



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01370305-6** em **06/08/2020 11:22:55**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0240770-11.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01370305-6
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 06/08/2020 11:22:55

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

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

Petição* : 2741195_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2741195_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-10.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

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) (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. 39, §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: Granja Lisboa 12 - Cidade: Fontalça 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 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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 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, Fontalça, 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

2 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)

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. 39, §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: Fontalça 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 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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 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, Fontalça, 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		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/LOCAL DO ACIDENTE			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA PACIENTE REFERE TRAUMA EM MID, APÓS QUEDA DE MOTO. EXPOSIÇÃO ÓSSEA (?)		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			

DIAGNÓSTICO

BAST. SOCIOCIDAD.

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

RESERVA DE COPIA CORRIGIDA COM ORIGINAL

Dr. Claudio Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 2250 - TEOT 11057

Mar. 15/2014

ALTA/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

CASSINHO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Ingresso 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.

Dr. Claudio Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 2250 - 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:

4 - PARA ÓBITO

ANTES 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. CARIMHO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

NOTAR: INSCRIÇÃO DO LÍVRE DOMICÍLIO DE OLIVENÇA
PREENCHER COM CARIMBO ORIGINAL

[Signature]
Mônica Sales
Mat. 15984



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
HOSPITAL DISTRITAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AV. Getúlio de Faria nº 2227 - Fátima - CEP 40.020-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3459-7322

Fortaleza

12+0003370

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 Quilodactila

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura do 5º dedo da mão direita (D)

DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura do 5º dedo da mão direita

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Dr. Clínico + Dr. Radiologista

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do 5º dedo da mão direita

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dr. Clínico

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Dr. Antonio Luiz de Sá
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia Quilodactila

(1)

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

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 LIMANº DO PRONTUÁRIO
394918Nº DO BE
296703CADUS
704300541758599NASCIMENTO
21/01/1992(27
ANOS)SEXO
MRACIA COR
PARDODOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 04537885300; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2002012037661NOME MÃE
JANIEU LIMANOME RESPONSÁVEL
NIMUNICÍPIO
FORTALEZAUF
CECEP
60.543-366ENDEREÇO
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 (?)MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICASINTOMAS
NIESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO
NI KGPRESSÃO ARTERIAL
NI/NISAT O2
NI%PULSO
NIRESPIRAÇÃO
NITEMPERATURA
NI °CALERGIAS
NEGADI
CÃO
ELHORESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRADATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
11/11/2019
11:49:09

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

DIAGNÓSTICO

SÍNDROME SOCIATICA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES
DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA
MÉDICA GERAL - CREA 115204Dr. Glauco Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 6250 - TEOT 11657

TIPO DE ALTA/SUA

ALTA/SUA

() 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

CARGO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

npresso por DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA em 11/11/2019 às 11:49:13
eclaro serem verdadeiras 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
CREME 6250 - TEOT 11657

FRANCISCO BRUNO LIMA



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DE FORTALEZA
AV. Celso de Faria nº 1117 - Parangaba - CEP 44.250-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3133-1332

Fortaleza

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

Cirurgia

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura do pé direito metatarsiano 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

Metatarsiano do pé direito

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

do pé direito + do metatarsiano

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura metatarsiano

TIPO DE CLÍNICA

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PTO URGENTE

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Dr. Antonio Luiz Gomes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia



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: _____	Corticóides: _____	Alergia: <u>Neg</u>
Anestésias Anteriores: <u>Fr exposta p/ 1</u>	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. Fr exposta p/ 1
2. M. do, do, do 4g IV
3. Cefotaxima 1g IV
4. Gentamicina 240g IV
5. Kantridina 50g IV
6. Detad. 10g IV
7. Branopulva 10g IV
8. Rogin 13.4g p/ 1
9. Ure 27g L. de Ure
10. 17.4g sup. p/ 1
11. 80g m. p/ 1
12. S. p/ 1

Anestesia Sob: ☒ 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-SOLUÇÃO DE FORTALEZA - INSTITUTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOLUÇÃO DE FORTALEZA
AV. Celso de Figueiredo nº 3337 - Fortaleza - CEP 61.226-000
Fone: (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

Bom Jardim

Município

FORTALEZA

UF

CEP

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

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]
Mônica Sales
Médica
Orcada em 14/09/2020
CREMEC 14-09-20

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Flaviano 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 I + lesão tendão	Estado Físico:	ASA I	Risco:	—
-----------------------------	---	----------------	-------	--------	---

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

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

		INDUÇÃO																																																											
Aspecto Amorçadores																																																													
Líquido																																																													

OXIMETRIA + CARDIOSCOPIO

MANUTENÇÃO

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

Análise Sinal: X am. Cito

Não, não que?

DESPERTAR

[illegible]

gentes: N2000100 05/1/2006

Tecnică:	<i>Lasiqvestria</i>	<i>inilor</i>	Căminet	Com cârute
----------	---------------------	---------------	---------	------------

Operação: H_0 (c) H_0 unitários + H_0 de H_0

urgidos: M. Glauco + M. Rafael

testesistas: M. Francisco Andrade Lima Junior

Observações:

Perda Sanguinea:	
------------------	--

[illegible]

Paciente: **FRACISCO BRUNO LIMA**Data da Operação: **29/11/2019/** Enfermaria: _____ Leito: _____Operador: **DR. GLAUTER 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

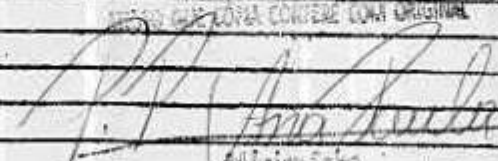
3.07.31.11-9

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. **ASEPSIA 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 14039Dr. Rafael de Sousa Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14.370/2019 - ROR 35.316HOSPITAL DEBTO. JARNA AMOR BARROSO DE OLIVEIRA
FORTALEZA - PIAUÍ

Wilton Sampaio

Mat. 15584

Name: _____

F. ca. Breuna Lajona

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 11/11 + FRATURA DOB37A OSSOS PE (2)

11/11 EXAMINADO AO C.C.

Dr. Antonio Luiz Vitorino, M.D.
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1105

Procedimento realizado em interconsulta
em: VIM

11/11/19 As 21:40h paciente admitida no SARA por
P.O. de fratura cirúrgica de fratura exposta
em pé D. Sob anestesia raqui-raque alarga
medicamentosa, Dur 1, H45. Exame consciente,
orientado, verbalizando, pupila em ar ambiente,
AVP em use, funcionando e sem sinais fisiológi-
cos. Curativo limpo. Eliminações fisiológi-
cas ausentes no período regu' acompanhados
da equipe.

Dr. Glaucia Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CRM 6256 - TEOT 1105

Elaine Mendes de Aguiar
Enfermeira
COREN-CE 623.011

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

12/11/19 - # Empacotamento - Odontologia - Parte 1# - 17A - Paciente, foi admitido
com quadro de interconsulta, proveniente de SARA, no P.O. 1 de trata-
mento cirúrgico de pé D, com fratura exposta e fratura exposta. Normais
hemodinamicamente estável sem sinais vitais. Não comorbidade e alergia me-
dicamentosa. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.

Wanessa Rocha Beiro
ENFERMEIRA
COREN-CE: 688.194

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 - AFB mantendo condutas 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-oxado
- 3) Segue em observação, aguardando evolução de ferimentos

Elyza Rezende
CRM 3135

19/11/17

paciente regular

Dr. Roberto...
CRM 1879

20/11/17

Amigo Surpreende por motivo de ruído no Sítio Curioso

21/11/17. Aprimoramento de ferimentos

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

Dr. Hilda
Mônica Silva

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

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 entrada para cirurgia, 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
Ologia
CRM 38925-ENF

26/11/19 Ponto de entrada para cirurgia, se internar

Dr. Roberto Mendes
Ologia
CRM 38925-ENF

26/11/19 I.B.L. 27 anos 15° DIH por fratura exposta
de M.D. Evolui consciente, orientado, cooperativo,
calmo, ansioso por e repousa, dieta
suplente em ambiente, refer. eliminação
fisiológicas presente, segue sob cuidados da
equipe de enfermagem

27/11/19 Ponto de entrada para cirurgia, se internar

Dr. Henrique
Ferreira
Ologia
CRM 7879

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

P. I. Ana Paula

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 JANE BARBOSA DE OLIVEIRA
CENTRO DE FISIOTERAPIA
JAC. Saúde de Físio. 1117 - Fortaleza - CEP 60730-000 - Fone/Fax 31031-3799

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 gesso

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) Paciente em decúbito dorsal sob segurança
- 2) Contaminação + limpeza do MIO + compressas estéril
- 3) Abordagem de fratura exposta do pé direito
- 4) Desbridamento de bordas desalinhadas e regularização da linha de fratura
- 5) Lavagem extensiva de cavidade com SAGS a 500ml
- 6) Imobilização provisória
- 7) Sutura + curativo + tala gesso

Dr. Glaucio Roberto Barreto
TRAUMATOLOGIA
CEME 8299 - TEOT 11057

OBS: verificando grave mau alinhamento de bordas extensas do pé direito, sem os estantes presentes, sutura completa da mesma

HOSPITAL MARIA JANE BARBOSA DE OLIVEIRA
ALFARO DAS CUNHAS REAGENS COM ORIGINAL

André Paula

Mônica Seba
Mat.15944

Prefeitura 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

MUNICÍPIO
FORTALEZAUF
CECEP
60.543-366ENDEREÇO
RUA OSCAR FRANCA 1205 BOM JARDIMCONTATO
(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 (?)MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICASINTOMAS
NIESCALA DE DOR
99 (ADULTO)PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °CPRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGA

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%PULSO
NIGLICEMIA
NIC. SAG.
ELHORESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRADATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
11/11/2019
11:49:09ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

DIAGNÓSTICO

SÓDIO SODICIZADO

() 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
Máx 15.984

ALTARDA

() 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

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso 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.

Dr. Glaucia Roberta Barreto
TRAUMATOLOGIA
CREME 0230 - TEOT 11057

FRANCISCO BRUNO LIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

CONDIÇÃO:

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

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 157.000.000 DE 01/11/19
FOTO DE IDENTIDADE COM 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
CGC/CNPJ 07.835.044 / 0002-61

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: *_____*
DATA DO NASCIMENTO: *27/01/1992* SEXO: *MASC*
NOME DA MÃE: *JANEU LIMA*
1. ☒ MASC 2. ☐ FEM 3. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 5. ☐ FILHO 6. ☐ OUTRO DEP.

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MEDICO SOLICITANTE: *_____*
C. INT.: *_____*
PROCEDIMENTO SOLICITADO: *MIU 119*
DATA DA EMISSÃO: *MIU 119*
CPF E ASSINAT. DO MEDICO RESPONSÁVEL: *_____*
CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLINICO: *_____*

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Prurito no abdome - cutâneo*
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS: *Prurito no abdome*
DIAGNÓSTICO INICIAL: *Doença + do intestino*
TPO DE CLÍNICA: ☐ 1. CIRÚRGICA ☐ 2. OBSTÉTRICA ☐ 3. CLÍNICA MÉDICA ☐ 4. TISIOPULMOL ☐ 5. PSIQUIÁTRICA ☐ 6. PEDIÁTRICA ☐ 9. OUTROS

CRM - MEDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO SOLICITANTE: *Dr. Antonio Lima*
DATA: *27/01/92*
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
PROTEÇÃO SOCIAL DE FORTALEZA
AV. Odebrecht nº 1127 - Fortaleza - CEP 66.030-000
Fortaleza - Ceará
Telefone (85) 3333-7333



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

2. ☐ OBSTÉTRICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

6. ☐ PEDIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

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.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15384

FOLHA DE ANESTESIA

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 espasm.: _____ Lenta: _____
Náusea: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

① Mant.
② Anestesia Prof.
③ Paciente exp. intubado
Lubr + inj. Neom. 0,5% p.
15mg
④ Cefazolina 1g IV
sem

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

DESPERTAR

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

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

Agentes:	<u>Nitrogênio 0,5% Prof.</u>	Cânulas:	_____
Técnica:	<u>Rapida anestesia</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 Junior - 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 NÃO 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 14.370Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.370/14.370-15.316HOSPITAL SBT, MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
FORTALEZA DO PARANÁ
AV. Getúlio da Silva, nº 2227 - Parangaba - CEP 84.720-000 - Fortaleza-CE
Telefone (85) 3441-1011 - Fax (85) 3441-1012F. P. Amorim
Mônica Silva
Mat. 15984



Fortaleza

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)	<p># FRATURA EXP. DA OSSA DE (D)</p> <p>11/11 EXAMINADO AO C.C.</p> <p>Procedimento realizado em interconsulta em: VIM</p> <p>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, ingere um ar ambiente. AVPM ASE funcionando e sem sinais fisiológicos. Curativo limpo. Eliminações fisiológicas ausentes no período seguiu as orientações da equipe.</p> <p>Diagnóstico: Fratura exposta</p> <p>Dr. Gláucia Roberto Barreto (RAUMATOLOGIA) CREME 5240 - TETO 11052</p> <p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600</p> <p>52/11/19 - # Enfermagem - Admissão - Posto 1# - 17A - Paciente, foi admitida após avaliação de enfermagem, promovendo de SRPA, no P.O. I de tratamento cirúrgico de P.O. D, consciente, orientado verbalizando. Permanecendo hidratado e bem-estar físico. Sem sinais fisiológicos. Seguiu as orientações da equipe de enfermagem.</p> <p>WANESSA RODRIGUES ENFERMEIRA COREN-CE: 663.164</p>

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: 11/11/2019 16:00:14 Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quadril CRM-REC-12.111 TEST 14047
15/11	Aceite espalado Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quadril CRM-REC-12.111 TEST 14047
16/11	Aceite espalado Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quadril CRM-REC-12.111 TEST 14047
17/11	Aceite espalado Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quadril CRM-REC-12.111 TEST 14047 Mônica Saba Mat. 15984
17/11/19	Paciente evolui consciente, orientado, verbaliza, ambula, aceita dieta e medicações, apre- tativo, analgésico e repouso, refere eliminações fisiológicas presente, ausência de urgência, sem queixas no momento, mantido curativo

Nome:

F^w Bruno Lina

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 18/11/19

EVOLUÇÃO

Monte a ATR nasceram corrigem por curvatura

Dr. Humberto Nogueira
Traumatologia
CRM 7879

V F.B.L. 1.º grau, H.D.: P.O. L.C. de palmo exposto em
H M.D. Estável, consciente, orientado, verbalizando, normoventilando, normoventilando
H Segue em observação. Aguarda cirurgia de urgência.

Ely R. Rezende
UM 33135

A 1.º grau

Dr. Roberto Nogueira
Traumatologia
CRM 7879

20/11/19

Amigo Suspeito de metano de ruído
em fita cirúrgica

Dr. Aprimoramento de. parte mais

HOSPITAL DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
ESTADO DE SÃO PAULO COM ORIGINAL

Dr. Roberto Nogueira
Traumatologia
CRM 7879

Dr. Roberto Nogueira
Traumatologia
CRM 7879

Mat: 15084

20 Pot. sexo m, 27an, 9º DIN por fratura exposta de MID. Evolui
H consciente, orientado, bom EG, verbalizando, normoventilando, normoventilando
H tônico, hemodinamicamente estável. Segue em cuidados
H da equipe.

Bruna Kelly Gonçalves Almeida
COREN 289225-ENF

Prontuário

DATA	EVOLUÇÃO
21/10	Fratura exposta
	com fratura exposta
22/11	Exame físico
	Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica CREMEC - 12.344.772-1/AN47
22/11	Exame físico
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500
22/11	Pt. sexo M, 27a, 11.º DIA por fr. exposta de pé D. Evolveu consciente, orientado, bom EG, sem queixas. Aguarda procedimento cirúrgico. Segue aos cuidados da equipe.
23/11	Exame físico
	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. limpa e seca após curativo. Presença de sujidade no pé.
24/11	Exame físico
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4500
24/11	F.B.L. 27a, masculino, 12.º DIA por 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.

Paulo Dias
CRM - MÉDICO (A)

CRM - MÉDICO (A)

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	<i>Prontuário 15030, por exames, se internar</i>
25/11/19	<i>Por fratura exposta de M.D. Evolui consciente, orientado, bom EG, nega queixas. Segue aos cuidados da equipe em antibioticoterapia.</i>
26/11/19	<i>1. B.L. 27 anos 15º-DIH por fratura exposta de M.D. Evolui consciente, orientado, cooperativo, calmo, consilia repouso, dieta líquida, higiene pessoal, segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</i>
27/11/19	<i>Prontuário 15030, por exames, se internar</i>

Dr. Hilário
Fisioterapia
CRF 7879

Dr. Roberto Mendes
Ortopedia - Traumatologia
CRM 38525-ENF

Dr. Roberto Mendes
Ortopedia - Traumatologia
CRM 38525-ENF

Dr. Hilário
Fisioterapia
CRF 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 leve e repouso, refere eliminações fisiológicas presente, segue aos cuidados da equipe. Jéssica Dutra
29/11	Planta de Fratura Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
30/11	Planta de Fratura Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
30/11/19	De alta após visita médica 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 & Füll
Optik und Technologie
CEMEC-100

ATTESTO CHE COPIA CORRETTA DELL'ORIGINALE

10/10/19

MaL15984

Printed by

NOTARIA ESPECIAL DEL DPT. GUAYAMA, GUAYAMA, P.R.
AUTENTICO POR CÚPIA CONTRA CUI EXHIBIDA

Mónica Saba

Mónica Saba

Mat.15384

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAME - Serviço de Atendimento Móvel de Emergência

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir registrada pela informação.

NOME:

Fr Bruno Donna

14 May 58 - 55

IDADE:

END:

LEITO:

Nº. PRONTUÁRIO:

	Glicemias	Insulinas	Rub
11:			
19:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS	
HORÁRIO:	75 30 20:15 21:40
P.A.:	-180x43 97x50
TEMP.°:	35,4
P./MIN.:	80 53 bpm
M.V./MIN.:	ST 6 bpm 40%

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./Dieta)
11/11	1. Dexametasona 2 mg de 8h a 16h 2. Estronita 4g de 6h a 18h 3. Gentamicina 340mg + 870.91 4. Dexametasona 2mg + 870.91 5. Insulina 40u + 870.91 6. Insulina 40u + 870.91 7. Gentamicina 340mg + 870.91 8. Dexametasona 2mg + 870.91	16h a 18h 18h a 20h 20h a 22h 22h a 24h 24h a 26h 26h a 28h 28h a 30h 30h a 32h	20/11/19 - 15230 Paciente em estado de consciência, com resposta adequada a estímulos verbais e físicos. Não há alterações significativas no estado de consciência. Não há alterações no nível de consciência.	
	9. Insulina 40u + 870.91 10. Dexametasona 2mg + 870.91 11. Gentamicina 340mg + 870.91 12. Dexametasona 2mg + 870.91 13. Dexametasona 2mg + 870.91 14. Dexametasona 2mg + 870.91 15. Dexametasona 2mg + 870.91 16. Dexametasona 2mg + 870.91 17. Dexametasona 2mg + 870.91 18. Dexametasona 2mg + 870.91 19. Dexametasona 2mg + 870.91 20. Dexametasona 2mg + 870.91 21. Dexametasona 2mg + 870.91 22. Dexametasona 2mg + 870.91 23. Dexametasona 2mg + 870.91 24. Dexametasona 2mg + 870.91 25. Dexametasona 2mg + 870.91 26. Dexametasona 2mg + 870.91 27. Dexametasona 2mg + 870.91 28. Dexametasona 2mg + 870.91 29. Dexametasona 2mg + 870.91 30. Dexametasona 2mg + 870.91 31. Dexametasona 2mg + 870.91 32. Dexametasona 2mg + 870.91 33. Dexametasona 2mg + 870.91 34. Dexametasona 2mg + 870.91 35. Dexametasona 2mg + 870.91 36. Dexametasona 2mg + 870.91 37. Dexametasona 2mg + 870.91 38. Dexametasona 2mg + 870.91 39. Dexametasona 2mg + 870.91 40. Dexametasona 2mg + 870.91 41. Dexametasona 2mg + 870.91 42. Dexametasona 2mg + 870.91 43. Dexametasona 2mg + 870.91 44. Dexametasona 2mg + 870.91 45. Dexametasona 2mg + 870.91 46. Dexametasona 2mg + 870.91 47. Dexametasona 2mg + 870.91 48. Dexametasona 2mg + 870.91 49. Dexametasona 2mg + 870.91 50. Dexametasona 2mg + 870.91 51. Dexametasona 2mg + 870.91 52. Dexametasona 2mg + 870.91 53. Dexametasona 2mg + 870.91 54. Dexametasona 2mg + 870.91 55. Dexametasona 2mg + 870.91 56. Dexametasona 2mg + 870.91 57. Dexametasona 2mg + 870.91 58. Dexametasona 2mg + 870.91 59. Dexametasona 2mg + 870.91 60. Dexametasona 2mg + 870.91 61. Dexametasona 2mg + 870.91 62. Dexametasona 2mg + 870.91 63. Dexametasona 2mg + 870.91 64. Dexametasona 2mg + 870.91 65. Dexametasona 2mg + 870.91 66. Dexametasona 2mg + 870.91 67. Dexametasona 2mg + 870.91 68. Dexametasona 2mg + 870.91 69. Dexametasona 2mg + 870.91 70. Dexametasona 2mg + 870.91 71. Dexametasona 2mg + 870.91 72. Dexametasona 2mg + 870.91 73. Dexametasona 2mg + 870.91 74. Dexametasona 2mg + 870.91 75. Dexametasona 2mg + 870.91 76. Dexametasona 2mg + 870.91 77. Dexametasona 2mg + 870.91 78. Dexametasona 2mg + 870.91 79. Dexametasona 2mg + 870.91 80. Dexametasona 2mg + 870.91 81. Dexametasona 2mg + 870.91 82. Dexametasona 2mg + 870.91 83. Dexametasona 2mg + 870.91 84. Dexametasona 2mg + 870.91 85. Dexametasona 2mg + 870.91 86. Dexametasona 2mg + 870.91 87. Dexametasona 2mg + 870.91 88. Dexametasona 2mg + 870.91 89. Dexametasona 2mg + 870.91 90. Dexametasona 2mg + 870.91 91. Dexametasona 2mg + 870.91 92. Dexametasona 2mg + 870.91 93. Dexametasona 2mg + 870.91 94. Dexametasona 2mg + 870.91 95. Dexametasona 2mg + 870.91 96. Dexametasona 2mg + 870.91 97. Dexametasona 2mg + 870.91 98. Dexametasona 2mg + 870.91 99. Dexametasona 2mg + 870.91 100. Dexametasona 2mg + 870.91			

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 do coto 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 fêmur
CID - S92.3

e submeteu-se a tratamento(s):

cirurgia
medicamentos e fixação do fêmur
placa e parafusos

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

100%
dor e desconforto
movimentos claudicante
falta de amplitude
de movimentos de membros
inferiores e membros superiores
e de membros inferiores.
Incapacidade funcional
permanente.
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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

FRANCISCO BRUNO LIMA

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