



## 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:** SUBSTABELEECIMENTO\_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.

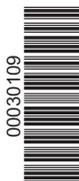
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 045378853-00 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: 045378853-00  
7 - Profissão: AVIACIONADO 8 - Endereço: RUA OSCAR FRANCA 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 CADASTRAIS

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: NFON  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 (nascidos)?  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.

NÃO ALFABETIZADO

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 \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

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  
at - Bruno Lima  
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: 045378853-00 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: 045378853-00  
7 - Profissão: AVULSO 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 POUAPANÇA (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: NFON  
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

Francisco Bruno Lima  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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:**

*AFCO Bruno Lima*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*Maria das Gracas*

**MÁRIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7**

*x F. Carolina Uchoa de L*

*[Large handwritten signature]*



**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**

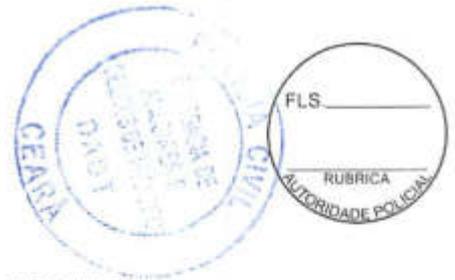
AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE ERA O GARUPEIRO, QUE QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA ECS-7038/CE, ERA FRANCISCO LEONARDO CUNHA LEAL, HABILITAÇÃO CNH Nº 04585246957, CATEGORIA "AB", DETRAN/CE; QUE TRAFEGAVAM PELA RUA TENENTE FRANCISCO PAIVA QUANDO O PILOTO REDUZIU A VELOCIDADE 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**

*FCO Bruno Lima*

# 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: 045378853-00 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: 045378853-00  
7 - Profissão: AVIACIONADO 8 - Endereço: RUA OSCAR FRANCA 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 CADASTRAIS

**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: NFON  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

**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.

MORTE

**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 (nascitor)?  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.

NÃO ALFABETIZADO

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 \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

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  
atc Bruno Lima  
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: 045378853-00 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: 045378853-00  
7 - Profissão: AVULSO 8 - Endereço: RUA OSCAR FRANCA 9 - Número: 1205 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: GRANJA LISBOA 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 POUAPANÇA (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: NFON  
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, Fortaleza, CE, 16 de fevereiro de 2020

Francisco Bruno Lima  
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 Fortaleza

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

OCCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA <b>PACIENTE REFERE TRAUMA EM MID, APÓS QUEDA DE MOTO. EXPOSIÇÃO ÓSSEA (?)</b>	MOTIVO <b>AValiação TRAUMATOLÓGICA</b>
SINTOMAS <b>NI</b>	ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>

PESO <b>NI KG</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>	SAT O2 <b>NI%</b>	PULSO <b>NI</b>	GLUCEMIA <b>NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ALERGIAS <b>NEGA</b>	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA</b>		
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>11/11/2019 11:49:09</b>				

ÁREA DE ATENDIMENTO: **TRAUMATOLOGIA**

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO: **Franura exposta metatarsiana**

DATA DO PROCEDIMENTO: **11/11/2019**

RAIC-X: **305090200**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO: **pe D AP / alginato**

APRAZAMENTO: **PP**

TIPO DE ALTA/SOLICITAÇÃO

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: **11/11/2019 11:49:13**

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: **Dr. Glauber Roberto Barreto**

Atte do traumatologista

Francisco Bruno Lima

7 ano em 11/11/2019

Dr. Glauber Roberto Barreto  
TRAUMATOLOGIA  
CREME 2250 - TEOT 11057

Francisco Bruno Lima

11/11/2019

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

CONDUTA:

1 - ALTA:  DECISÃO MÉDICA  A PEDIDO  A REVELIA  TRANSPERÊNCIA

RENOVIDO PARA: \_\_\_\_\_

GUIA Nº \_\_\_\_\_

DATA E HORA DA ALTA: 11/11/19 HORA: \_\_\_\_\_

1 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h)

DATA E HORA DA ALTA: L.L HORA: \_\_\_\_\_

2 - INTERNAÇÃO

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: L.L HORA: \_\_\_\_\_

Dr. Glauce Oliveira Barreto  
CRM 2230 - 1501 11051  
CREME 2230 - 1501 11051

ASS. DOUTOR MÉDICO

PARA ÓBITO

CAUSA DO 1º SOCORRO  NÃO  SIM

DATA ÓBITO: L.L 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 RESPONSÁVEL

ASS. DO MÉDICO E CARIÓTIPO

INFORMAR NOME DO LÍVRE DOMICÍLIO DE GLAUCÊ  
DEBEM SER COPIAS COM O ORIGINAL

*P.P. Ana Paula*  
Mônica Sampaio

Mat. 15984

1210003370



SUS Sistema Único de Saúde  
CCI - Central de Controle de Internação  
INSTITUTO HOSPITAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PREFEITURA DE FORTALEZA - FORTALEZA - CEARÁ  
AV. Doutor Pedro nº 2217 - Parangaba - CEP 44.026-000  
Fortaleza - Ceará  
Telefone: (85) 3439-7332

CENTRAL DE SUPERVISÃO E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERRPIM - CERR - PRF  
**LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)**

N.º LAUDO: \_\_\_\_\_ Nº 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 BARROS LIMA  
ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA OSCAR FRANÇA Nº 1205  
BAIRRO: BOM JARDIM MUNICÍPIO: FORTALEZA UF: CE CEP: \_\_\_\_\_  
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

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA OMOPOSTA ROTACIONADA (D)

INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: NECESSIDADE DO UNICID

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS: Os exames de Raios X e Radiológico

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA ROTACIONADA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TPO UNICID

CRM - MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Dr. Antonio Luiz Sales Gonçalves  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia Quarta

NOTEM: ENTENDA SE ESTE LAUDO DE CULLEN  
ACEITA QUE COPIE COM O ORIGINAL  
P. P. Ana Paula  
Médica Sênior  
MIL 1384

①

CONFIDENTIAL





Nº de Inscrição:

006299407

## DADOS DO CLIENTE

Nome: **JANIEU LIMA**Endereço: **RUA OSCAR FRANCA, 1205, GRANJA LISBOA**Cidade: **FORTALEZA**CEP: **60540-375**

Endereço

Cidade

Local: **001** Setor: **088** Quadra: **0065** Lote: **0237** Complemento: **0000**

BICÓDIGOS

Residência: **001** Comercial: **000** Industrial: **000** Póster: **000**

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: **ÁGUA** Medição: **A039063497** Outros Serviços: **557** Leituras Anuais: **563** Volume: **0** Média Semestral: **3**

## DATA

Lançamento: **19/11/2019** Fim de Abat: **19/11/2019** Valor Água: **213640**  
Lançamento: **16/10/2019** Próximo Lanç: **16/12/2019** Valor Taxas: **30490**QUANTIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: **09/2019**

Mês de Análise	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Exatidão Calc.
Setembro	526	526	125	526	526
Outubro	529	529	529	529	529
Exatidão Média	529	529	526	516	529

## MEDIÇÕES / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): **9 m3** | META: **10 m3**.Constatamos débito de **R\$ 263,72**. Se pago, desconsiderar.RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) NO SITE CAGECE

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

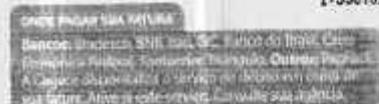
Valor (R\$)	HISTÓRICO DE PAGAMENTOS	Valor (R\$)
<b>26,30</b>	ÁGUA	<b>26,30</b>
<b>22,64</b>	ESGOTO	<b>22,64</b>
<b>30,35</b>	PARCELAMENTO DE DEB	<b>30,35</b>
<b>1,54</b>	JUROS DE 0,033% AO DIA	<b>1,54</b>
<b>1,82</b>	MULTA DE 2%	<b>1,82</b>

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

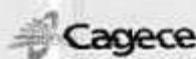
Descrição	Valor (R\$)	Valor (R\$)
PTS	0,81	<b>107,49</b>
COFINS	4,03	<b>23,04</b>
		<b>VALOR TOTAL A PAGAR</b>

RECEBAMOS  
**11/2019**VENCIMENTO  
**06/12/2019**TOTAL A PAGAR (R\$)  
**84,45**

I:358162079177867 L:8185 N:11:26:14 R:060 P:001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ARCEL** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do CearáLocalização: **ARCEL** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do CearáCidade: **0800 275 3838**. Ouvidoria estadual: **153**. Venda: **ARCEL** - [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br)Mais informações pelo telefone: **0800 275 3838**, nas lojas de atendimento, de **8h às 17h**, no site: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou via **0800 275 3838**, de **8h às 12h** e **13h às 17h**.

Fatura Mensal

Via Internet  
armazenada

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: **006299407** Código de Residência: **0065** 0237 Município: **11/2019**  
Local: **001** Setor: **088** Quadra: **00** Lote: **0237** Complemento: **0000**  
Nome: **FORTALEZA** Vencimento: **06/12/2019** Total (R\$): **84,45**

826200000006 6 84450008600 4 00629940701 2 03005822015 0





Nº de Inscrição:

006299407

DADOS DO CLIENTE

Nome: JANIEU LIMA
End. Cliente: RUA OSCAR FRANCA, 1205, GRANJA LISBOA
Cidade: FORTALEZA
CEP: 60540-375
Local: 001
Sublocal: 00
Quadra: 0065
Lote: 0237
Carga: 0000

ECONOMIA

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: AGUA
Medidor: A03S063497
Leitura Anterior: 557
Leitura Atual: 563
Volumen: 6
Média Semestral: 3

DATA:

Leitura Atual: 19/11/2019
Leitura Anterior: 16/10/2019
Arquivo: 19/11/2019
Proxima Leitura: 18/12/2019
Litros Água: 213640
Litros Equiv.: 30937

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Table with 6 columns: Tipo de Amostra, Cloro, Turbidez, Cor, Coliformes Totais, Escherichia Coli. Rows include Englobada, Análises, and Em conformidade.

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.
Constatamos debito de R\$ 263,70 não pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA ÁGUA: Verificar no site CAGECE

(85) 98750-9400

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Table with 5 columns: Descrição, Valor (R\$), Histórico de Volums (Mês/ano), Água (m³), Especificação. Includes rows for AGUA, ESGOTO, PARCELAMENTO DE DEB, JUROS DE 0,033% AO DIA, and MULTA DE 2%.

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Table with 4 columns: Descrição, Valor (R\$), Descrição, Valor (R\$). Includes rows for IPTU, COFINS, VALOR DO SERVIÇO, VALOR DO SUBSÍDIO, and VALOR TOTAL A PAGAR.

MES/ANO: 11/2019

VEN/ANO: 06/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$): 84,45

I:358162079177807 L:8185 H:11:26:14 R:060 P:001

ONCE PAGAR SUA FATURA

Banco Bradesco, BNPar, Itaú, Bradesco, Caixa, Fomento Federal, Santander, Bradesco, Caixa, Bradesco.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta a sua fatura. Ative o este serviço. Consulte sua agência.



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 de Fomento, Assistência: 0800 125 1010.
Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados em Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 3838, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via de depósito bancário

358162079177807 - 8185

DADOS DO CLIENTE: 006299407
End. Cliente: 001
Sublocal: 00
Quadra: 0065
Lote: 0237
Carga: 0000
Cidade: FORTALEZA
Arquivo: 06/12/2019
Total (R\$): 84,45

82620000000 6 84450009600 4 00629940701 2 03005822015 0



feitura Municipal de Fortaleza  
Prefeitura de Fortaleza

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

OCCORRÊNCIA

LOCAL (A OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA <b>PACIENTE REFERE TRAUMA EM MID. APÓS QUEDA DE MOTO. EXPOSIÇÃO ÓSSEA (?)</b>	MOTIVO <b>AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA</b>
SINTOMAS <b>NI</b>	ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>

SINAIS VITAIS

PESO <b>NI KG</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>	SAT O2 <b>NI%</b>	PULSO <b>NI</b>	GLUCOSE <b>NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ALERGIAS <b>NEGA</b>	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA</b>		
DI <b>ELHO</b>	ÁREA ATENDIMENTO <b>TRAUMATOLOGIA</b>			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>11/11/2019 11:49:09</b>

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Trauma em mid. D*  
*Dr. Antonio Luiz de Jesus Gomes*  
*Ortopedia - Traumatologia*  
*Cirurgia Quadril*

DIAGNÓSTICO **França costela costurada** PROCEDIMENTO **203020200**

RAIO X **203070200**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO <b>pe D AP / oblique</b>	APRAZAMENTO <b>Dr. Glaura Roberta Barreto</b> <b>TRAUMATOLOGIA</b> <b>CREME-250 - TECT 11657</b>
TIPO DE ALTA/SUA <b>Resposta em 12 dias</b> <b>Re um atropia (sem efeito) -&gt; re + rsc</b>	

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 **11/11/2019 11:49:13** CATEGORIA E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso 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.

*Ata de transcrição*  
*Francisco Bruno Lima*  
FRANCISCO BRUNO LIMA

*Pronto 1º fratura em pé D +*  
*dois fraturas. tratamento*  
*ortopedico*  
tn://172.30.56.201/sigis/public/relatorio/index/rac/id/296703 11/11/2

12+0003370



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

SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PREFEITURA DE PORTALEZA  
AV. Celso de Faria nº 1117 - Paralela - CEP: 66.224-600  
Fortaleza - Ceará  
Telefone: (85) 3133-1332

CENTRAL DE REGULAGEM E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE PORTALEZA - CERRAP  
**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 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: 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

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA DO PÉ ANTERIOR METATARSO ①  
INDICAR, ENTRE OS LÍMITES DE VALIDADE, A DATA DA QUAL DEVERÁ SER ORIGINAL

INDICAR AS SITUAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: NECESSIDADE DO CIRÚRGICO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS**

do Clínico + do Radiológico

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA METATARSO  
TIPO DE CLÍNICA: 1.  CIRÚRGICA 2.  OBSTÉTRICA  
3.  CLÍNICA MÉDICA 4.  TISIOPEUMOL  
5.  PSIQUIÁTRICA 6.  PEDIÁTRICA  
9.  OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TPO CIRÚRGICO

CRM - MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Dr. Antonio Luiz de Sousa Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia Quilodermica

**FOLHA DE ANESTESIA**

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

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

Ap. Respiratório:	<u>NOU</u>	Asma:	Bronquite:
Ap. Circulatório:	<u>NOU</u>	Eletrocardiograma:	
Ap. Digestivo:	<u>NOU</u>	Estado Mental: <u>aguardado</u>	Dentes:
Estado Mental:	<u>aguardado</u>	Atarácicos:	Pesoçoço:
Diagnóstico Pré-operatório:	<u>fx exposta pi</u>	Corticóides:	Ap. Urinário:
Anestésias Anteriores:	<u>fx exposta pi</u>	Alergia: <u>Negc</u>	Hipotensores:
	<u>Negc</u>	Estado Físico: <u>JG</u>	Risco:

Indicação Pré-anestésica: ch22 Aplicadas às: Efeito:



**INDUÇÃO**

Etar: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tosses: \_\_\_\_\_  
 Laringe exposta: \_\_\_\_\_ Laringe: \_\_\_\_\_  
 Náusea: \_\_\_\_\_ Vômito: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

- MANUTENÇÃO**
- 1) ~~Propofol~~ Chave: intercalat
  - + mont - AVF para HSE
  - 2) Midazolam 4mg IV
  - 3) Cefotaxima 1g IV
  - 4) Gentamicina 240mg IV
  - 5) Kanamicina 50mg IV
  - 6) Detrol 10mg IV
  - 7) Bronopulva 10mg IV
  - 8) Ringer L3-4mg para
  - chave 270 LLA chave
  - 17.7mg bupivacaína +
  - 80mg morfina
  - 9) SPOA

Anestesia Subst:  Sim  Não  
 Não, por quê? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**

Referido na S.O.: \_\_\_\_\_  
 Oxi: \_\_\_\_\_ CO2: \_\_\_\_\_ Exat: \_\_\_\_\_  
 Náusea: \_\_\_\_\_ Vômito: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

Condições:  Para o leito  em 24h

INDICAÇÃO: DDH

Agente: Ville Montenegro

Técnica: Ringer + sedação

Operação: fx exposta pi

Cirurgiões: Dr. Glauco

Anestésistas: \_\_\_\_\_

Observações: (circled symbol)

Cânulas: Ø

Perda Sanguínea: \_\_\_\_\_

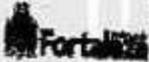
*[Handwritten signatures and stamps]*

Assistente Social: \_\_\_\_\_

Nº: 15984



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



REGISTRO NACIONAL DE FORTALEZA - ESTADUAL EM FORTALEZA  
PROFESSOR DR. FORTALEZA  
AV. Celso de Figueiredo nº 1217 - Fortaleza - CEP 61.226-000  
Fone/Fax: 3101-1217  
Telefax: (85) 3101-1217

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIT (LM)

N.º LAUDO: \_\_\_\_\_ Nº de AIT: **231910356606**

UNIDADE HOSPITALAR: **HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA** CGC / CNPJ: **07.835.044 / 0002-61**

**DADOS DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE: **FRACISCO BRUNO LIMA**

ENDEREÇO DO PACIENTE: **RUA: OSCAR FRANÇA Nº 1205**

BAIRRO: **BOM JARDIM** MUNICÍPIO: **FORTALEZA** UF: **CE**

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: **29/11/2019**

**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  
ASSINAT. QUE DEVE COINCIDIR COM ORIGINAL

*[Handwritten Signature]*  
Mônica Sales  
Médica

**INDICAÇÕES 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

PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE METATARSO e TENOPLASTIA**

TO

CRM - MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ DATA: **29/11/2019** HORA: \_\_\_\_\_

*[Handwritten Signature]*  
CRM: 14.400  
Otorrinolaringologista  
CREMEL: 14.400



**FOLHA DE ANESTESIA**

Nome: Francisco Bruno Lima

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

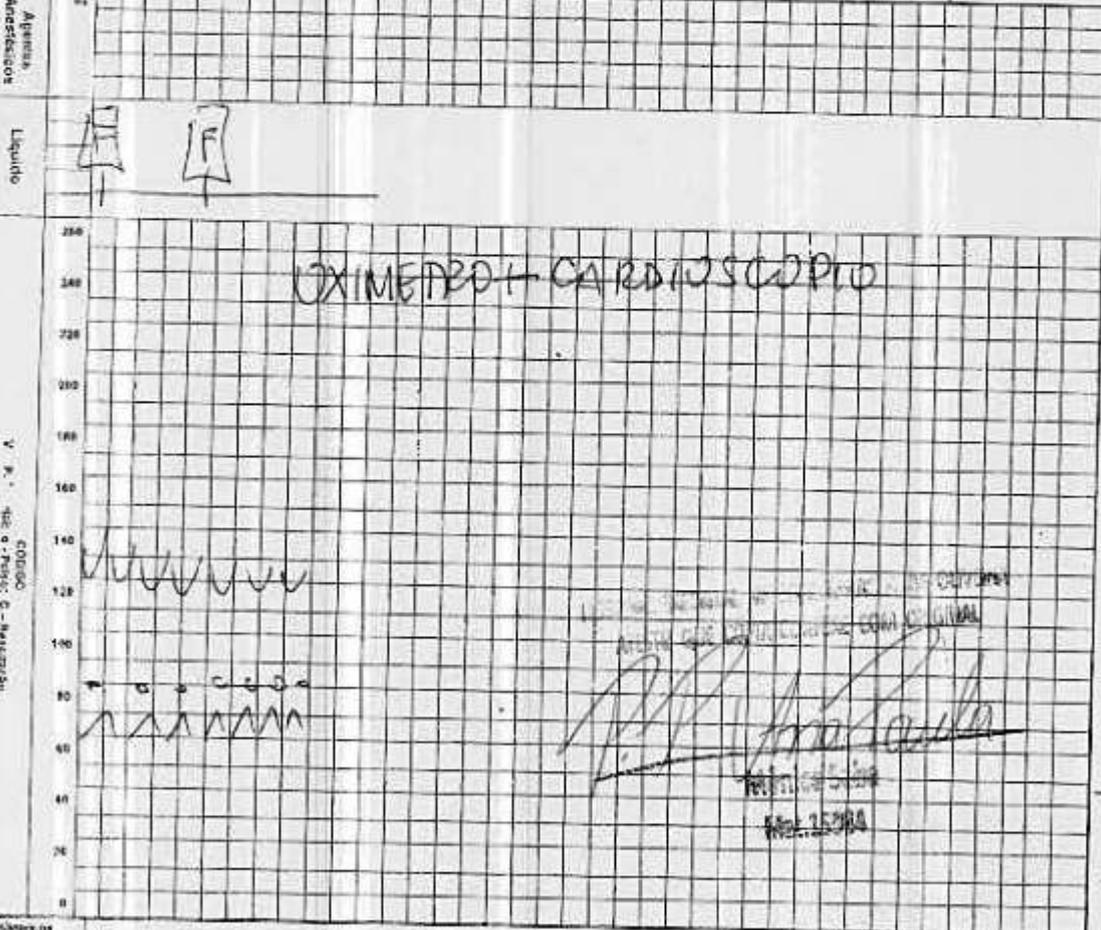
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

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:
Estado Mental: <u>Lúcido</u>	Atarácicos:	Corticóides:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>fract. 3º metatarsos D + lesão tendão</u>	Estado Físico: <u>ASA I</u>	Risco: _____

anestesias Anteriores: \_\_\_\_\_

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



**INDUÇÃO**

Colar: \_\_\_\_\_ Exal: \_\_\_\_\_ Tense: \_\_\_\_\_  
 Laringe exposta: \_\_\_\_\_ Lóxia: \_\_\_\_\_  
 Náusea: \_\_\_\_\_ Vômitos: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

- MANUTENÇÃO**
- ① Mascit
  - ② Anesquia Puls
  - ③ Paccau 200 mg subcutâneo  
Lvl + inj. Nev. 0,5% 15 mg
  - ④ Cefazolina 1g IV  
800

Anestesia Geral:  Sim  Não  
 Não, por quê? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**

Reflexos de B.O.: +  
 Oclor: \_\_\_\_\_ CO2: \_\_\_\_\_ Exal: \_\_\_\_\_  
 Náusea: \_\_\_\_\_ Vômitos: \_\_\_\_\_  
 Diátese: \_\_\_\_\_

Com cântula: \_\_\_\_\_  
 Para o luto:  Sim  Não

**CONDIÇÕES:** boa

SÍMBOLOS E ABREVIATURAS: \_\_\_\_\_  
 MARCA: 2

Agentes: Nitroxi 0,5% 10mls  
 Técnica: Raqueiaurestesia  
 Operação: 170' cir. fract. metatarsos + lesão de tendão  
 Cântulas: \_\_\_\_\_  
 Cirurgiões: M. Glauter + M. Rafael  
 Anestesiologistas: M. Francisco Andrade Lima  
 Observações: \_\_\_\_\_

*[Stamp: Junta Médica de Anestesiologia - 2019-2020]*

Perda Sanguínea: \_\_\_\_\_



Nome:

F.ª *Reuma 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 (15006)	<p># FRATURA SOBRIA OSSOS PE (D)</p> <p>11/11 EXAMINADO AO C.C.</p> <p>Procedimento realizado em interconsulta em VIM</p> <p>11/11/19 às 21:40hs paciente admitido na SRPA por POI de fratura cirúrgica de fratura exposta em PE D. Sob anestesia raquídea alonga medicamentosa, D. 1 H. 45. Ex. de consciência, orientado, verbalizando, supino em ar ambiente. AP em ASE, funcionamento e sem sinais fisiológicos. Curativo limpo. Eliminação fisiológica e adequada no período seguiu as atividades da equipe.</p> <p><i>Diagnóstico: Fratura exposta</i></p>
12/11/19	<p># Enfisema - Admissão - Posto 1# - 17A - Paciente, foi admitido após avaliação de internação, proveniente de SRPA, no P.O. 7 de tratamento cirúrgico de PE D, com paciente orientado verbalizando nome e endereço. Apresenta nível de consciência adequado sem sinais fisiológicos. Seguiu as atividades da equipe de enfermagem.</p>

Dr. Antônio Luiz...  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600

Dr. Gláucia Roberto Barreto  
Traumatologia  
CRM 4600 - TEO 1105

Enfermeira  
COREN-CE 066.623.011

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600

WANESSA ROCHA BEIRO  
ENFERMEIRA  
COREN-CE: 686.194

*[Handwritten signature]*

Nome:

F<sup>o</sup> 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	<p>Monte - AFB apresenta condições para curar</p> <p>Dr. Hilda <del>Trindade</del> <del>Neiroz</del> Tribunado de Medicina CRM 1879</p> <p>1) F.B.L. 27 anos, A.D.: P.O.L.C. de natureza exposta em MID. Estado estável, consciente, orientado, verbalizando, eupneico, normotenso, normo saturado. Segue em observação, aguardando evolução de fratura.</p> <p>Elyza Rezende CRM 3105</p> <p>2) Paciente evoluindo</p> <p>Dr. Rafael <del>Almeida</del> <del>Frederico</del> CRM 1879</p> <p>20/11/17</p> <p>Amigo suspenso para melhor de fratura no fêmur direito</p> <p>21) Apresenta melhora de parte moles</p>
	<p>HOSPITAL GERAL DO 1º DE ABRIL DE CURVIA ESTO QUE É CURVIA COM ORIGINAL</p> <p>Dr. Hilda <del>Trindade</del> <del>Neiroz</del> Tribunado de Medicina CRM 1879</p> <p>Dr. Rafael <del>Almeida</del> <del>Frederico</del> CRM 1879</p> <p>Mônica Silva Mat. 15284</p>
20/11/17	<p>20) Paciente suspenso para melhor de fratura no fêmur direito. Evolui consciente, orientado, bom EG, verbalizando, eupneico, normotenso, hemodinamicamente estável. Segue com cuidados de equipe.</p>

Dr. Rafael Almeida  
CRM 1879





**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: Fco Bruno Lima

Idade: 37

Horário	Sinais Vitais
11:00	20:15 41.40
14:00	100x130x80
17:00	80 35.4
20:00	80 35.4
23:00	80 35.4

DATA: 21/11 PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA: [Signature] HORAÇÃO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS: OK ENF.: [Signature] LETO: 104 Nº. PRONTUÁRIO: 58-55

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORAÇÃO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Incl. Dieta)
21/11	1. <u>ETA Zero 2 unid de 200 mg</u> 2. <u>ESTROTIUA 40 mg 664</u> 3. <u>GONAMICIN 300mg + 500g</u> 4. <u>PARANOL 600mg + 60 mg 664</u> 5. <u>INSULINA 400u + 800 u</u> 6. <u>TETRAHIDROPIRIDA 100mg</u> 7. <u>800 + 1000</u> 8. <u>EXAMINAR NO C.C.</u>	<u>15:30 - 15:30</u> <u>18:30 - 18:30</u> <u>OK</u>	<u>21/11/09 - 15:23</u> <u>Pronto atendimento</u> <u>Exame de urina, sangue, etc</u> <u>20:15 Paciente cons -</u> <u>deitado, orientado -</u> <u>NO C.C. PARA T.T CIRU-</u> <u>GIA DE FATURA</u> <u>EXPOSTA DO M.S.D.</u> <u>SUB- FEITO DE ADQUI-</u> <u>SIÇÃO DE FARMACIA PARA SE</u> <u>afio adquirida no S.E. que</u> <u>limpeza de ferida e após</u> <u>o teste curativo orientado</u> <u>por equipe de enfermagem</u>	<u>[Signature]</u>

Dr. Carlos Roberto de Souza  
 TRAFEGADO Nº 11957  
 CRM Nº 15314

Enfermeira



REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Francisca Bruno Lima

Data da Operação: 11/11/2019 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Operador: \_\_\_\_\_ 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ 3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Dr. Glaucia Roberto Barret  
TRAUMATOLOGIA  
CRM 8238 - TEOT 11057

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura exposta do pé direito

Tipo de Operação: limpeza cirúrgica 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) Acesso em ducto dorsal sob segurança
- 2) Limpeza + aspiração do MIO + compressão cirúrgica estéril
- 3) Alargamento de ferimento em dorso do pé direito
- 4) Desbridamento de bordas descoladas e regularização das bordas de ferida
- 5) Lavagem extensiva de cavidade com SAGS a 50°C
- 6) Imobilização provisória
- 7) Sutura + curativo + tala gesso

Dr. Glaucia Roberto Barret  
TRAUMATOLOGIA  
CRM 8238 - TEOT 11057

OBS: verificando grave mau estado de bordas estensas do pé direito, não se constatou condições para sutura completa da mesma

HOSPITAL DEUT, MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA  
ALTO DAS ÁGUAS, CENTRO, FORTALEZA

*[Handwritten Signature]*

Feitura Municipal de Fortaleza

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA 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 <b>FRANCISCO BRUNO LIMA</b>		Nº DO PRONTUÁRIO <b>394918</b>	Nº DO BE <b>296703</b>
CADUSIS <b>704300641758599</b>		DATA DO NASCIMENTO <b>21/01/1992(27 ANOS)</b>	SEXO <b>M</b>
DOCUMENTOS <b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 04537885300; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2002012037661</b>		RAÇA/COR <b>PARDO</b>	
NOME RESPONSÁVEL <b>NI</b>		NOME MÃE <b>JANIEU LIMA</b>	
MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>	UF <b>CE</b>	ENDEREÇO <b>RUA OSCAR FRANCA 1205 BOM JARDIM</b>	
CEP <b>60.543-366</b>		CONTATO <b>(00) 00000-000</b>	

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA <b>PACIENTE REFERE TRAUMA EM MID, APÓS QUEDA DE MOTO. EXPOSIÇÃO ÓSSEA (?)</b>	MOTIVO <b>AValiação TRAUMATOLÓGICA</b>
SINTOMAS <b>NI</b>	ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>

SINAIS VITAIS

PESO <b>NI KG</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>	SAT O2 <b>NI%</b>	PULSO <b>NI</b>	GLICEMIA <b>NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ALERGIAS <b>NEGA</b>	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA</b>		
CL. SAG. <b>ELHO</b>	ÁREA ATENDIMENTO <b>TRAUMATOLOGIA</b>			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>11/11/2019 11:49:09</b>

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Trauma em mid*  
Dr. ANGELO LUIZ FIGUEIRA GONCALVES  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia Quadril  
RUA 144 - TEOT 11057

DIAGNÓSTICO: **FRATURA OBLÍQUA DISTAL DO TIBIA**

DATA SOCIALIZADO:  HC  SU  US ABDOMINAL  TC CRANIO  RAIO-X  OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO <i>pe D AP / 04/05</i>	APRAZAMENTO <i>no prazo de 12 dias</i>
TIPO DE ALTA/BAIXA <i>Re sum atropia (sem ferida) -&gt; re + 04/05</i>	ASSINATURA DO MÉDICO <i>Dr. Glaucia Roberta Barreto</i> TRAUMATOLOGIA CREME 0230 - TEOT 11057

DECISÃO MÉDICA:  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: *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.

Assinatura do paciente: *Francisco Bruno Lima*

Assinatura do médico: *Francisco Bruno Lima*

Assinatura do enfermeiro: *Francisco Bruno Lima*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

CONDUTA:

1 - ALTA:  DECISÃO MÉDICA  A PEDIDO  A REVELIA  TRANSFERÊNCIA

REMOVIDO PARA: \_\_\_\_\_ GUIA Nº \_\_\_\_\_

DATA E HORA DA ALTA: 11/11/19 HORA: \_\_\_\_\_

1 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h)  DATA E HORA DA ALTA: 11 HORA: \_\_\_\_\_

2 - INTERNAÇÃO  Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 11 HORA: \_\_\_\_\_

3 - PARA ÓBITO  MÃO  SIM DATA ÓBITO: 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

RESERVA INDEVIDUAL Nº 1575 DEBENEFICIÁRIO DE OLIVENS  
FOLHA QUE DEBEM COMPARE COM ORIGINAL

*Ana Paula*  
Mônica Sampa  
Mat.15784

Dr. Glauco Roberto Barros  
CRM 11111/19  
CREM 1230 - TECT 1152



SUS Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Interação



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - FORTALEZA - CEARÁ - BRASIL

# LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH: 9319103656584

UNIDADE HOSPITALAR: HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC/CNPJ: 07.835.044 / 0002-61

## DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: *Marcos Barroso Lima*

ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA: OSCAR FRANÇA Nº 1205

BAIRRO: Bom Jardim

MUNICÍPIO: FORTALEZA

UF: CE

DATA DO NASCIMENTO: 21/01/1992

SEXO: 1. MASC 2. FEM

CONDICÃO: 1. MASC 2. FEM 3. OUTRO

NOME DA MÃE: JANIEU LIMA

## DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE:

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

DATA DA EMISSÃO: 11/11/19

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

C. INT.:

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Prontuário do paciente*

INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Prontuário do paciente*

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS: *Prontuário do paciente*

DIAGNÓSTICO INICIAL: *Do Chiave + Do Amarelado*

TIPO DE CLÍNICA: 1. CIRÚRGICA 2. OBSTÉTRICA 3. CLÍNICA MÉDICA 4. FISIOTERAPIA 5. PSQUIÁTRICA 6. PEDIÁTRICA 9. OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Famula Nutricional*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE: *Dr. Antonio Lima*

CRM - MÉDICO SOLICITANTE:

DATA:

HORA:

Dr. Antonio Lima  
Otopediatria  
Otorrinolaringologia  
Cirurgia Geral

1240003376

①

CONTRACT

NO. 100

1904

CONTRACT

NO. 100

1904

CONTRACT

NO. 100

1904

CONTRACT

NO. 100

CONTRACT

NO. 100

CONTRACT

NO. 100





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		TIOPIENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO		Midone 0,2	AMP	01
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA	01			
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO	02			
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO	01			
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO		<b>SOROS</b>		
CETAMINA	ML		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO	
CISATRACURIO	AMPOLA		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	02
CLINDAMICINA	AMPOLA		SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO	
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA		SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO	
DEXAMETASONA	AMPOLA		SORO RINGER LACTADO 500ML	FRASCO	
DESLANOSÍDEO	AMPOLA	01	SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO	01
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA		FRUTOSE	FRASCO	
DIPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA		<b>SANGUE- HEMODERIVADOS</b>		
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA		PLASMA		
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA		SANGUE TOTAL		
ETOMIDATO	AMPOLA		CONCENTRADO DE HEMACIAS		
FENTANIL	AMPOLA		ALBUMINA		
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA		<b>MATERIAS DESCARTÁVEIS</b>		
HEPARINA	AMPOLA	01	CATETER VENOSO	UNIDADE	
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO		EXTENSOR	UNIDADE	
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO		EQUIPO DE SORO	UNIDADE	
IPILON	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	01
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA		TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE	01
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA	01			
NALOXONA	AMPOLA				

ANESTESISTA-CRM

  
 Ana Paula  
 Médica Sênior  
 Matr. 15384



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

PROFESSORIA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROFESSORES DO PARANÁ - SECRETARIA DE SAÚDE  
AV. Castelo de Paiva nº 2127 - Fortaleza - CEP 66.030-800  
Fortaleza - Ceará  
Telefone (85) 3333-7322



CENTRAL DE ORGANIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CCI - SUS - PMS

**LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)**

N.º LAUDO: \_\_\_\_\_

N.º de AIH: 231910356606

UNIDADE HOSPITALAR  
**HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA**

CGC / CNPJ  
**07.835.044 / 0002-61**

**DADOS DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE  
**FRACISCO BRUNO LIMA**

ENDEREÇO DO PACIENTE

**RUA: OSCAR FRANÇA Nº 1205**

394918

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

**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**

UNIDADE HOSPITALAR DE FORTALEZA DE OLIVEIRA

ESTE LAUDO DEVE SER ENTREGUE 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**

CIRÚRGICA

OBSTÉTRICA

CLÍNICA MÉDICA

TISIOPEUMOL

PSIQUIÁTRICA

PEDIÁTRICA

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. Henrique F. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15384

**FOLHA DE ANESTESIA**

Nome: Francisco Bruno Lima

Prontuário N°: \_\_\_\_\_

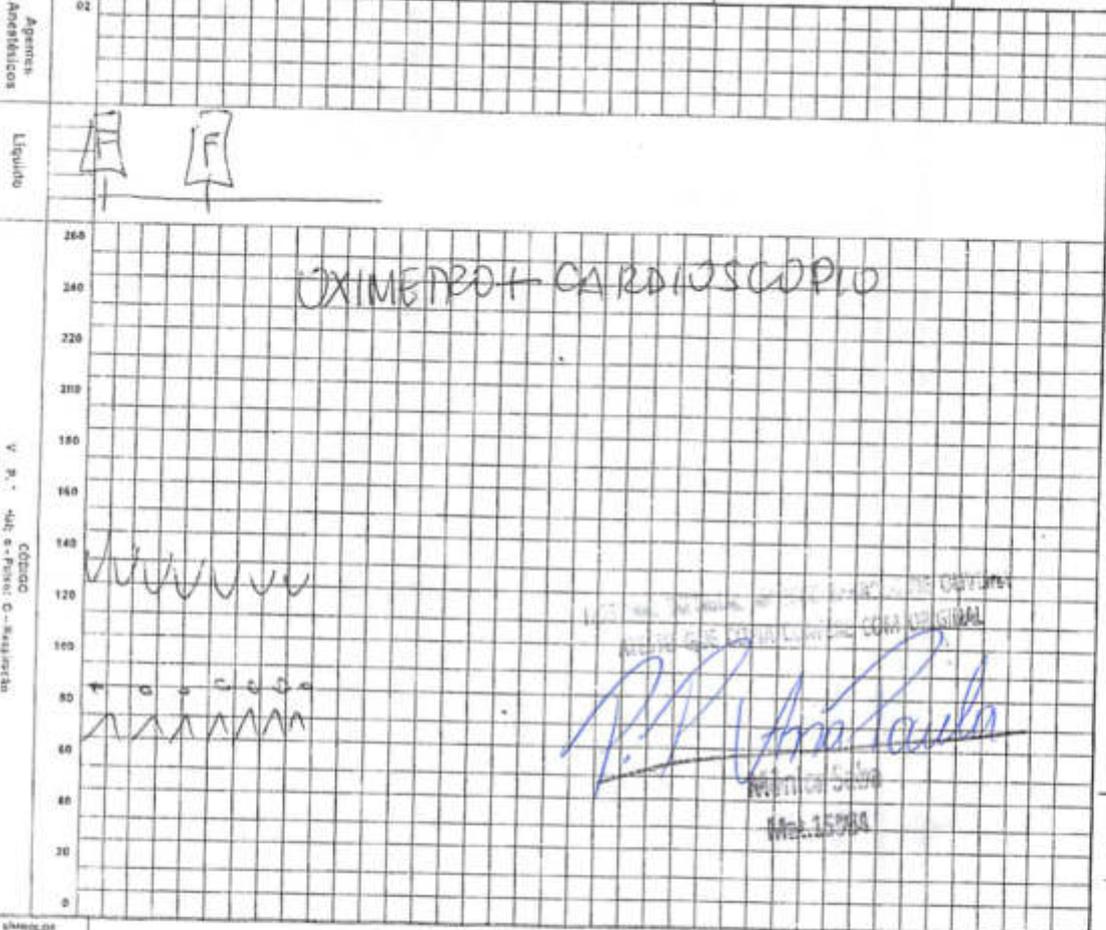
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data: <b>29/11/2019</b>	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:
Estado Mental: <u>Lúcido</u>	Corticóides:	Ap. Urinário:
Atarácicos:	Alergia:	Hipertensores:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>fract. 3º metatarsos D + lesão tendão</u>	Estado Físico: <u>ASA I</u>	Risco: _____

anestesias Anteriores: \_\_\_\_\_

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



**INDUÇÃO**

Sedat: \_\_\_\_\_ Exat: \_\_\_\_\_ Tosses: \_\_\_\_\_  
 Laring espásmo: \_\_\_\_\_ Lente: \_\_\_\_\_  
 Náusea: \_\_\_\_\_ Vômitos: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

**MANUTENÇÃO**

① Mascit.  
 ② Anespiq. Pis  
 ③ Paccaí sp. unbacon  
 lct + inj. Neoc. 0,5% p-  
 15mg  
 ④ Cefazolina 1g Na  
 son

Análise Satef:  Sim  Não  
 Não, por quê? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**

Reflexos no S.O. L  
 Oubr: \_\_\_\_\_ CO2: \_\_\_\_\_ Exat: \_\_\_\_\_  
 Náusea: \_\_\_\_\_ Vômitos: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

ANESTESIA E AVISOS: \_\_\_\_\_  
 RAZÃO: 2  
 Agentes: Nitroxiina 0,5% p-grads  
 Técnica: baixa pressão  
 Operação: Holcis anal. metatarsos + lesão de tendão  
 Cânulas: \_\_\_\_\_  
 Cirurgiões: M. Glencen + M. Rafael  
 Anestesistas: M. Francisco Andrade Lima Júnior  
 Observações: Andrade Lima Júnior - Médico Anestesiologista - CRM 15985 - 6088  
 Perda Sanguínea: \_\_\_\_\_

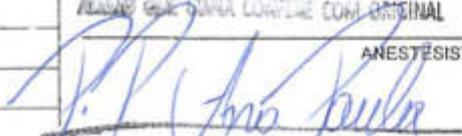
Com cânula: \_\_\_\_\_  
 Para o leito:  Sim  Não  
**CONDIÇÕES:** boa

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMIGACINA	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				
CEFALÓTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO		<b>SOROS</b>		
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		<b>SANGUE- HEMODERIVADOS</b>		
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA		PLASMA		
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA		SANGUE TOTAL		
ETOMIDATO	AMPOLA		CONCENTRADO DE HEMACIAS		
FENTANIL	AMPOLA		ALBUMINA		
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA		<b>MATERIAS DESCARTÁVEIS</b>		
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 TRACHEAL	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

ASSINATURA QUE SOMENTE COM O ORIGINAL

ANESTESISTA-CRM



Fortaleza, Ceará

08/01/2004





Nome:

F.ª *Rebecca 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 SOB SITA OSSOS PE (D) 11/11 EXAMINADO AO C.C.-
	Procedimento realizado em intercorrência em: VM
11/11/19	As 21:40hs paciente admitido na SRPA por P.O.I de fratura cirúrgica de fratura exposta em PE D. Sob anestesia raqui-epidural, alergia medicamentosa, DM e HAS. Excluído consciente, orientado, verbalizando, supine em ar ambiente. AVPM ASE funcionando e sem sinais fisiológicos. Curativo limpo. Eliminações fisiológicas ausentes no período seguiu as orientações da equipe.
	Diagnóstico: Fratura exposta
12/11/19	# Exame físico - Admissão - Posto 1# - 17A - Paciente, foi admitido nesta unidade de internação, procedimento de SRPA, no P.O.I de fratura cirúrgica de PE D, consciente, orientado verbalizando. Permaneceu hemodinamicamente estável sem sinais vitais. Seguiu as orientações da equipe de internação.

Dr. Antonio Luiz...  
Ortopedia - Traumatologia  
Liliana Quadri  
CRM 111.123.456

Dr. Gláucia Roberto Barreto  
TRAUMATOLOGIA  
CRM 220.1105

Elaine...  
Enfermeira  
COREN-CE 060.523.011

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600

WANESSA...  
ENFERMEIRA  
COREN-CE: 663.164

*[Handwritten signature]*  
Mônica Costa  
Mat. 15584

DATA	EVOLUÇÃO
13/11/19 9:45h	F.B.L, 27a, masculino. IH por PO de LC de fratura expor- ta com MZO. Grelha consciente, orientado, verbalizando. Aceita dieta por VO. CVP em MSE. Eliminações fisiológicas H. Sem queixas no momento. Segue aos cuidados da equipe
14/11	# FRATURA DISTAL da II metacarpiana esquerda  Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica CRM/REC - 17.111 REOT 14047
15/11	Aceite oral  Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia CRM/REC - 17.111 REOT 14047
16/11	Aceite oral  Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia CRM/REC - 17.111 REOT 14047
17/11	Aceite oral  Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia CRM/REC - 17.111 REOT 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, epiação urinária, sem queixas no momento, enviado curativo

Nome:

F<sup>co</sup> 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	<p>Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos</p> <p>Dr. Henrique Queiroz Traumatologia CRM 1879</p> <p>F.B.L. 27 anos, H.D.: 1.70 LC de natureza exposta em MID. Suspeita estável, consciente, orientado, verbalizando, eupneico, normotensivo, normossaturado. Seguir em observação aguardando curativos de fratura.</p> <p>Dr. Kelly Almeida CRM 225-ENF</p>
19/11/19	<p>Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos</p> <p>Dr. Kelly Almeida CRM 225-ENF</p> <p>Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos</p> <p>Dr. Kelly Almeida CRM 225-ENF</p> <p>Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos</p> <p>Dr. Kelly Almeida CRM 225-ENF</p>
20/11/19	<p>Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos</p> <p>Dr. Kelly Almeida CRM 225-ENF</p> <p>Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos</p> <p>Dr. Kelly Almeida CRM 225-ENF</p> <p>Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos</p> <p>Dr. Kelly Almeida CRM 225-ENF</p>

HOSPITAL DISTRICTAL Nº 1061 BARROCO DE CUIVIRA  
LUGAR QUE DÁ A CONTAR COM ORIGINAL

Dr. Kelly Almeida  
CRM 225-ENF

Dr. Kelly Almeida  
CRM 225-ENF

20/11/19 Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos

Dr. Kelly Almeida  
CRM 225-ENF

20/11/19 Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos

Dr. Kelly Almeida  
CRM 225-ENF

20/11/19 Prontuário em AFB mantendo conduta por curativos

Dr. Kelly Almeida  
CRM 225-ENF

Bruna Kelly Almeida  
CRM 225-ENF

DATA	EVOLUÇÃO
21/10	F. B. L. O. 27a, 11.º DIA por fratur. exposta de pé D.
	Evolui consciente, orientado, sem queixas.
	Segue aos cuidados da equipe.
22/11	<p>Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica REF. 17.344 / 1.4947</p> <p><i>Antônio Luiz Vieira Gonçalves</i></p>
22/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica CRM 4530</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
22/11	<p>Dr. Bruno Kellermann Almeida COP 2022-ENF</p> <p><i>Bruno Kellermann Almeida</i></p>
22/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
22/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
22/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>
23/11	<p>Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quirúrgica</p> <p><i>Roberto Mendes Rodrigues</i></p>

*Paula Dias*  
CRM - MÉDICO (A)

Nome:

Scº 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
25/11/19	<p>paciente acordado com nível para exames, se atende</p> <p>Dr. Hilário                      Frotinha de Parangaba                      Clínica de Fisiologia                      CRM 7879</p>
25/11/19	<p>1. Pac. masculino, 27a, 14º DIH por fratura exposta de M.D. Evolui consciente, orientado, bom EG, nega queixas. Segue aos cuidados da equipe em antibioticoterapia.</p> <p>Dr. Roberto Mendes Farias                      Frotinha de Parangaba                      Ortopedia - Traumatologia                      CRM 7879</p>
26/11/19	<p>1. B.L, 27, anos 15º DIH por fratura exposta de M.D. Evolui consciente, orientado, cooperativo, calmo, consilia sono e repouso, aceita dieta suprido em ambiente, refere eliminação fisiológicas presente, segue aos cuidados da equipe de enfermagem</p> <p>Dr. Roberto Mendes Farias                      Frotinha de Parangaba                      Ortopedia - Traumatologia                      CRM 7879</p>
27/11/19	<p>paciente acordado com nível para exames, se atende</p> <p>Dr. Hilário                      Frotinha de Parangaba                      Clínica de Fisiologia                      CRM 7879</p>

P. P. Ana Paula







**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:

Élcio Bruno Lima

Idade: 58-55

Idade: 57

ENF.:

LEITO: 104

Nº. PRONTUÁRIO:

	Glicemias	Insulinas	Rub
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS	
HORÁRIO:	15:30
P.A.:	20:15 / 11.60
TEMP.º:	100x132x50
P./MIN.º:	80 / 35.4
M.V./MIN.º:	80 / 53 / 40
	ST 06:00 / 40 e

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./Diet)
11/11	1. Dexam 200 + 1 unid de gta 1000 2. GEMFLOXIN 400 + 100 gta 3. GEMFLOXIN 400 + 100 gta 4. Dexam 200 + 1 unid de gta 5. Dexam 200 + 1 unid de gta 6. Tetraciclina 400 + 1 unid de gta 7. Ssa + CCG 8. ENXAMINAR NO C.C.	1. 15:30 2. 15:30 3. 15:30 4. 15:30 5. 15:30 6. 15:30 7. 15:30 8. 15:30	1. 15:30 - 15:30 2. 15:30 - 15:30 3. 15:30 - 15:30 4. 15:30 - 15:30 5. 15:30 - 15:30 6. 15:30 - 15:30 7. 15:30 - 15:30 8. 15:30 - 15:30	1. 15:30 2. 15:30 3. 15:30 4. 15:30 5. 15:30 6. 15:30 7. 15:30 8. 15:30
	9. Imuniza sars			

Dr. Gilson Roberto Bezerra  
ORTOPEDIA  
CRM: 5551 / FORT 11957

Enfermeira  
M. V. Lima

**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:			

K	RIO:			
P.A.:				
TEMP.º:				
P./MIN.:				
M.V./MIN.:				

105 (29/11)

NOME: <i>Franusco Bruno Lima</i>	IDADE: <i>27</i>	ENF.: <i>A</i>	LEITO: <i>104</i>	Nº. PRONTUÁRIO: <i>394 918</i>
-------------------------------------	---------------------	-------------------	----------------------	-----------------------------------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./Dieta)
<i>29</i>	<i>DIETA GERAL</i>	<i>10</i>	<i>Sau de alta fisi- talas as 11:00</i>	<i>R</i>
	<i>IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 HS</i>			
	<i>DIPIRONA 01 AMP+18 CC SF EV 6/6 HS SN</i>			
	<i>TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SN</i>			
	<i>SINAIS VITAIS</i>			
	<i>apoiado p m 6/0</i>			
	<i>[Signature]</i>			

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4630

HOSPITAL DISTRICTAL DA LOPE AMORIM DE OLIVEIRA  
RUBRICA  
*[Signature]*  
Médico  
Mód. 1004

Paciente: Francisca Bruno Lima

Data da Operação: 11/11/2019 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Operador: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Dr. Glaucio Roberto Barreto  
TRAUMATOLOGIA  
CRM 8250 - TEOT 11057

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura exposta do pé direito

Tipo de Operação: limpeza cirúrgica de fratura exposta do pé direito + estabilização por fixação com tala bota

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 sedação consciente
- 2) Antissepsia + anesio do MIO + compressão cirúrgica estéril
- 3) Abordagem de fratura em dorso do pé direito
- 4) Desbridamento de tecidos descolados e ressecamento do leito de fratura
- 5) Lavagem exaustiva de cavidade com SGO e álcool iodado
- 6) Desbridamento cirúrgico
- 7) Sutura + curativo + tala gessada

Dr. Glaucio Roberto Barreto  
TRAUMATOLOGIA  
CRM 8250 - TEOT 11057

Obs: lesão grave mecanismo de lesões extensas do pé direito, fratura em extensão aberta, natureza completa do osso

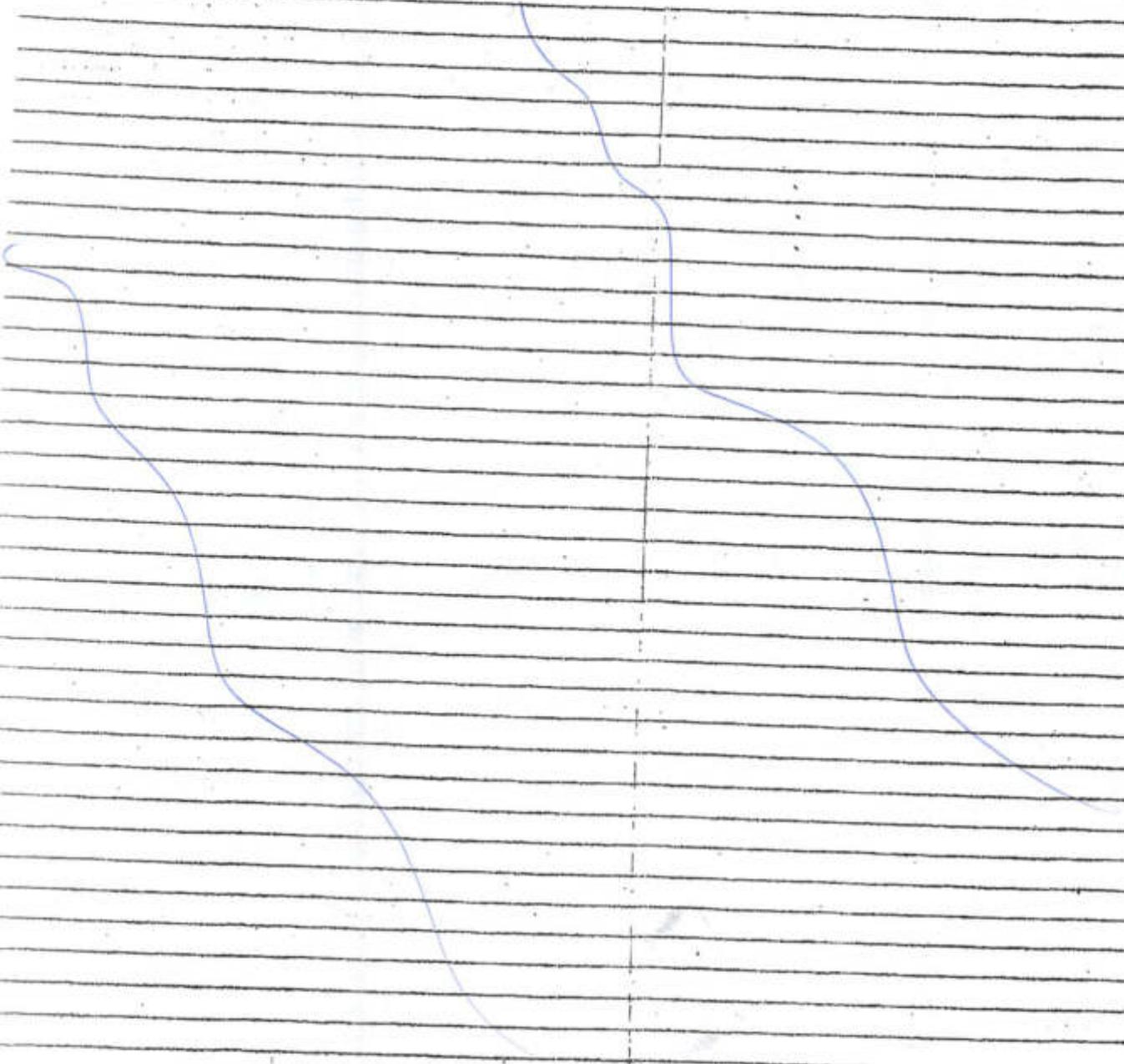
HOSPITAL SODR, MARIA JOSÉ SALES DE OLIVEIRA  
PONTONIA DE PARECIBAMA  
FÓLHA QUE SE ENCONTRA COM ORIGINAL

*[Handwritten signature]*

Mônica Sales

Mat. 15984

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



INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA DE CIÊNCIAS  
MÉDICA DE SÃO CARLOS - UNICAMP

*[Handwritten signature]*  
Mônica Saba  
Médica Saba  
Méd. 13384

DATA: / /

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 3200080494

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: ( )  
DDD DDD DDD

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

Fls 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).

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 Bruno 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):

*11 dias de  
medicação e fixação do pé com  
placa e parafusos*

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

*100% na  
função e desconforto  
na marcha claudicante  
de longa duração  
Dificuldade de locomover  
por 80% e com 40% na  
função de deambulação.  
Incapacidade funcional  
permanente.  
OBS: medicação definitiva*

*05/03/2020*

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

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

*[Handwritten Signature]*  
CREMEC - 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 PESQUISA BIOMÉTRICA

Polegar Direto

FRANCISCO BRUNO LIMA




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL	2002012037661	DATA DE EMISSÃO	31/07/2014
NOME	FRANCISCO BRUNO LIMA		
RELACÃO			
JANIEU LIMA		DATA DE NASCIMENTO	21/01/1992
NATURALIDADE	FORTALEZA - CE		
DOC. ORIGEM	CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:3 ZONA TERMO:185390-FOLHA:19		
	LIVRO:4-144 FORTALEZA - CE		
	045.378.853-00		

P.: 2

LEI Nº 7.118 DE 29/08/03



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2002012037661	DATA DE EXPEDIÇÃO	31/07/2014
NOME	FRANCISCO BRUNO LIMA		
FILIAÇÃO	JANIEU LIMA		
NATALIDADE	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		
REINSCRIÇÃO		P.: 2	
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83			

# 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](http://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

FRANCISCO BRUNO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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](http://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](http://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

FRANCISCO BRUNO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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](http://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

FRANCISCO BRUNO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALANA DA SILVA DE MATOS