO 500ML TUBO 500 ML
	0210	CATERER INTRA VENOSO 22 (JLCO) - 1 UD		1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML
	15665	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML		45233	XYLOCAINA C/AD 2% FRAP 20 ML
	15866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML		200	
	12712	CLOREXEDINA 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML		200	
	18880	COMPRESSA OPERATORIA 25X25 ESTERIL C/5 UD - 1 UD		2	
	1910	ELETRODO PMONITOR DESCARTAVEL - 1 UD		3	
	1138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD		2	
	44084	EQUIPO SIMPLES C/ABSORV LATERAL - 1 UD		1	
	1997	ESPALADAPAO TUBO 450 CM		1	
	1	ETER FRAS 1000 ML		200	
	0804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINO - 1 UD		50	
	0803	EXTENSOR 40 CM PINO C/2 VIAS - 1 UD		22	
	2781	FIO DE KIRSCHNER Nº 1,5 - 1 UD		1	
	304	FIO 1/2 Mononylon (11717) - ETONOM-BLACK-0 - 1 UD		25	
				3	
				1	
				2	
				3	
				4	
				5	
				6	
				7	
				8	
				9	
				10	
				11	
				12	
				13	
				14	
				15	
				16	
				17	
				18	
				19	
				20	
				21	
				22	
				23	
				24	
				25	
				26	
				27	
				28	
				29	
				30	
				31	
				32	
				33	
				34	
				35	
				36	
				37	
				38	
				39	
				40	
				41	
				42	
				43	
				44	
				45	
				46	
				47	
				48	
				49	
				50	
				51	
				52	
				53	
				54	
				55	

09 ABR. 2018
LUBIA CORRETORA DE SEG. LIT.

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 08:05

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986.	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 219/1	
Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA - MEDICO CRM 739911		Nº: 18111875	10/01/2018 às 07:10
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S623		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S623		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	10/01/2018		[1]
Hora Da Cirurgia	07:10		[1]
Cirurgia	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE METACARPO		[1]
Cirurgião	EDILMAR LESSA		[1]
1º Auxiliar	LIVIO COSTA		[1]
Anestesista	DRA CAMILA MARQUES		[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA; ASSEPSSIA, ANTISSEPSSIA E CAMPEAMENTO; REDUÇÃO DAS FRATURAS DO QUARTO E QUINTO METACARPO SOB RADIOSCOPIA; FIXAÇÃO COM FIOS K 1,5 MM; CONTROLE RADIOGRÁFICO; CURATIVO; TALA GESSADA.		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30722411; 30722462; 30732028		[1]

Jr. Edilmar Lessa
Traumatologia e Ortopedia
CRM 739911

IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 07:40

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	DI. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 219/1	
Profissional(is): ALINE VANIA NASCIMENTO BRAGA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 101473511	Nº: 18112408	10/01/2018	às 07:36
DADOS DA ADMISSÃO			
Data Da Cirurgia	10/01/2018		(1)
Hora Da Cirurgia	06:30		(1)
Cirurgia	FRAT. DE METACARPO		(1)
Equipe Cirúrgica	DR EDILMAR DR ANEST DRA CAMILA INSTR GISELENE CIRC ALINE+ ANA CAROLINA		(1)
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
Confirmar Identidade Do Paciente	SIM.		(1)
Prontuário Ativo	SIM.		(1)
Opme Checado	SIM.		(1)
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.		(1)
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.		(1)
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	SIM.		(1)
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	Não.		(1)
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	Não.		(1)
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.		(1)
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
Membros da Equipe Cirúrgica	Sim.		(1)
Lateralidade Do Procedimento	ESQUERDA.		(1)
Paciente Certo	SIM.		(1)
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.		(1)
ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS			
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim.		(1)
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	SIM.		(1)
Antibióticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM. KEFAZOL 2G 06:30		(1)
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	SIM.		(1)
Esterilização Do Material Confirmada E Válida	SIM.		(1)
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO			
Orientação De Posicionamento Dos Membros	SIM.		(1)
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	SIM.		(1)
Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura	SIM.		(1)
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	Não se aplica.		(1)

09 ABR 2018
CORRETORA DE SEG. LTDA.

Edilmar Lessa
Cirurgião Geral e Oftalmologista
CRM 150112-1

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 07:40

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	DL Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: 219/1	

Preenchimento De Guias E/ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	SIM.	[1]
Manter Cabeceira Do Leito Elevado 30 A 45 Graus	SIM.	[1]
Orientação De Cuidados Com Drenos E Sondas	Não se aplica.	[1]


Edimar Lessa
Tecnologia e Orçamentos
CONSULTOR TECNICO

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão

Página: 1

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAVA

Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA

Atendimento: 47911527

10/01/2018 07:10:10

DT. Nasc.: 29/04/1986

Nº Prescrição: 15572975

10/01/2018 às 07:09

Prontuário: 6159465

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

Leito: 219/1

Peso: 80.00 kg

PLANO NUTRICIONAL

UD 3/3h ORAL

2. Hidratação Venosa Fase Única

Vol. Total:

500 ml

7.00 gts/mln

Acesso Periférico

3. PLAMET (5.00mg/ml)

Vol. Total:

500 ml

7.00 gts/mln

Acesso Periférico

4. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Vol. Total:

500 ml

7.00 gts/mln

Acesso Periférico

5. TRAMAL (50.00mg/ml)

Vol. Total:

500 ml

7.00 gts/mln

Acesso Periférico

6. PROFENID IV (100.00mg)

Vol. Total:

500 ml

7.00 gts/mln

Acesso Periférico

7. SINAIS VITAIS

Vol. Total:

500 ml

7.00 gts/mln

Acesso Periférico

8. MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO

Vol. Total:

500 ml

7.00 gts/mln

Acesso Periférico

Dr. Lino Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12685-CEOT 15731

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.
09 ABR 2018

ASS:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 01:29

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	DL Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1A	Leito: 1010/1	
Profissional(is): FLAVIA NASCIMENTO DOS SANTOS ENFERMEIRO(A) COREN-CE 335824 (1)			
Nº: 18109826 10/01/2018 às 01:24			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACIENTE, R.L.S, 31 ANOS, SEXO MASCULINO. HD: PRE OPERATÓRIO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE METATARSO EM MÃO ESQUERDA. ADMITIDO NO POSTO 1A PROVENIENTE DA SUA RESIDÊNCIA. NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS E COMORBIDADES. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM REPOUSO NO LEITO. EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOCORADO, SSVV ESTÁVEIS. EM DIETA ZERO. DIURESE ESPONTÂNEA. ELIMINAÇÕES AUSENTES NO PERÍODO. EM USO DE COLETE DE IMOBILIZAÇÃO DA COLUMNA VERTEBRAL. RELATA FRATURA EM L1. NÃO REFERE QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE. - REALIZO ORIENTAÇÕES PRÉ OPERATÓRIA. - CONFIRMADO PROCEDIMENTO PARA 05:30.		
PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
Sem Dispositivos Invasivos	Sim [1]		

Flavia Nascimento
Enfermeira
COREN-CE 335824

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

555

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 10:27

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA	Dt. Nasc.: 29/04/1986	Atendimento: 47911527	Prontuário: 6159465
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1A	Leito: 1010/1	
Profissional(is): ANA CRISTINA DE SOUSA SANTANA PIROLA ENFERMEIRO(A) COREN 376648	Nº: 18118412	10/01/2018	às 10:28
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	PACT. EVOLUI COM MELHORA NO QUADRO RETIRADO AVP ALTA MEDICA. [1]		
PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
Sem Dispositivos Invasivos	Sim [1]		

Ana Pirola
Enfermeira
COREN-CE: 376.648

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 08:1

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Dt. Nasc.: 29/04/1986

Atendimento: 47911527

Prontuário: 6159465

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): EDILMAR FERREIRA DESSA MEDICO CRM 3398415 Nº: 18113188 10/01/2018 às 08:08

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO QUINTO E QUARTO METACARPO-ESQUERDO. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITAIS DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA.

[1]

CID 10

S623 FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO

[1]

Dr. Edimar Lessa
Traumatologia e Ortopedia
CRM 3398415

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

09 ABR. 2018

SS

RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTOS
CONTROLADOS PELA PORTARIA
344/98

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE - FORTALEZA

Atendimento: 47911527 Prescrição: 15572975 Item: 3 Receita Num: 2018015848
Nome do Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA
Unidade: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA
Medicamento: TRAMAL 50MG
Apresentacao: AMPOLA
Via de administração: ENDOVENOSA
Posologia: 8/8h
Data: 10 DE JANEIRO DE 2018

Dr. Edilmar Lessa
Toxicologia Ortopedia
REGISTRO 1237 1501/1923

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. EDILMAR FERREIRA LESSA CRM - 7399

ESTE MEDICAMENTO PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA E/OU QUÍMICA

RP1543_M
192.85.4.101

Impresso por
EDILMAR FERREIRA LESSA
Em: 10/01/2018 07:08:47

ABIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/01/2018 08:03

 Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA
 Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 29/04/1986

Atendimento: 47911527

Prontuário: 6159465

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Lcto: 219/1

Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Álcool	Sim	[1]
Éter	Sim	[1]
Material	FIO DE KIRCHENR	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	COM TALA GESSADA	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
Encaminhamento Do Paciente		
Horário De Saída Da S.O	08:15	[1]
SINAIS VITAIS		
T	36 °C	[1]
Pulso	115 bpm	[1]
PA	134X62	[1]
FC	115 bpm	[1]
FR	20 mrpm	[1]
Dor	NENHUMA.	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	88 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	10/01/2018	[1]
Hora	06:30	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PCTE ADMITIDO NO CC PARA SUB A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRAT. DE METCARPO COM DR EDILMAR LESSA ANESTESIA SEDAÇÃO + BLOQUEIO DE PLEXO COM A DRA CAMILA, PCTE VEIO PROCEDENTE DO POSTO DE ENF CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, PUNÇIONADO AVP EM MSD PARA HV EM CURSO, REALIZADO RX EM SALA, PCTE ENCAMINHADO PARA SRPA COM TALA GESSADA.	[1]
Intercorrências	NENHUMA	[1]
Eletrodos	TORAX	[1]
Incisão Cirúrgica	MAO	[1]
Punções Venosas	MSD	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		

 LIBIA CORRETORA DE SEG. LIDA.
 09 ABR. 2018

455



ANTONIO PRUDENTE

P1: Rafael Luis de Silva Sousa

Solicitado TC de coluna torácica de
paciente supracitado. Paciente sintoma
de dor de natureza musculística paravertebral,
relacionada com dor torácica (suspeita
de fratura de vértebras).


Dr. Rafael Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12325 REG 15731


Dr. O. Santos
CRM 9636

30/12/77

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018



3732456

CÓD. 88625 - 10.000 BLS. - 50x1 - DE 43.671.001 a 44.171.000 - 10/17



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº 25358014

1 - Registro ANS ANS nº 36825-3	3 - Data da Autorização 11/11/17	4 - Senha C573*	5 - Data de Validade da Senha 11/11/17	6 - Data de Emissão da Guia 11/11/17
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------	---	---

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número de Carteira 057708000226005	8 - Plano Vasso	9 - Validade da Carteira 11/11/17
---	--------------------	--------------------------------------

10 - Nome Rafael Luis da Silva Sousa	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
---------------------------------------	-------------------------	------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
---------------------------------	------------------------

22 - Caráter da Internação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Ambulatorial 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
---	---

24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
---	--------------------------------

26 - Indicação Clínica Fratura de 4. e 5. metacarpo da mão esquerda
--

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros
--	--	--

30 - CID 10 Principal S61.2	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
--------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Autor.
1	307.22.41.1	Tb cirurgia de fratura de metacarpo		
2	307.22.46.2	Reparo físico braço e mão		
3	307.32.02.6	Exatidão cirúrgica		
4				
5				

OPM SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição do OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário - R\$
1		4 fios de Kirschner			
2					
3					
4					
5					

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 11/11/17	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de Acomodação Autorizada
---	--------------------------------	------------------------------------

48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
---------------------------------	-----------------------------------	------------------

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 11/11/17	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*)	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--

(*) Autorizo aos prestadores dos serviços anexar à fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação, cópias do



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA** às 12:05 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **30 (TRINTA)** dias,
a partir de **30/12/2017**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

LIVIO DE SOUZA COSTA

CRM 18389

Dr. Livio Costa
Oncologia e Reumatologia
CRM 18389 FEO1 15731

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BGFME27H5N9K0

Solicitacao da Senha : 30/12/2017 06:36:05

!

LIVIO DE SOUZA COSTA

30/12/2017 12:03

192.85.4.101

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**Nome Completo: LIVIO DE SOUZA COSTACRM: 18389UF: CEAV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055401 Tel.
32694001Cidade: FORTALEZAUF: CE1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação ao PacienteCARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICOPaciente: **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**Endereço: **BARBOSA DE FREITAS 1653 AP 1236 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020 Tel.**Prescrição: 1) **PACO** — 02 CX

TOMAR 01 COM, VIA ORAL, 6/6 H, SE DOR INTENSA.


Dr. Livio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18389 TE01 15731Data : **30/12/2017****IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: _____

Ident: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
RIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

Assinatura do Farmacêutico _____

Data: ____/____/____



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Data do Atendimento: 30/12/2017

RECEITA

PRESCREVO COLETE DE JEWETT. FAZER USO 23 H POR DIA.


D. Livio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18383 FEOT 15731

LÍBIA CORRETORA DE SEG. JDA.
09 ABR. 2018

ASS: _____

RP3000N

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: PAULO ANGELO DE SOUZA

CRM: 10152

UF: CE

PRQ PARQUE COMERCIAL 0 PAJUCARA 61939150
Tel. _____

Cidade: MARACANAU

UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente .

Paulo Angelo de Souza
Médico
CRM 10152

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: **RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA**

Endereço: **BARBOSA DE FREITAS 1653 AP 1236 MEIRELES FORTALEZA CE 60170020** Tel. _____

Prescrição: 1)- **TRAMAL 50mg**-----01Cx

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 8;8h, SE DOR IMPORTANTE.

2

500 ?
50 0

Data : **05/01/2018**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Orgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

ASS: _____

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: RAFAEL LUIS DA SILVA SARAIVA

Data do Atendimento: 30/12/2017

RECEITA

USO: INTERNO

1) FLANCOX 500 MG ----- 01 CX
TOMAR 01 COM, VIA ORAL, 12/12 H, DURANTE 7 DIAS. X

1 caixa

2) MIOSAN CAF 5 MG ----- 02 CX
TOMAR 01 COM, VIA ORAL, 12/12 H, DURANTE 15 DIAS. X

Dr. Livio Souza Costa
CRM 15731
Especialista em Pneumologia

LIVIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
09 ABR. 2018

RP3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA

30/12/2017 12:01

192.85.4.101

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE Nº 013147105899
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PFT 01 01072210565 0000000000 2016

NOME ANA RAFAELA DA SILVA SARAIVA
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 44732347304 PLACA PNF4720/CE

PLACA ANT / UF /CE 9C2KDO810GR413892

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP / POT / CIL 2P/OCV/162CC CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA 1º VENC. COTA UNICA 1º VENC. COTAS 1º VENC. COTAS

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º VENC. COTAS 2º VENC. COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

EDITORIAL EZA LOCAL DATA 6/12/2016

Igor Ponte
Superintendente

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

CE Nº 013147105899 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 64732347304 CPF / CNPJ PLACA PNF4720

RENAVAM 01072210565 HONDA/NXR160 BROS ES

ANO FAB 2015 CAT TARE 09 Nº CHASSI 9C2KDO810GR413892

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 129,04 DENATRAN (R\$) 143,38 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO (R\$) 292,01

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 15/12/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KDO8E1G413892 03448

NOV / 2016