
Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080494

Vítima: FRANCISCO BRUNO LIMA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO BRUNO LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080494

Vítima: FRANCISCO BRUNO LIMA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO BRUNO LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda 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

Recebedor: FRANCISCO BRUNO LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 655

Agência: 000000655

Conta: 000004237352-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045348853-00 4 - Nome completo da vítima: Francisco Bruno Lima

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

5 - Nome completo: FRANCISCO BRUNO LIMA 6 - CPF: 045348853-00
7 - Profissão: AVALIADOR 8 - Endereço: RUA OSCAR FARIAS 9 - Número: 1205 10 - Complemento:
11 - Bairro: GRAMA LINDA 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60540-375
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NEXON
AGÊNCIA: 0655 CONTA: 4237352 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, CE, 16 de janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045348853-00 4 - Nome completo da vítima: Francisco Bruno Lima

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

5 - Nome completo: FRANCISCO BRUNO LIMA 6 - CPF: 045348853-00
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: RUA OSCAR FRANCA 9 - Número: 1205 10 - Complemento:
11 - Bairro: GRANDE IZABELA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60540-315
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUpanÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AFON
AGÊNCIA: 0655 CONTA: 4237352 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, CE, 16 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019931239



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4488 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/12/2019 11:37:33**
Data / Hora da Ocorrência: **11/11/2019 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R TENENTE FRANCISCO PAIVA, BOM JARDIM - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. SUP ARARIPE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO BRUNO LIMA**
Nascimento: **21/01/1992** CPF: **045.378.853-00**
RG: **2002012037661** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **JANIEU LIMA**
Endereço: **RUA OSCAR FRANÇA, 1205**
Bairro: **GRANJA LISBOA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-3909**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ECS7038** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6KE120090011318** Renavam: **125535260** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 ED** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ALISSON BORGES LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE ERA O GARUPEIRO, QUE QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ECS-7038/CE, ERA FRANCISCO LEONARDO CUNHA LEAL, HABILITAÇÃO CNH Nº 04585246957, CATEGORIA "AB", DETRAN/CE; QUE TRAFEGAVAM PELA RUA TENENTE FRANCISCO PAIVA QUANDO O PILOTO REDUZIU A VELOCIDADE DA MOTO PARA UM CARRO (PLACAS NÃO ANOTADAS) SAIR DE UMA GARAGEM E OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DA MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO PELO SR. FRANCISCO LEONARDO CUNHA LEAL, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. AFIRMA O DECLARANTE QUE O SR. FRANCISCO LEONARDO CUNHA LEAL (HOJE PRESENTE NESTA ESPECIALIZADA) NÃO FICOU LESIONADO. TESTEMUNHAS: LEONARDO SOUZA (RG Nº 2008443246-7 SSPDS-CE) E FRANCISCO LEONARDO CUNHA LEAL (RG 200409907740 SSPDS/CE) E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

Fco Bruno

170



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019931239



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4488 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Adriana

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

FCO

Bruno Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria das Graças

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

x F. Lacerda Uchoa

S



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019931239



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4488 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/12/2019 11:37:33**
Data / Hora da Ocorrência: **11/11/2019 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R TENENTE FRANCISCO PAIVA, BOM JARDIM - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX. SUP ARARIPE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO BRUNO LIMA**
Nascimento: **21/01/1992** CPF: **045.378.853-00**
RG: **2002012037661** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **JANIEU LIMA**
Endereço: **RUA OSCAR FRANÇA, 1205**
Bairro: **GRANJA LISBOA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-3909**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ECS7038** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6KE120090011318** Renavam: **125535260** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 ED** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ALISSON BORGES LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE ERA O GARUPEIRO, QUE QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ECS-7038/CE, ERA FRANCISCO LEONARDO CUNHA LEAL, HABILITAÇÃO CNH Nº 04585246957, CATEGORIA "AB", DETRAN/CE; QUE TRAFEGAVAM PELA RUA TENENTE FRANCISCO PAIVA QUANDO O PILOTO REDUZIU A VELOCIDADE DA MOTO PARA UM CARRO (PLACAS NÃO ANOTADAS) SAIR DE UMA GARAGEM E OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DA MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO PELO SR. FRANCISCO LEONARDO CUNHA LEAL, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. AFIRMA O DECLARANTE QUE O SR. FRANCISCO LEONARDO CUNHA LEAL (HOJE PRESENTE NESTA ESPECIALIZADA) NÃO FICOU LESIONADO. TESTEMUNHAS: LEONARDO SOUZA (RG Nº 2008443246-7 SSPDS-CE) E FRANCISCO LEONARDO CUNHA LEAL (RG 200409907740 SSPDS/CE) E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

Fco Bruno

110



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019931239



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4488 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Adriana

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

FCO

Bruno Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria das Gracas

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

de F. Graciana Uchoa de L

[Large handwritten signature]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045348853-00 4 - Nome completo da vítima: Francisco Bruno Lima

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

5 - Nome completo: FRANCISCO BRUNO LIMA 6 - CPF: 045348853-00
7 - Profissão: AVALIADOR 8 - Endereço: RUA OSCAR FARIAS 9 - Número: 1205 10 - Complemento:
11 - Bairro: GRAMA LINDA 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60540-375
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NEXON
AGÊNCIA: 0655 CONTA: 4237352 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, CE, 16 de janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045348853-00 4 - Nome completo da vítima: Francisco Bruno Lima

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

5 - Nome completo: FRANCISCO BRUNO LIMA 6 - CPF: 045348853-00
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: RUA OSCAR FRANCA 9 - Número: 1205 10 - Complemento:
11 - Bairro: GRANDE IZABELA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60540-315
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AFON
AGÊNCIA: 0655 CONTA: 4237352 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vlnascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, CE, 16 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

feitura Municipal de Fortaleza

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FRANCISCO BRUNO LIMA		Nº DO PRONTUÁRIO 394918	Nº DO BE 296703
CADASTRO 704300541758599		NASCIMENTO 21/01/1992(27 ANOS)	SEXO M
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 04537885300; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2002012037661		RAÇA/COR PARDO	
NOME RESPONSÁVEL NI		NOME MÃE JANIEU LIMA	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	ENDEREÇO RUA OSCAR FRANCA 1205 BOM JARDIM	
CEP 60.543-366	CONTATO (00) 00000-000		
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/LOCAL DO ACIDENTE			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA PACIENTE REFERE TRAUMA EM MID, APÓS QUEDA DE MOTO. EXPOSIÇÃO		MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ACERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 11/11/2019 11:49:09	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE			

DIAGNÓSTICO Franco de lesão traumática		PROCEDIMENTO 303020200	
BAST. SOCIOCIDAD. () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIC-X () OUTROS		CID 303020200	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	
MÉDICAMENTO pe D AP / 10mg		OBSERVAÇÕES PP	
TIPO DE ALTA/SOLTA Alta em 12/15		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA Dr. Glaudio Roberto Barreto	
ALTA/SOLTA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO		ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL		CASSINHO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Ingresso por DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA em 11/11/2019 às 11:49:13
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo a responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Hte do + anelôto

Dr. Glaudio Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 0250 - TEOT 11057

FRANCISCO BRUNO LIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

CONDIÇÃO:

1 - ALTA:

☒ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSPERÊNCIA

☐ REMOVIDO PARA:

GUIA Nº

DATA E HORA DA ALTA: 11/11/19 HORA: _____

2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐

DATA E HORA DA ALTA: 11/11 HORA: _____

3 - INTERNAÇÃO ☐

Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 11/11 HORA: _____

HORA: _____

4 - PARA ÓBITO

CAUSA DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM

DATA ÓBITO: 11/11 HORA ÓBITO: _____

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA

2 ☐ I.M.L.

3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

4 ☐ SVO

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

NOTAR: INSCRIÇÃO Nº 1000000000 DE OLIVEIRA
Pessoa que carimbo contém nome original

Dr. Glauco Roberto Barreto
Dr. Glauco Roberto Barreto
CRM 5230 - TEST 11051
Mônica Sampaio
Mat. 15984



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROMOTORA DE SAÚDE
AV. Odebre de Fátima nº 2227 - Parangaba - CEP 40.026-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3459-7322

Fortaleza

CENTRAL DE SUPERVISÃO E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CUREP - CUREP - PNE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2319103656584

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Francisco Bruno Lima

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA OSCAR FRANÇA Nº 1205

BAIRRO

BOM JARDIM

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

21/01/1992

SEXO

☒ MASC

☐ FEM

CONDIÇÃO

☐ SEGURADO

☐ CONJUGE

☐ FILHO

☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

JANIEU LIMA

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

11/11/19

Dr. Antonio Luiz de Sá
Ortopedia
Cirurgia Quilom

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura do 5º dedo do pé direito

DIAGNÓSTICOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura do 5º dedo do pé direito

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Ex. Clínico + Ex. Radiológico

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do 5º dedo do pé direito

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Dr. Antonio Luiz de Sá
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia Quilom

(1)

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

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: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO BRUNO LIMA

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000004237352-2

Nr. da Autenticação 26BB73731CAE4758



Nº de Inscrição:

006299407

DADOS DO CLIENTE

Nome: JANIEU LIMA

End. Lateral: RUA OSCAR FRANCA, 1205, GRANJA LISBOA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60540-375

Prof. E-mail:

Cidade:

Local: 001

Setor: 000

Quadra: 0065

Lote: 0237

Código: 0000

RECEITAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço:

Medidor:

Letra: 557

Letra: 563

Volume: 6

Média Semestral: 3

DATAS

Letra: 19/11/2019

Letra: 19/11/2019

Letra: 213640

Letra: 18/10/2019

Letra: 18/12/2019

Letra: 30397

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Análise de Amostras:

Cloro:

Turbidez:

Cis:

Coliformes Totais:

Escherichia Coli:

Exigidas:

526

526

526

526

526

Analisadas:

529

529

529

529

529

Em conformidade:

526

529

526

516

529

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Constatamos débito de R\$ 263,70 não pago, desconsiderar.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA: NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
ESGOTO
PARCELAMENTO DE DEB
JUROS DE 0,033% AO DIA
MULTA DE 2%

6/10

VALOR (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/ano

Água (m³)

Esgoto (m³)

28,30

22,64

30,35

1,54

1,52

nov/18

dez/18

jan/19

fev/19

mar/19

abr/19

mai/19

jun/19

jul/19

ago/19

set/19

out/19

5

4

3

3

3

4

3

3

0

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição:

Valor (R\$)

PTS

0,81

COFINS

4,03

SUBSIDIO

Descrição:

Valor (R\$)

VALOR DO SERVIÇO

187,49

VALOR DO SUBSIDIO

23,04

VALOR TOTAL A PAGAR

84,45

MÊS/ANO

VEN/INCL. DO

TOTAL A PAGAR (R\$)

11/2019

06/12/2019

84,45

ONCE PAGAR SUA FATURA

Banco Bradesco, S/Nº, Itaipu, FIC, Banco do Brasil, Caixa
Econômica Federal, Santander, Transul, Outros Bancos.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de
sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195Cagece
NCEÉ obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
conforme resoluções das Agências Reguladoras.Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e
Controle de Serviços Públicos e Sanitários; Aracaju: ARCEL - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados em Estado do
Ceará; 0800 275 0195. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCEL: www.arcel.org.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de
8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento Cagece: 0800 275 0195,
de 8h às 12h e 13h às 17h.

358162079177867 - 8185

Fatura Mensal

Via e-mail
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição:

006299407

Local:

001

Setor:

000

Cidade:

FORTALEZA

Código de Responsável:

0065

Quadra:

00

Lote:

0237

Verificação:

06/12/2019

11/2019

Mês/Ano:

0000

Código:

84,45

82620000000 6 84450000000 4 00629940701 2 03005822015 0



Prefeitura Municipal de Fortaleza

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE

FRANCISCO BRUNO LIMA

Nº DO PRONTUÁRIO

394918

Nº DOB

296703

CADUS

704300541758599

NASCIMENTO

21/01/1992(27
ANOS)

SEXO

M

RACIA

PARDO

DOCUMENTOS

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 04537885300; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2002012037661

NOME MÃE

JANIEU LIMA

NOME RESPONSÁVEL

Nº

FORTALEZA

CE

CEP

60.543-366

ENDEREÇO

RUA OSCAR FRANCA 1205 BOM JARDIM

CONTATO

(00) 00000-000

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM MID. APÓS QUEDA DE MOTO. EXPOSIÇÃO

ÓSSEA (?)

SINTOMAS

NI

MOTIVO

AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR

99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ACERGIAS

NEGA

SAT O2

NI%

PULSO

NI

DISSÊNIA

NI

ELHO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO

11/11/2019

11:49:09

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

DIAGNÓSTICO

SÍNTOMAS

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA
MÉDICA GERAL - CRM 15.984Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CRM 6250 - TEOT 11657

TIPO DE ALTA/SAÍDA

DECISÃO

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Assinatura de FRANCISCO BRUNO LIMA em 11/11/2019 às 11:49:13
eu deixo por DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo a responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 239 do Código Penal.Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CRM 6250 - TEOT 11657

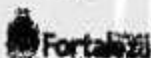
Ata de + anamnese

Paciente 1º fratura no pé (6) +
doença fundina. Encaminhado
ortopedico
11/11/2

tn://172.30.56.201/sigis/public/relatorio/index/rac/id/296703



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



PRONTUÁRIO MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DE FORTALEZA
AV. Celso de Faria nº 1117 - Parangaba - CEP 44.245-600
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3133-1332

CENTRO DE SUPERVISÃO E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CURE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2319103656584

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Francisco Bruno Lima

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: OSCAR FRANÇA Nº 1205

BAIRRO

BOM JARDIM

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

DATA DO NASCIMENTO

27/01/1992

SEXO

1. ☒ MASC 3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

JANIEU LIMA

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

11/11/19

Dr. Antonio Luiz Gomes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Quirúrgica

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura do osso metacarpo ①

NOTA: Este laudo é válido apenas para fins de internação e não substitui o exame clínico.

P.R. [Assinatura]

DIAGNÓSTICOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão do TPO Ulnar

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

do Crânio e do Neurologico

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura metacarpo

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL
5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TPO Ulnar

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Dr. Antonio Luiz Gomes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Quirúrgica



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ LARROSO DE OLIVEIRA
PROTINHA DE PARANGABA
AV. Odebre de Fátima nº 1127 - Parangaba - CEP 60.729-090 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3231-7221 - Fax: 3131-7213

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Francisco Bruno Lima (270) Prontuário Nº: 394918
Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>11/11/19</u>	Pres. Arterial: <u>120 x 60</u>	Pulso: <u>65</u>	Respiração: <u>limpo</u>	Temperatura: _____	Peso: _____	Altura: _____
Tipo Sanguíneo: _____	Hemácias: _____	Hemoglobina: _____	Hematócrito: _____	Glicemia: _____	Uréia: _____	Outros: _____
	Urina: _____					

Ap. Respiratório: <u>NON</u>	Asma: _____	Bronquite: _____
Ap. Circulatório: <u>NON</u>	Eletrocardiograma: _____	
Ap. Digestivo: <u>24h - 3h</u>	Dentes: _____	Pescoço: _____
Estado Mental: <u>quieto</u>	Atarácicos: _____	Ap. Urinário: _____
Diagnóstico Pré-operatório: <u>fx exposta pi</u>	Corticóides: _____	Alergia: <u>Neg</u>
Anestésias Anteriores: _____	Estado Físico: <u>JG</u>	Hipotensores: _____
Indicação Pré-anestésica: <u>Neg</u>	Risco: _____	

Indicação Pré-anestésica: Neg

Aplicadas às: _____

Efeito: _____

INDUÇÃO

Induzido: _____
Longo exposto: _____
Músculo: _____
Outro: _____

MANUTENÇÃO

1. Chave: intermitente
2. Mont. - Ave. para HSE
3. M. de, de 4g IV
4. Cefotaxima 1g IV
5. Gentamicina 240g IV
6. Kantridina 50g IV
7. Detad. 10g IV
8. Branopulva 10g IV
9. Rogin 13.4mg peso
10. Uma 27g LLA cloro
11. 17.7g sup. peso de 1
12. 80g nafina
13. SOPA

Anestesia Sobol: ☒ Sim ☐ Não
Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na S.O.: _____
Cór.: _____ CO2: _____ Exat.: _____
Músculo: _____ Vêneno: _____
Outro: _____

Condições: ☒ Para o bloco ☐ em ☐ não

CONDIÇÕES: _____

Perda Sanguínea: _____



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



PRONTO-SOLUCIONAR, DEFENSORIA - DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO
PROCURADORIA DO PESSOAL
AV. Celso de Figueiredo nº 1117 - Fortaleza - CEP 61.226-000
Fone/Fax: (85) 3123-1233

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

Nº LAUDO:

Nº de AIH:

231910356606

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO BRUNO LIMA

ENDEREÇO DO PACIENTE

394918

Bairro

RUA: OSCAR FRANÇA Nº 1205
BOM JARDIM

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

21/01/1992

1. ☒ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

JANIEU LIMA

CPF MÉDICO SOLICITANTE

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

29/11/2019

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com diagnóstico de FRATURA DE 3ª METATARSO DIR + LESÃO DE TENDÃO necessitando de TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE METATARSO TENOPLASTIA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
Atestado que esta cópia confere com original

[Assinatura]
Mônica Sales
Médica

6. ☒ TIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E RADIOGRÁFICO

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE 3ª METATARSO DIR + LESÃO DE TENDÃO

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

TO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE METATARSO e TENOPLASTIA

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

29/11/2019

HORA

[Assinatura]
Orcamento e acompanhamento
CREMEC 114000

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Francisco Bruno Lima

Prontuário Nº.:

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: 29/11/2019	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Ureia:	Outros:
	Urina:					

Ap. Respiratorio:	Asma:	Bronquite:
-------------------	-------	------------

Ap. Circulatório:	Eletrocardiograma:
-------------------	--------------------

Ap. Digestivo:	Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:
----------------	---------	----------	---------------

Estado Mental:	Lúcido	Atarácicos:	Corticóides:	Alergia:	Hipotensores:
----------------	--------	-------------	--------------	----------	---------------

Diagnóstico Pré-operatório:	fract. 3º metatarsiano D + lesão tendão	Estado Físico:	ASA I	Risco	—
-----------------------------	---	----------------	-------	-------	---

lesiones Anteriores:	ASA I	—
----------------------	-------	---

Medicação Pré-anestésica:	Aplicadas às:	Efeito:
---------------------------	---------------	---------

[illegible]

Oxímetro + Cardíoscopio

MANUTENÇÃO

- (1) Macil.
- (2) Anemia p/s
- (3) Pulcã sp. subad.
Wt + úy Nov. 0,5% m
15 mg
- (4) Cefazolina 1g v
son

Análise Sinal ☒ em Clito

Não, qual que?

DESPERTAR

[illegible]

gentes:	Nlocaina 0,5% perils
técnica:	Laguiquerina
peração:	Holus anal. unilatans + lencis de las Junior
rurgides:	M. Glentes + M. Rafael
nestelistas:	M. Francisco Andrade Dias Anestesiologia - 6085
oservações:	
	Perda Sanguinea:

Paciente: **FRACISCO BRUNO LIMA**Data da Operação: **29/11/2019/** Enfermaria: _____ Leito: _____Operador: **DR. GLAUCER CARLOS FÉLIX**1º Auxiliar: **DR. RAFAEL CAVALCANTE**

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: **DR. JUNIOR**Indrade Dias Júnior
Médico
Neurologista
CRM - 6085

Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pré-operatório: **FRATURA DE 3º METATARSO DIR + LESÃO DE TENDÃO**Tipo de Operação: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE METATARSO e TENOPLASTIA**

3.07.29.15-7

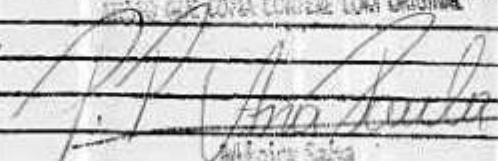
3.07.31.11-9

Diagnóstico Pós-operatório: **O mesmo**

Relatório Imediata Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: **RX**Acidente durante a operação: **Não**Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada ☒ Limpa**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO****Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras**

1. PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTÉSICO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
3. ACESSO CIRÚRGICO MÍNIMO DORSAL AO METATARSO SOBRE FERIDA PRÉVIA + DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
4. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA DA FRATURA COM FIOS DE KIRSCHNER 2,0mm
5. REALIZADO REPARO COM TENOPLASTIA DO TENDÃO EXTENSOR DO PODODÁCTILO
6. CONTROLE RADIOGRÁFICO
7. SÍNTESE POR PLANOS ANATÔMICOS
8. CURATIVO ESTÉRIL
9. ENCAMINHADO À SR em BEG

Dr. Glauber Carlos Félix
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC nº 14039Dr. Rafael de Sousa Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 14.370/000-1501/07-35.316HOSPITAL DEBTO. JACQUES GUERREIRO DE OLIVEIRA
PORTAL DE SAÚDE


Wilton Sampaio

Mat. 15584

Nome:

J. da R. Lima

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			11/11/2019	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
11/11/2019	<i>Tratada com C.C.</i> <i>Procedimento realizado em interconsulta</i> <i>em VIM</i> 11.11.19 As 21:40h paciente admitida na SRPA por POI de fratura cirúrgica de fratura exposta em pé D. Sob anestesia raquiana, alergia medicamentosa, Dm, HAs. Evolui consciente, orientado, verbalizando, suado em ar ambiente. AP em ASE, funcionando e sem sinais fisiológicos. Curativo limpo. Eliminados fisiológicos ausentes no período regu' as atividades da equipe. <i>Dr. Glauber Roberto Barreto</i> ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM 4600 - TEND 1105 <i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM 4600 12/11/19 - # Enfermagem - Odontologia - Posto 1# - 17A - Paciente, foi admitido após avaliação de enfermagem, proveniente de SRPA, no P.O. 1 de tratamento cirúrgico de pé D, com fratura exposta. Realizada a administração de analgésico e curativo. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem. <i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM 4600 <i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM 4600

Nome:

F^o Bruno Lima

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			17/11/2017	

NOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

18/11/17

Mant. a ATR monitorando condições por curativos

Dr. Hilda
Tia...
CRM 1879

- 1) F.B.L. 27 anos, 40:70 LC de natureza exposta em
- 2) MID. Evolu. estável, consciente, orientado, verbalizante, eufórico, normotenso, normo-oxigenado
- 3) Segue em observação, aguardando evolução de ferimentos

Exa. Residência
un 3135

19/11/17

paciente regular

Dr. Roberto...
CRM 1879

20/11/17

Amarelo Suporta a melhora de ruídos no Sítio Curativo

21/11/17. Aprimoramento melhora de parte nobre

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE DE CURTURA
ESTA É A ÚNICA COPIA COM ORIGINAL

Dr. Hilda

Mônica Silva

Mat. 15984

Dr. Roberto...
CRM 1879

- 20) Pac. sexo M, 27a, 9º DIN por fratura exposta de MID. Evolu.
- 21) consciente, orientado, bom EG, verbalizando, eufórico, normotenso, hemodinamicamente estável. Segue com curativos
- 19) da equipe.

Dr. Kelly...
CRM 1879

Prontuário

Nome:

Leandro Bruno Lacerda

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			17/11/2019	

NOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

25/11/19 Ponto de acesso para curativos, se internar

Dr. Henrique
Ferreira
Ologia
CRM 7879

25. Pt. sexo M, 27a, 14° DIH por fratura exposta de M.D. Evolui
consciente, orientado, bom EG, nega queixas. Segue sob cuidados
da equipe em antibioticoterapia.

Dr. Roberto Mendes
Ferreira
CRM 38925-ENF

26/11/19

Lacerado

Dr. Roberto Mendes
Ferreira
CRM 38925-ENF

26/11/19

P.B.L, 27 anos 15° DIH por fratura exposta
de M.D. Evolui consciente, orientado, cooperativo,
calmo, ansioso e repousa, dieta
suplementar em ambiente, refer. eliminação
fisiológica presente, segue sob cuidados da
equipe de enfermagem

27/11/19 Ponto de acesso para curativos, se internar

Dr. Henrique
Ferreira
Ologia
CRM 7879

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

P. I. Ana Paula

Nome: **FRACISCO BRUNO LIMA**

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
394918			17/11/2019	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

[illegible]

Dr. Günter Felix
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC - 1405

1944-1945

STAFF OF THE U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE

1. 1941

Ma 615984

Procedure

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

NOME:

Edo Bruno Lima

Internos SR - 55

	Glucose	Insulina	Rub
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS	
HORÁRIO:	15:30
P.A.:	20:15 41:40
TEMP.:	100x137x90
P.M.:	80 35.4
M.V. / MIN.:	80 53 bpm
	50x95 90x2

IDADE:

27

ENF.:

LETO:

104

Nº. PRONTUÁRIO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

DATA:

HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

RUBRICA (Incl. Dieta)

24/12/19 - 15:30

Prescrição aumentada de insulina e antiácido

Prescrição de antiácido e analgésico

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

① Unid. de med.

Dr. Carlos Roberto Gomes
TRABALHADOR SOCIAL
OAB 150.115/1155

15/12/19

Prescrição de analgésico e antiácido

Dr. Carlos Roberto Gomes
TRABALHADOR SOCIAL
OAB 150.115/1155

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

Prescrição de analgésico e antiácido

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SANE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:				RIO:			
15:				P.A.:			
20:				TEMP.º:			
06:				P / MIN.:			
Assinatura e carimbo do profissional responsável				M.V. / MIN.:			

NOME: Francisco Bruno Lima	IDADE: 27	ENF.: A	LEITO: 104	Nº. PRONTUÁRIO: 394 918
-------------------------------	--------------	------------	---------------	----------------------------

[illegible]

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DEUT, MARIA JÚLIA BARBOSA DE OLIVEIRA
FUNDADA EM 1962
Av. Antônio de Paula, 1111 - Fortaleza - CEP 60.730-000 - Fone: (85) 3222-1111

REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Francisco Bruno Lima

Data da Operação: 11/11/2019 Enfermeira:

Operador: Dr. Glaucio Roberto Barreto Leito:

2º Auxiliar: TRAUMATOLOGIA 1º Auxiliar:

Instrumentador: CEME 8299 - TEOT 11057 3º Auxiliar:

Anestesista:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura exposta do pé direito

Tipo de Operação: limpeza, irrigação de fratura exposta do pé direito + imobilização provisória com tala gessada

Diagnóstico Pós-operatório:

Refeição Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☒ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

- 1) Acesso em fratura exposta do pé direito
- 2) Lavagem + aspiração do MIO + compressas estéril
- 3) Alargamento de ferimento com alça do pé direito
- 4) Desbridamento de bordas descoladas e regularização das bordas de ferida
- 5) Lavagem extensiva de cavidade com SAGS a 500ml
- 6) Imobilização provisória
- 7) Sutura + curativo + tala gessada

OBS: verificando grave mau estado de saúde extensas do pé direito, lesão nos tendões profundos suturei completo do

HOSPITAL MARIA JÚLIA BARBOSA DE OLIVEIRA
ALMOÇO DAS 12H30 ÀS 13H30 COM OPORTUNIDADE

Mônica Seba

Mat.15944

Pereira Municipal de Fortaleza

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ CARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO BRUNO LIMANº DO PRONTUÁRIO
394918Nº DO BE
296703CADASTRO
704300541758599NASCIMENTO
21/01/1992(27
ANOS)SEXO
MRAÇA/COR
PARDODOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 04537885300; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2002012037661NOME MÃE
JANIEU LIMA

NOME RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA OSCAR FRANCA 1205 BOM JARDIM

MUNICÍPIO
FORTALEZAUF
CE

CONTATO

(00) 00000-000

CEP
60.543-366

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM MID, APÓS QUEDA DE MOTO. EXPOSIÇÃO

MOTIVO

AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

SINTOMAS

NI

ESCALA DE DOR

99 (ADULTO)

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

NEGA

SAT O2

NI%

PULSO

NI

GLICEMIA

NI

CICLO
SAC
ELHO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO

11/11/2019

11:49:09

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

DIAGNÓSTICO

SINTOMAS

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES
PACIENTE QUE CONTA COM COPIA ORIGINALDr. Glaucia Roberta Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 0230 - TEOT 11057Mônica Silva
Médica
Méd. 15984

ULTA/BAIXA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Ao chegar ao local

npresso por DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA em 11/11/2019 às 11:49:13

leclaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo a responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Há no + anexo

Dr. Glaucia Roberta Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 0230 - TEOT 11057

Francisco Bruno Lima

FRANCISCO BRUNO LIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

CONDUZA:

1 - ALTA: ☒ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA
☐ REMOVIDO PARA: _____

GUIA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: 11/11/19 HORA: _____

2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐

DATA E HORA DA ALTA: 11/11 HORA: _____

3 - INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 11/11 HORA: _____

4 - PARA ÓBITO
 MOTIVO DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM

DATA ÓBITO: 11/11 HORA ÓBITO: _____

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA

2 ☐ I.M.L.

3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

4 ☐ SVO

ASS. CARIÓTIPO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIÓTIPO

HOSPITAL NACIONAL DE DOENÇAS DE GRIPE
 FOLHA DE CARIÓTIPO COM FOLHA ORIGINAL

Ana Paula
 Mônica Silva
 Mat. 15784

1240003376

LAUDO MEDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

Nº da AIH: 9319103656584

SUS Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Interação
Fortaleza

UNIDADE HOSPITALAR HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: *Francisco Barroso Lima*
ENDEREÇO DO PACIENTE: *RUA: OSCAR FRANÇA Nº 1205*
BAIRRO: *BOM JARDIM*
MUNICÍPIO: *FORTALEZA* UF: *CE* CEP: *60119*
DATA DO NASCIMENTO: *27/01/1992* SEXO: *MASC*
NOME DA MÃE: *JANEU LIMA*

DADOS DA INTERNAÇÃO
CPF MEDICO SOLICITANTE: *11419*
C. INT. PROCEDIMENTO SOLICITADO
CPF E ASSINAT. DO MEDICO RESPONSÁVEL

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS
DIAGNÓSTICO INICIAL: *Doença + Doença*
TPO DE CLÍNICA: *1. CIRÚRGICA 2. OBSTÉTRICA 3. CLÍNICA MÉDICA 4. TIPOPEUMOL 5. PSIQUIÁTRICA 6. PEDIÁTRICA 9. OUTROS*

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO SOLICITANTE
DATA
HORA

(1)

CONTRACT NO. 100-114

CONTRACT NO. 100-114

CONTRACT NO. 100-114

CONTRACT NO. 100-114

CONTRACT NO. 100-114

CONTRACT NO. 100-114

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	01
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOFENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO		Morfina 0,2	AMP	01
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA	01			
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA	02			
CEFALOTINA 500MG	FRASCO	01			
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA	01			
DESLANOSÍDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
DIPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA	01			
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
IPILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA	01			
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA				
NALOXONA	AMPOLA				

SOROS

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO	02
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO	
SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
SORO RINGER LACTADO 500ML	FRASCO	
SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO	01
FRUTOSE	FRASCO	

SANGUE- HEMODERIVADOS

PLASMA		
SANGUE TOTAL		
CONCENTRADO DE HEMACIAS		
ALBUMINA		

MATERIAS DESCARTÁVEIS

CATETER VENOSO	UNIDADE	
EXTENSOR	UNIDADE	
EQUIPO DE SORO	UNIDADE	
SONDA ASPIRAÇÃO	UNIDADE	
SONDA TRAQUEAL	UNIDADE	
SONDA NASOGÁSTRICA	UNIDADE	
SCALP	UNIDADE	
AGULHA P/PERIDURAL	UNIDADE	
AGULHA P/ RAQUI	UNIDADE	01
TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE	

ANESTESISTA-CRM



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROMOTORA DE SAÚDE
AV. Getúlio de Faria nº 1127 - Fortaleza - CEP 66.230-000
Fortaleza - Ceará
Telefone (85) 3333-7222



CENTRO DE REGISTRO E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - FORTALEZA

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

231910356606

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

FRANCISCO BRUNO LIMA

DADOS DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

394918

BAIRRO

RUA: OSCAR FRANÇA Nº 1205
BOM JARDIM

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

DATA DO NASCIMENTO

21/01/1992

SEXO

1. ☒ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

JANIEU LIMA

CPF MÉDICO SOLICITANTE

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

29/11/2019

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com diagnóstico de FRATURA DE 3º METATARSO DIR + LESÃO DE TENDÃO
necessitando de TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE METATARSO
TENOPLASTIA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ASSINAT. QUE CORRESPONDE COM ORIGINAL

[Assinatura]
Mônica Saba
Mat. 15384

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E RADIOGRÁFICO

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE 3º METATARSO DIR + LESÃO DE TENDÃO

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

TO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE METATARSO
e TENOPLASTIA

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

29/11/2019

HORA

[Carimbo]
Dr. G. S. S. S. S.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15384

Nome: Francisco Bruno Lima

Prontuário Nº: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>29/11/2019</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					

Ap. Respiratório:		Asma:		Bronquite:	
Ap. Circulatório:		Eletrocardiograma:			
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:	
Estado Mental: <u>Lúcido</u>	Atarácicos:	Corticóides:	Alergia:	Hipertensores:	
Diagnóstico Pré-operatório: <u>frat. 3º metatarsos I + lesão tendão</u>			Estado Físico: <u>ASA I</u>	Risco: _____	

Anestésias Anteriores:	
Medicação Pré-anestésica:	Aplicadas às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO

Sedat: _____ Exat: _____ Tosses: _____
Laringe espasmo: _____ Lenta: _____
Náusea: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

① Mant. ASA I
② Anestesia prof
③ Paciente sp. intubado
láb + inj. Neor. 0,5% p
15mg
④ Cefazolina 1g IV
sem

Anestesia Satisf: ☒ Sim ☐ Não
Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na S.O.: +
Obst: _____ CO2: _____ Exat: _____
Náusea: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

Com cânula: _____
Para o leito: ☒ Sim ☐ Não
CONDIÇÕES: boa

Agentes: <u>N2O/O2 0,5% Prof</u>	Cânulas: _____
Técnica: <u>balneária</u>	
Operação: <u>frat. 3º metatarsos + lesão de tendão</u>	
Cirurgiões: <u>M. Gláuber + M. Rafael</u>	
Anestestistas: <u>M. Francisco Andrade Dias</u>	
Observações: <u>Andrade Dias Júnior - Médico Anestesiologista - CRM 6085</u>	
Perda Sanguínea: _____	

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO		SOROS		
CETOPROFENO 100MG	FRASCO		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO	
CETAMINA	ML		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
CISATRACURIO	AMPOLA		SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO	
CLINDAMICINA	AMPOLA		SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA		SORO RINGER LACTADO 500ML	FRASCO	
DEXAMETASONA	AMPOLA		SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO	
DESLANOSÍDEO	AMPOLA		FRUTOSE	FRASCO	
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
DIPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA		SANGUE- HEMODERIVADOS		
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA		PLASMA		
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA		SANGUE TOTAL		
ETOMIDATO	AMPOLA		CONCENTRADO DE HEMACIAS		
FENTANIL	AMPOLA		ALBUMINA		
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA		MATERIAS DESCARTÁVEIS		
HEPARINA	AMPOLA		CATETER VENOSO	UNIDADE	
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO		EXTENSOR	UNIDADE	
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO		EQUIPO DE SORO	UNIDADE	
ÍPSILON	AMPOLA		SONDA ASPIRAÇÃO	UNIDADE	
ISOFLURANO	ML		SONDA TRAQUEAL	UNIDADE	
ISORDIL	AMPOLA		SONDA NASOGÁSTRICA	UNIDADE	
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO		SCALP	UNIDADE	
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO		AGULHA P/PERIDURAL	UNIDADE	
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO		AGULHA P/ RAQUI	UNIDADE	
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA		TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE	
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA				
NALOXONA	AMPOLA				

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ASSINTE QUE SÓNA CONFERE COM ORIGINAL

ANESTESISTA-CRM

Edição Setembro

Rev. 1.1984

Paciente: **FRACISCO BRUNO LIMA**

Data da Operação: **29/11/2019/**

Enfermaria:

Leito:

Operador: **DR. GLAUCER CARLOS FÉLIX**

1º Auxiliar: **DR. RAFAEL CAVALCANTE**

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: **DR. JUNIOR**

Andrade Dias Júnior
Médico
Anestesiologista
CRM-6085

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: **FRATURA DE 3ª METATARSO DIR + LESÃO DE TENDÃO**

Tipo de Operação: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE METATARSO e TENOPLASTIA**

3.07.29.15-7

3.07.31.11-9

Diagnóstico Pós-operatório: **O mesmo**

Relatório Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato: **RX**

Acidente durante a operação: **Não**

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada ☒ Limpa

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceas

1. PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTÉSICO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
3. ACESSO CIRÚRGICO MÍNIMO DORSAL AO METATARSO SOBRE FERIDA PRÉVIA + DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
4. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA DA FRATURA COM FIOS DE KIRSCHNER 2,0mm
5. REALIZADO REPARO COM TENOPLASTIA DO TENDÃO EXTENSOR DO PODODÁCTILO
6. CONTROLE RADIOGRÁFICO
7. SÍNTESE POR PLANOS ANATOMICOS
8. CURATIVO ESTÉRIL
9. ENCAMINHADO À SR em BEG

Dr. Glauber Carlos Félix
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.370

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.370

HOSPITAL SANTO MARCO JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FOTÓCOPIA COMPRE COM ORIGINAL

[Assinatura]
Mônica Sales
Mat.15984

JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIA

Nome:

F.ª Bruna Lima

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			11/11/2019	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
11/11 (5006)	# FRATURA EXP. DA OSSA DE (D) 11/11 EXAMINADO AO C.C. Procedimento realizado em interconsulta em: VIM 11/11/19 As 21:40h paciente admitida na SRPA por P.O.I. de fratura cirúrgica de Fratura exposta em P.O. Sob anestesia raqui-sele alergia medicamentosa, DM 1 HAS. Evoluí consciente, orientado, verbalizando, expulso um ar ambiente. AVPM ASE funcionando e sem sinais fisiológicos. Curativo limpo. Eliminações fisiológicas ausentes no período seguiu as orientações da equipe. Diagnóstico: Fratura exposta Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600 52/11/19 - # Enfermagem - Admissão - Posto 1# - 17A - Paciente, foi admitida após realização de internação, proveniente de SRPA, no P.O.I. de fratura cirúrgica de P.O. consciente, orientado verbalizando. Permanecendo hemodinamicamente estável sem sinais vitais. Segue com condutas e orientações da equipe de enfermagem. Wanessa RIBEIRO ENFERMEIRA COREN-CE: 663.164

DATA	EVOLUÇÃO
13/11/19 9:45h	F.B.L, 27a, masculino- IH por PO de LC de fatura expor- ta com MZO. Grelha consciente, orientado, verbalizando. Aceita dieta por VO. CVP em MSE. Eliminações fisiológicas st. Sem queixas no momento. Segue aos cuidados da equipe
14/11	# Fatura destruída ca: 11/11/19 14:00h Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica CRM-EC - 12.111 TEST 14047
15/11	Aceite e feto Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica CRM-EC - 12.111 TEST 14047
16/11	Aceite e feto Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica CRM-EC - 12.111 TEST 14047
17/11	Aceite e feto Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica CRM-EC - 12.111 TEST 14047 Mônica Saba Mat. 15984
17/11/19	Paciente evolui consciente, orientado, verbaliza, ambula, aceita dieta e medicações, apre- tativo, ansioso por repouso, refere eliminações fisiológicas presente, ausência de urticária, sem queixas no momento, evoluindo bem

Nome:

F^o Bruno Lima

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			17/11/2019	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
18/11/19	Monte - AFB manuseio correção por curativos Dr. Hilmar T. de A. Queiroz CRM 1879 V F.B.L. 27 anos, H.D.: 7.0 LC de natureza exposta em MID. Estável, consciente, orientado, verbalizando, eupneico, normotenso, normossaturado. Segue em observação aguardando cirurgia de fixação. Dr. R. R. R. R. R. CRM 88935 A " P. curativo e fixação Dr. R. R. R. R. R. CRM 88935 20/11/19 Grupo Suspeito de meteo de rupeas Dr. R. R. R. R. R. CRM 88935 20. Aprime melhora de parte mais HOSPITAL DISTRICTAL Nº 1001 - BARRIO DE OLIVEIRA EXIBIR ESTA COPIA CONTRA COM ORIGINAL Dr. R. R. R. R. R. CRM 88935 Dr. R. R. R. R. R. CRM 88935 20 Pet sexo M, 27a, 9º D1H por fratura exposta de MID. Evolui consciente, orientado, bom EG, verbalizando, eupneico, normotenso, hemodinamicamente estável. Segue em cuidados da equipe. Dr. R. R. R. R. R. CRM 88935

Bruna Kely Almeida
COREN 225-ENF

DATA	EVOLUÇÃO
21/10	F. Futura afetado
	com Acetona. Nenhum Ponto novo
22/11	Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Química CREMOP - 17.344.772-1/AN47 Acetate injetado Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500
22/11	Pt. sexo m, 27a, 11.º DIA por fratur. exposta de pé D. Evolveu consciente, orientado, bom EG, sem queixas. Aguarda procedimento cirúrgico. Segue aos cuidados da equipe. Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500 Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500 Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500
23/11	F.B.L. 27a, HD. Fratura exposta no pé D. Evolveu estável, consciente, orientado, verbalizado, responsivo, afável. Removido curativo, F.O. Limpas e sem sinais de infecção. Presença de sujidade no pé. Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500 Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500 Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500
24/11	F.B.L. 27a, HD. Fratura exposta no pé D. Evolveu estável, consciente, orientado, verbalizado, responsivo, afável. Removido curativo, F.O. Limpas e sem sinais de infecção. Presença de sujidade no pé. Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500 Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500 Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500
24/11/19	F.B.L. 27a, masculino, 12.º DIA. P.O. fratura exposta em pé D. Evolveu consciente, orientado, sem queixas. Segue a dieta oferecida. AP em MSE perfeitamente. Presença e evacuação presente e espontânea. Segue aos cuidados. Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500 Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500 Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500

Nome:

Leão Bruno Lima

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			11/11/2019	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
25/11/19	Prontuário 150300, para exames, se internar Dr. Hilário Fisioterapia CRP 7879
25/11/19	Por meio do 27a, 14a DIH por fratura exposta de M.D. Evolui consciente, orientado, bom EG, nega queixas. Segue aos cuidados da equipe em antibioticoterapia. Dr. Roberto Mendes Farias Ortopedia - Traumatologia CRM 1000
26/11/19	1. B.L, 27 anos 15a DIH por fratura exposta de M.D. Evolui consciente, orientado, cooperativo, calmo, consilia para o repouso, aceita dieta suprido em ambiente, refere eliminação fisiológicas presente, segue aos cuidados da equipe de enfermagem Dr. Roberto Mendes Farias Ortopedia - Traumatologia CRM 1000
27/11/19	Prontuário 150300, para exames, se internar Dr. Hilário Fisioterapia CRP 7879

P. P. Ana Paula

DATA	EVOLUÇÃO
27/11	Pt sexo ♂ 24a, 2H por. Trat. exposta de MIB. Evolui em bom EG, consciente, orientado, eupneico, verbalizando, sem queixas. Segue aos cuidados da equipe. Realizado curativo em tornozelo D, apresentando hiperemia nas bordas, perfeculo, pouca secreção serosa. Realizado limpeza com SFO, 91% + clorexidina degermante. Aplicar betadine.
28/11	A PARTIR DA MANHÃ SEM ALTERAÇÃO CLÍNICA.
28/11/19	F.B.L, 27 anos, HD: fratura exposta de pl. Evolui consciente, orientado, eupneico em ar ambiente, aceita dieta, cefaleia para e repouso, refere eliminações fisiológicas presente, segue aos cuidados da equipe. Jéssica Dutra
29/11	Plaste fixado Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
30/11	Plaste fixado Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
30/11/19	De alta após visitas médicas Jéssica Dutra Enfermeira COREN-CE 310534

Nome: **FRACISCO BRUNO LIMA**

SAME

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
394918			17/11/2019	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

[illegible]

D. Grueter & Fuchs
Optik und Feinmechanik
GEMEC - 1409

ATENÇÃO QUE CÔNDA CLASSE 1000-1000-1000

~~XXXXXXXXXX~~

Ma 15984

Printed by

NOTARIA: ESTABLECE UN NÚMERO SECRETO DE
ESTE CON CADA CUESTA CON SEÑALA

Mónica Saba

Mónica Saba

Mat.15384

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

NOME: Edo Bruno Lima IDADE: 97 ENF.: 97 LEITO: 104 Nº. PRONTUÁRIO: 14714

	Glucêmias	Insulinas	Rub
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS	
HORÁRIO:	15:30
P.A.:	20:15 21:40
TEMP.º:	100x139x50
P./MIN.:	80 35,4
M.V./MIN.:	80 53 bpm
	STebg 49 e

IDADE:		ENF.:		LEITO:		Nº. PRONTUÁRIO:	
97				104			
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./ Dieta)			
11/11	1. DIETA ZERO e limão de 200 ml 2. ESTIMULANTE de 664 3. GOMMAMINA 240mg + 870.91. 4. DAPRONA 600mg + 870.91. 5. INJEÇÃO 100mg + 870.91. 6. TERNOPHOSFATICA 100mg + 870.91. 7. 882 + C.C.C. 8. ENXAMINAR no C.C.	16:30 18:30 19:30 20:15 20:15 20:15 20:15 20:15	21:10 19:30 - 15:23:30 Paciente em estado de consciência, com resposta adequada aos estímulos 20:15 Paciente com resposta adequada aos estímulos 20:15 Paciente com resposta adequada aos estímulos 20:15 Paciente com resposta adequada aos estímulos 20:15 Paciente com resposta adequada aos estímulos 20:15 Paciente com resposta adequada aos estímulos				
	9. Limite de 200 ml 10. 882 + C.C.C. 11. 882 + C.C.C. 12. 882 + C.C.C. 13. 882 + C.C.C. 14. 882 + C.C.C. 15. 882 + C.C.C. 16. 882 + C.C.C. 17. 882 + C.C.C. 18. 882 + C.C.C. 19. 882 + C.C.C. 20. 882 + C.C.C. 21. 882 + C.C.C. 22. 882 + C.C.C. 23. 882 + C.C.C. 24. 882 + C.C.C. 25. 882 + C.C.C. 26. 882 + C.C.C. 27. 882 + C.C.C. 28. 882 + C.C.C. 29. 882 + C.C.C. 30. 882 + C.C.C. 31. 882 + C.C.C. 32. 882 + C.C.C. 33. 882 + C.C.C. 34. 882 + C.C.C. 35. 882 + C.C.C. 36. 882 + C.C.C. 37. 882 + C.C.C. 38. 882 + C.C.C. 39. 882 + C.C.C. 40. 882 + C.C.C. 41. 882 + C.C.C. 42. 882 + C.C.C. 43. 882 + C.C.C. 44. 882 + C.C.C. 45. 882 + C.C.C. 46. 882 + C.C.C. 47. 882 + C.C.C. 48. 882 + C.C.C. 49. 882 + C.C.C. 50. 882 + C.C.C. 51. 882 + C.C.C. 52. 882 + C.C.C. 53. 882 + C.C.C. 54. 882 + C.C.C. 55. 882 + C.C.C. 56. 882 + C.C.C. 57. 882 + C.C.C. 58. 882 + C.C.C. 59. 882 + C.C.C. 60. 882 + C.C.C. 61. 882 + C.C.C. 62. 882 + C.C.C. 63. 882 + C.C.C. 64. 882 + C.C.C. 65. 882 + C.C.C. 66. 882 + C.C.C. 67. 882 + C.C.C. 68. 882 + C.C.C. 69. 882 + C.C.C. 70. 882 + C.C.C. 71. 882 + C.C.C. 72. 882 + C.C.C. 73. 882 + C.C.C. 74. 882 + C.C.C. 75. 882 + C.C.C. 76. 882 + C.C.C. 77. 882 + C.C.C. 78. 882 + C.C.C. 79. 882 + C.C.C. 80. 882 + C.C.C. 81. 882 + C.C.C. 82. 882 + C.C.C. 83. 882 + C.C.C. 84. 882 + C.C.C. 85. 882 + C.C.C. 86. 882 + C.C.C. 87. 882 + C.C.C. 88. 882 + C.C.C. 89. 882 + C.C.C. 90. 882 + C.C.C. 91. 882 + C.C.C. 92. 882 + C.C.C. 93. 882 + C.C.C. 94. 882 + C.C.C. 95. 882 + C.C.C. 96. 882 + C.C.C. 97. 882 + C.C.C. 98. 882 + C.C.C. 99. 882 + C.C.C. 100. 882 + C.C.C.						

Dr. Carlos Roberto Bezerra
TRAUMATOLOGIA
ENDRE 5550, FONE 11057

Dr. Edson de Oliveira
ORTOPEDIA
ENDRE 5550, FONE 11057

Dr. Edson de Oliveira
ORTOPEDIA
ENDRE 5550, FONE 11057

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:			
16:			
20:			
06:			

H	RIO:			
P.A.:				
TEMP.°:				
P./MIN.:				
M.V./MIN.:				

NOME:	IDADE:	ENF.:	LEITO:	Nº. PRONTUÁRIO:
Francisco Bruno Lima	27	A	104	394 918

[illegible]

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FUNDADA DE PARANAGUÁ
AV. Doutor da Silva nº 1217 - Parangaba - CEP 81230-000 - Curitiba-PR
Telefone (41) 3321-1211 - Fax (41) 3321-1212

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Francisca Bruno Lima

Data da Operação: 11/11/2019 Enfermaria: _____

Operador: _____ Leito: _____

2º Auxiliar: _____ 1º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____ 3º Auxiliar: _____

Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura exposta do pé direito

Tipo de Operação: Insuflação cirúrgica de fratura exposta do pé direito + estabilização provisória com tala gesso

Diagnóstico Pós-operatório: _____

Relatório Imediato Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: ☒ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Antissepsia + limpeza do MIO + compressas úmidas estéril
- 3) Abordagem de fratura com dano do pé direito
- 4) Desbridamento de tecidos descolados e retalhos de pele
- 5) Lavagem extensiva da cavidade com SAGS a turbulência
- 6) Desbridamento cirúrgico
- 7) Sutura + curativo + tala gesso

OBS: verificada grave mancha de tecido extensor do pé direito, não se constatou qualquer lesão completa do mesmo.

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ASSINHA QUE É A ÚNICA COM ORIGINAL

[Assinatura]

Mônica Sales

Mat.15984

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

INSTITUTO BRASILEIRO DE JESUS CRISTO DE CURVEM
CENTRO DE SAÚDE DEBILIDADE FÍSICA REGIONAL

[Handwritten signature]
Mônica Silva
Médica

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Número do pedido DPVAT: 32000 80494

Data da solicitação: 11-03-2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: FRANCISCO BRUNO LIMA

CPF do beneficiário: 045.378.853-00

Nome do solicitante: FRANCISCO BRUNO LIMA

CPF do solicitante: 045.378.853-00

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 987509400

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

Fortaleza - 6 11-03-2020

Local e Data

Fel Bruno Lima

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

3200080494

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Francisco Basso Lima

vítima de acidente de trânsito, em 11/11/2019, sofreu:

Fratura exposta do pé D
CID - S92.3

e submeteu-se a tratamento(s):

Clareamento
Medicamentos: Fratura do pé D
Pneumonia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Ciclo 100%
Dor e desconforto
Membros claudicante
Falta de mobilidade
Dificuldade de locomoção
Fadiga e cansaço precoce
Exatidão de deambulação.
Incapacidade funcional
Irreversível.
OBS: Medicação definitiva

05/03/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

CRM 4411
Ortopedia - Traumatologia

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polígono Direito

FRANCISCO BRUNO LIMA

FRANCISCO BRUNO LIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002012037661 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/07/2014

NOME FRANCISCO BRUNO LIMA

FILIAÇÃO JANIEU LIMA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 21/01/1992

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 3 ZONA TERMO: 185390 FOLHA: 19

LIVRO: A-144 FORTALEZA - CE

045.378.853-00

REINTEGRADO

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

P.: 2

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024317/20

Vítima: FRANCISCO BRUNO LIMA

CPF: 045.378.853-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO BRUNO LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO BRUNO LIMA : 045.378.853-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: FRANCISCO BRUNO LIMA
CPF: 045.378.853-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

FRANCISCO BRUNO LIMA

ALANA DA SILVA DE MATOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080494 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO BRUNO LIMA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 3º METATARSO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P 10, 22 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065066/20

Número do Sinistro: 3200080494

Vítima: FRANCISCO BRUNO LIMA

CPF: 045.378.853-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO BRUNO LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020

Nome: FRANCISCO BRUNO LIMA

CPF: 045.378.853-00

FRANCISCO BRUNO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065066/20

Vítima: FRANCISCO BRUNO LIMA

CPF: 045.378.853-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO BRUNO LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCO BRUNO LIMA : 045.378.853-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: FRANCISCO BRUNO LIMA
CPF: 045.378.853-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

FRANCISCO BRUNO LIMA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024317/20

Vítima: FRANCISCO BRUNO LIMA

CPF: 045.378.853-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO BRUNO LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO BRUNO LIMA : 045.378.853-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: FRANCISCO BRUNO LIMA
CPF: 045.378.853-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

FRANCISCO BRUNO LIMA

ALANA DA SILVA DE MATOS