Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200146278 **Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 02/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200146278

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
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

Carta nº 15713511

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200146278 **Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 02/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

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 completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000926**
Conta: **0000068789-4**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Chagas

Seguradora LÍDER

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: 512.810.153-34

4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Cordeiro Bonfim

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Cordeiro dos Bonfim

6 - CPF: 512.810.153-34

7 - Profissão: Vigilante

8 - Endereço: Rua Cuiabá

9 - Número: 251

10 - Complemento:

11 - Bairro: Henrique Jorge

12 - Cidade: Fortaleza

13 - Estado: CE

14 - CEP: 60510.182

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

16 - Tel (DDD): (85) 988094184

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$1.320,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 A 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 (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinale outra opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0906 (Informar o dígito se houver) CONTA: 63789-4 (Informar o dígito se houver)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se houver) CONTA: (Informar o dígito se houver)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu faço jus, 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 o fim de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Companheiro(a) Data: Local:

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou menor/menores? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

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

MÃO ANALFABETIZADA

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Fortaleza 29/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Chagas

Seguradora LÍDER

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: 512.810.153-34

4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Cordeiro Bonfim

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Cordeiro dos Bonfim

6 - CPF: 512.810.153-34

7 - Profissão: Vigilante

8 - Endereço: Rua Cuiabá

9 - Número: 251

10 - Complemento:

11 - Bairro: Henrique Jorge

12 - Cidade: Fortaleza

13 - Estado: CE

14 - CEP: 60510.182

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

16 - Tel (DDD): (85) 988094184

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$1.320,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 A 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 (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinale outra opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0906 (Informar o dígito se houver) CONTA: 63789-4 (Informar o dígito se houver)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se houver) CONTA: (Informar o dígito se houver)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu faço jus, 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 o fim de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Companheiro(a) Data: Local:

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou menor/menores? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

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

MÃO ANALFABETIZADA

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Fortaleza 29/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Chagas

Seguradora LÍDER

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: 512.810.153-34

4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Cordeiro Bonfim

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Cordeiro dos Bonfim

6 - CPF: 512.810.153-34

7 - Profissão: Vigilante

8 - Endereço: Rua Cuiabá

9 - Número: 251

10 - Complemento:

11 - Bairro: Henrique Jorge

12 - Cidade: Fortaleza

13 - Estado: CE

14 - CEP: 60510.182

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

16 - Tel (DDD): (85) 988094184

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$1.320,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 A 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 (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinale outra opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0906 (Informar o dígito se houver) CONTA: 63789-4 (Informar o dígito se houver)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se houver) CONTA: (Informar o dígito se houver)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu faço jus, 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 o fim de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Companheiro(a) Data: Local:

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou menor/menores? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

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

MÃO ANALFABETIZADA

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Fortaleza 29/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Chagas

Seguradora LÍDER

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: 512.810.153-34 | 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Cordeiro Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Cordeiro dos Santos | 6 - CPF: 512.810.153-34

7 - Profissão: Vigilante | 8 - Endereço: Rua Cuiabá | 9 - Número: 1251 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Henrique Jorge | 12 - Cidade: Fortaleza | 13 - Estado: CE | 14 - CEP: 60510.182

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com | 16 - Tel (DDD): 85 988094184

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$1.320,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 A 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 (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinale outra opção) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0906 (Informar o dígito se existir) CONTA: 63789-4 (Informar o dígito se existir) | AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu faço jus, 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 o fim de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Companheiro(a) Data:

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou menor(es)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Fortaleza 29/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V007/2019

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019480634

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2346 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2019 14:04:27**
Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2019 05:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSÉ BASTOS**
Complemento: **C/ RUA CEARA**
Bairro: **DEMOCRITO ROCHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**
Nascimento: **06/03/1975** CPF: **512.810.153-34**
RG: **9001107201** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA VICENTINA CARDOSO DOS SANTOS**
JOSÉ ANGELO DOS SANTOS
Endereço: **RUA CUIABÁ , 1251**
Bairro: **HENRIQUE JORGE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3290-8206**

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **HWJ6698** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JD1700YR022658** Renavam: **741007762** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XLR 125** Ano Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **PNK1394** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGJB7520JB103775** Renavam: **1120109806** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEV/SPIN 1.8L MT LT** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **INACIO ENEIAS SARAIVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HWJ-6698 NA AV. JOSÉ BASTOS QUANDO UM CARRO DE PLACA CNK-1394 AVANÇOU O SEMÁFORO VERMELHO COLIDINDO COM A MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019480634

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2346 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A).: Dr. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

Cartório Moreira de Deus
10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Montenegro, 73 - Monte Castelo • Fortaleza / CE • CEP 60.330-720
Fone: (85) 3223-9885 | Site: www.cartoriomoreiradedeus.com.br
Tabelia: Maria de Fátima Bezerra Moreira de Deus

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

Confira os dados do ato em: www.tjce.jus.br/portal

AUTENTICIDADE
Nº HZ 07261

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019480634

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2346 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2019 14:04:27**
Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2019 05:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSÉ BASTOS**
Complemento: **C/ RUA CEARA**
Bairro: **DEMOCRITO ROCHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**
Nascimento: **06/03/1975** CPF: **512.810.153-34**
RG: **9001107201** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA VICENTINA CARDOSO DOS SANTOS**
JOSÉ ANGELO DOS SANTOS
Endereço: **RUA CUIABÁ , 1251**
Bairro: **HENRIQUE JORGE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3290-8206**

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **HWJ6698** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JD1700YR022658** Renavam: **741007762** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XLR 125** Ano Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **PNK1394** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGJB7520JB103775** Renavam: **1120109806** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEV/SPIN 1.8L MT LT** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **INACIO ENEIAS SARAIVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HWJ-6698 NA AV. JOSÉ BASTOS QUANDO UM CARRO DE PLACA CNK-1394 AVANÇOU O SEMÁFORO VERMELHO COLIDINDO COM A MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019480634

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2346 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A).: Dr. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

Cartório Moreira de Deus
10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Montenegro, 73 - Monte Castelo • Fortaleza / CE • CEP 60.330-720
Fone: (85) 3223-9885 | Site: www.cartoriomoreiradedeus.com.br
Tabelia: Maria de Fátima Bezerra Moreira de Deus

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

Confira os dados do ato em: www.tjce.jus.br/portal

AUTENTICIDADE
Nº HZ 07261

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019480634

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2346 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2019 14:04:27**
Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2019 05:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSÉ BASTOS**
Complemento: **C/ RUA CEARA**
Bairro: **DEMOCRITO ROCHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**
Nascimento: **06/03/1975** CPF: **512.810.153-34**
RG: **9001107201** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA VICENTINA CARDOSO DOS SANTOS**
JOSÉ ANGELO DOS SANTOS
Endereço: **RUA CUIABÁ , 1251**
Bairro: **HENRIQUE JORGE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3290-8206**

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **HWJ6698** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JD1700YR022658** Renavam: **741007762** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XLR 125** Ano Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **PNK1394** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGJB7520JB103775** Renavam: **1120109806** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEV/SPIN 1.8L MT LT** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **INACIO ENEIAS SARAIVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HWJ-6698 NA AV. JOSÉ BASTOS QUANDO UM CARRO DE PLACA CNK-1394 AVANÇOU O SEMÁFORO VERMELHO COLIDINDO COM A MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019480634

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2346 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A).: Dr. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

Cartório Moreira de Deus
10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Montenegro, 73 - Monte Castelo • Fortaleza / CE • CEP 60.330-720
Fone: (85) 3223-9885 | Site: www.cartoriomoreiradedeus.com.br
Tabelia: Maria de Fátima Bezerra Moreira de Deus

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

Confira os dados do ato em: www.tjce.jus.br/portal

AUTENTICIDADE
Nº HZ 07261

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019480634

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2346 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/07/2019 14:04:27**
Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2019 05:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSÉ BASTOS**
Complemento: **C/ RUA CEARA**
Bairro: **DEMOCRITO ROCHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**
Nascimento: **06/03/1975** CPF: **512.810.153-34**
RG: **9001107201** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA VICENTINA CARDOSO DOS SANTOS**
JOSÉ ANGELO DOS SANTOS
Endereço: **RUA CUIABÁ , 1251**
Bairro: **HENRIQUE JORGE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3290-8206**

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **HWJ6698** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JD1700YR022658** Renavam: **741007762** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XLR 125** Ano Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **PNK1394** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGJB7520JB103775** Renavam: **1120109806** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEV/SPIN 1.8L MT LT** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **INACIO ENEIAS SARAIVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HWJ-6698 NA AV. JOSÉ BASTOS QUANDO UM CARRO DE PLACA CNK-1394 AVANÇOU O SEMÁFORO VERMELHO COLIDINDO COM A MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019480634

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2346 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A).: Dr. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

Cartório Moreira de Deus
10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Casimiro Montenegro, 73 - Monte Castelo • Fortaleza / CE • CEP 60.330-720
Fone: (85) 3223-9885 | Site: www.cartoriomoreiradedeus.com.br
Tabelia: Maria de Fátima Bezerra Moreira de Deus

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

Confira os dados do ato em: www.tjce.jus.br/portal

AUTENTICIDADE
Nº HZ 07261

Chagas

Seguradora LÍDER

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: 512.810.153-34

4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Cordeiro Bonfim

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Cordeiro dos Bonfim

6 - CPF: 512.810.153-34

7 - Profissão: Vigilante

8 - Endereço: Rua Cuiabá

9 - Número: 251

10 - Complemento:

11 - Bairro: Henrique Jorge

12 - Cidade: Fortaleza

13 - Estado: CE

14 - CEP: 60510.182

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

16 - Tel (DDD): (85) 988094184

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$1.320,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 A 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 (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinale outra opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0906 (Informar o dígito se houver) CONTA: 63789-4 (Informar o dígito se houver)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se houver) CONTA: (Informar o dígito se houver)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu faço jus, 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 o fim de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Companheiro(a) Data: Local:

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou menor/menores? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

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

MÃO ANALFABETIZADA

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Fortaleza 29/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Chagas

Seguradora LÍDER

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: 512.810.153-34

4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Cordeiro Bonfim

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Cordeiro dos Bonfim

6 - CPF: 512.810.153-34

7 - Profissão: Vigilante

8 - Endereço: Rua Cuiabá

9 - Número: 251

10 - Complemento:

11 - Bairro: Henrique Jorge

12 - Cidade: Fortaleza

13 - Estado: CE

14 - CEP: 60510.182

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

16 - Tel (DDD): (85) 988094184

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$1.320,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 A 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 (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinale outra opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0906 (Informar o dígito se houver) CONTA: 63789-4 (Informar o dígito se houver)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se houver) CONTA: (Informar o dígito se houver)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu faço jus, 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 o fim de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Companheiro(a) Data: Local:

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou menor/menores? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

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

MÃO ANALFABETIZADA

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Fortaleza 29/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Chagas

Seguradora LÍDER

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: 512.810.153-34

4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Cordeiro Bonfim

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Cordeiro dos Bonfim

6 - CPF: 512.810.153-34

7 - Profissão: Vigilante

8 - Endereço: Rua Cuiabá

9 - Número: 251

10 - Complemento:

11 - Bairro: Henrique Jorge

12 - Cidade: Fortaleza

13 - Estado: CE

14 - CEP: 60510.182

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

16 - Tel (DDD): (85) 988094184

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$1.320,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 A 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 (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinale outra opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0906 (Informar o dígito se houver) CONTA: 63789-4 (Informar o dígito se houver)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se houver) CONTA: (Informar o dígito se houver)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu faço jus, 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 o fim de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Companheiro(a) Data: Local:

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou menor/menores? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/ascendentes? ☐ Sim ☐ Não

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

MÃO ANALFABETIZADA

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Fortaleza 29/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Chagas

Seguradora LÍDER

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: 512.810.153-34 | 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Cordeiro Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Cordeiro dos Santos | 6 - CPF: 512.810.153-34

7 - Profissão: Vigilante | 8 - Endereço: Rua Cuiabá | 9 - Número: 1251 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Henrique Jorge | 12 - Cidade: Fortaleza | 13 - Estado: CE | 14 - CEP: 60510.182

15 - E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com | 16 - Tel (DDD): 85 988094184

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$1.320,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 A 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 (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinale outra opção) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0906 (Informar o dígito se existir) CONTA: 63789-4 (Informar o dígito se existir) | AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu faço jus, 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 o fim de recebimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda à 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Companheiro(a) Data:

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou menor(es)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Fortaleza 29/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

PPS.001 V007/2019

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco das Chagas Cardoso dos Santos** - C.P.F. - **512.810.153-34**, no dia **02/04/2019**, às **06h06min**, na **Avenida José Bastos com Rua Ceará**, no **Bairro Demócrito Rocha**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo **nº P745835/2019**.

Fortaleza, 04 de Julho de 2019.

Atenciosamente,

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

PREVIDÊNCIA SOCIAL

Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:2019.133.640-8/01

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	08/04/2019
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	COORDENADORA.DP@PORTALSINGULAR.COM.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	SINGULAR VIGILANCIA E SEGURANCA EIRELI		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 107734810001-21	CNAE	80111
CEP	60135218	Endereço	R JOAQUIM SA 525
Bairro	DIONISIO TORRES	Estado	CE
Município	FORTALEZA	Telefone	0085-33046868

Informações do Acidentado

Nome	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	Data Nascimento	06/03/1975
Nome da Mãe	MARIA VICENTINA CARDOSO SANTOS	Sexo	Masc
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo		
Estado Civil	Solteiro	Remuneração	1.285,34
CTPS	035309 Série: 00028 Dt emissão: UF: CE	Identidade	90011007201 Dt emissão: Órg Exp: 01 UF: CE
PIS/PASEP/NIT	1243332688-7	Endereço	CUIABA 1251
Bairro	HENRIQUE JORGE	CEP	60510182
Estado	CE	Município	FORTALEZA
Telefone	-	CBO	517330 - VIGILANTE
Aposentado	Não	Área	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	02/04/2019	Hora do Acidente	05:45
Horas Trabalhadas	12:00	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	3 - Area Publica	Esp. Local	AV JOSE BASTOS X P. A CEAR
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	CE
Município do Acidente	FORTALEZA	Último dia Trabalhado/Dt Óbito	02/04/2019
Parte do Corpo	75.50.80.000 - MEMBROS SUPERIORES, PARTES MULTIPLAS (QUALQ		
Agente Causador	30.30.75.900 - VEICULO, NIC		
Sit. Geradora	20.00.08.900 - IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA, NIC		
Morte	Não	Data Óbito	

Fort 08 de Abril 19

Local e Data

Assinatura e carimbo da empresa

SINGULAR VIGILANCIA E SEGURANCA EIRELI - EPP
Maria Edilane P. Santos
Coordenadora de DP.

Informações do Atestado Médico

Unidade	HOSP ANTONIO PRUDENT	Data Atend.	06/04/2019
Hora Atend.	08:09	Houve Internação?	Não
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.60.50.000 - LESOES MULTIPLAS		
CID - 10	M25.9 - Transtorno articular nao especificado		
Observações		CRM	0000013907 - UF: CE

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 08/04/2019 às 16:32:27

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documentos(s) original(is) referente(s) abaixo para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

10.773.481/0001-21
SINGULAR VIGILÂNCIA E SEGURANÇA EIRELI - EPP
Rua Joaquim Sá, 525
Dionísio Torres - CEP: 60.135-218
FORTALEZA - CEARÁ

DECLARAÇÃO

2ª VIA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Eudislene Almeida Pinheiro**, no dia **19/01/2018**, às **08h20min**, na **Rua Francisco José de Albuquerque Pereira**, no **Bairro Cajazeiras**, vitima de acidente de trânsito.

Documento requerido pelo Sr. **José Hallys Freitas.** Processo **nº P162931/2018.**

Fortaleza, 16 de julho de 2019.

Atenciosamente,

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Maurício Lopes Alves
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco das Chagas Cardoso dos Santos** - C.P.F. - **512.810.153-34**, no dia **02/04/2019**, às **06h06min**, na **Avenida José Bastos com Rua Ceará**, no **Bairro Demócrito Rocha**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo **nº P745835/2019**.

Fortaleza, 04 de Julho de 2019.

Atenciosamente,

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

PREVIDÊNCIA SOCIAL

Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:2019.133.640-8/01

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	08/04/2019
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	COORDENADORA.DP@PORTALSINGULAR.COM.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	SINGULAR VIGILANCIA E SEGURANCA EIRELI		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 107734810001-21	CNAE	80111
CEP	60135218	Endereço	R JOAQUIM SA 525
Bairro	DIONISIO TORRES	Estado	CE
Município	FORTALEZA	Telefone	0085-33046868

Informações do Acidentado

Nome	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	Data Nascimento	06/03/1975
Nome da Mãe	MARIA VICENTINA CARDOSO SANTOS	Sexo	Masc
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo		
Estado Civil	Solteiro	Remuneração	1.285,34
CTPS	035309 Série: 00028 Dt emissão: UF: CE	Identidade	90011007201 Dt emissão: Órg Exp: 01 UF: CE
PIS/PASEP/NIT	1243332688-7	Endereço	CUIABA 1251
Bairro	HENRIQUE JORGE	CEP	60510182
Estado	CE	Município	FORTALEZA
Telefone	-	CBO	517330 - VIGILANTE
Aposentado	Não	Área	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	02/04/2019	Hora do Acidente	05:45
Horas Trabalhadas	12:00	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	3 - Area Publica	Esp. Local	AV JOSE BASTOS X P. A CEAR
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	CE
Município do Acidente	FORTALEZA	Último dia Trabalhado/Dt Óbito	02/04/2019
Parte do Corpo	75.50.80.000 - MEMBROS SUPERIORES, PARTES MULTIPLAS (QUALQ		
Agente Causador	30.30.75.900 - VEICULO, NIC		
Sit. Geradora	20.00.08.900 - IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA, NIC		
Morte	Não	Data Óbito	

Fort 08 de Abril 19

Local e Data

Assinatura e carimbo da empresa

SINGULAR VIGILANCIA E SEGURANCA EIRELI - EPP
Maria Edilane P. Santos
Coordenadora de DP.

Informações do Atestado Médico

Unidade	HOSP ANTONIO PRUDENT	Data Atend.	06/04/2019
Hora Atend.	08:09	Houve Internação?	Não
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.60.50.000 - LESOES MULTIPLAS		
CID - 10	M25.9 - Transtorno articular nao especificado		
Observações		CRM	0000013907 - UF: CE

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 08/04/2019 às 16:32:27

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documentos(s) original(is) referente(s) abaixo para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

10.773.481/0001-21
SINGULAR VIGILÂNCIA E SEGURANÇA EIRELI - EPP
Rua Joaquim Sá, 525
Dionísio Torres - CEP: 60.135-218
FORTALEZA - CEARÁ

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco das Chagas Cardoso dos Santos** - C.P.F. - **512.810.153-34**, no dia **02/04/2019**, às **06h06min**, na **Avenida José Bastos com Rua Ceará**, no **Bairro Demócrito Rocha**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo **nº P745835/2019**.

Fortaleza, 04 de Julho de 2019.

Atenciosamente,

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

PREVIDÊNCIA SOCIAL

Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:2019.133.640-8/01

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	08/04/2019
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	COORDENADORA.DP@PORTALSINGULAR.COM.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	SINGULAR VIGILANCIA E SEGURANCA EIRELI		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 107734810001-21	CNAE	80111
CEP	60135218	Endereço	R JOAQUIM SA 525
Bairro	DIONISIO TORRES	Estado	CE
Município	FORTALEZA	Telefone	0085-33046868

Informações do Acidentado

Nome	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	Data Nascimento	06/03/1975
Nome da Mãe	MARIA VICENTINA CARDOSO SANTOS	Sexo	Masc
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo		
Estado Civil	Solteiro	Remuneração	1.285,34
CTPS	035309 Série: 00028 Dt emissão: UF: CE	Identidade	90011007201 Dt emissão: Órg Exp: 01 UF: CE
PIS/PASEP/NIT	1243332688-7	Endereço	CUIABA 1251
Bairro	HENRIQUE JORGE	CEP	60510182
Estado	CE	Município	FORTALEZA
Telefone	-	CBO	517330 - VIGILANTE
Aposentado	Não	Área	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	02/04/2019	Hora do Acidente	05:45
Horas Trabalhadas	12:00	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	3 - Area Publica	Esp. Local	AV JOSE BASTOS X P. A CEAR
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	CE
Município do Acidente	FORTALEZA	Último dia Trabalhado/Dt Óbito	02/04/2019
Parte do Corpo	75.50.80.000 - MEMBROS SUPERIORES, PARTES MULTIPLAS (QUALQ		
Agente Causador	30.30.75.900 - VEICULO, NIC		
Sit. Geradora	20.00.08.900 - IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA, NIC		
Morte	Não	Data Óbito	

Fort 08 de Abril 19

Local e Data

Assinatura e carimbo da empresa

SINGULAR VIGILANCIA E SEGURANCA EIRELI - EPP
Maria Edilane P. Santos
Coordenadora de DP.

Informações do Atestado Médico

Unidade	HOSP ANTONIO PRUDENT	Data Atend.	06/04/2019
Hora Atend.	08:09	Houve Internação?	Não
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.60.50.000 - LESOES MULTIPLAS		
CID - 10	M25.9 - Transtorno articular nao especificado		
Observações		CRM	0000013907 - UF: CE

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 08/04/2019 às 16:32:27

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documentos(s) original(is) referente(s) abaixo para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

10.773.481/0001-21
SINGULAR VIGILÂNCIA E SEGURANÇA EIRELI - EPP
Rua Joaquim Sá, 525
Dionísio Torres - CEP: 60.135-218
FORTALEZA - CEARÁ

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00926

CONTA: 000000068789-4

Nr. da Autenticação 10D4894071C618EE

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS - ECT - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO SEPN 515 Bloco A - 1º subsolo - Edifício Sede V - CEP 70770-501 - Brasília/DF

Mudou-se	Recusado	Falecido	Reintegrado ao Serviço postal em: / /
Desconhecido	Ausente	Endereço insuficiente	
Informação do porteiro/Síndico	Não existe o nº indicado	Não procurado	Responsável

BANCO DO BRASIL

Devolução Eletrônica Correios

FAC 9912324583/18-SE/BSB/SFM BANCO DO BRASIL S/A Correios

CTCE FORTALEZA CE PL2
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO SANTOS
RUA CUIABA 1251
HENRIQUE JORGE
60510-182 - FORTALEZA - CE

7213 9003429 3/9 0000 0109 1002 5 115

23538-001-01091

Central de Atendimento BB Capitais e Regiões Metropolitanas 4004 0001 Demais Localidades 0800 729 0001
SAC 0800 729 0722 Ouvidoria BB 0800 729 5678 Deficientes Auditivos ou de Fala 0800 729 0088 ou acesse bb.com.br

MISTO Papel produzido a partir de florestas responsáveis FSC® C016899

Moc. CAPV01FRM - 01/17 - BBTECNO - LRT

DEB409 - BBTS CIM SPO - Lote: 23538 - CodAudit: 001-01091

82600000000-8 28300009700-8 01072900301-1 04004422015-6

Cagece

Fatura Mensal

ACF JOSE AN

Av. Lauro Vasconcelos, 1000 - Vila Linha - Fortaleza-CE | CEP: 60432-931
CNPJ: 07040100/0001-67 | CGF: 06600.220-1 | Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195 | Internet: www.cagece.com.br

COD JOSE WALTER CE
JOAO BATISTA DE LIMA NETO
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM
60.761-045 - FORTALEZA

Para falar com a Cagece, você liga 0800 275 0195, ou, se preferir, dirija-se a uma de nossas Lojas de Atendimento, entre: 8:00h a 17:00h.

Inscrição	Local	Setor	Quadra	Lote	Complemento	Responsável	Sequencial
10729003	001	055	390	0167	0000	99999	000221

ECONOMIAS				SITUAÇÃO	
Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Água	Esgoto
001	000	000	000		

Qualidade da Água (Parâmetros da Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde)

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta fatura com os padrões estabelecidos pela portaria 2914/11 do Ministério da Saúde.

ISO 9001

Parâmetro	Turbidez (UT)	pH	Cor (UH)	Cloro (mg/L)	CT (%)	CTT/E.Coli
Padrão da Portaria	5,0	6,0 a 9,5	15	Mín. 0,2	*	Ausente

* Sistemas que analisam 40 ou mais amostras / mês: ausência em 95% das amostras analisadas.
Sistemas que analisam menos de 40 / mês: apenas 1 (uma) amostra poderá apresentar resultado positivo.

Conheça os *Parâmetros*

Turbidez: Ocorre devido às partículas em suspensão deixando a água com aparência turva.
pH: Utilizado para medir a acidez ou alcalinidade da água.
Cor: Ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.
Cloro: Produto químico utilizado para eliminar bactérias.
Coliformes Totais (CT): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias provenientes da natureza.
Coliformes Termotolerantes / *E. Coli* (CTT/*E.Coli*): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias de origem animal (fezes).
Em condomínios, afixar estas informações em local visível aos consumidores.
OBSERVAÇÃO: Detectadas anomalias, medidas corretivas são adotadas para o retorno à normalidade.
É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à CAGECE (Resolução 130, Art. 73º - ARCE e Resolução 02, Art. 4º,§1,I,e - ACFOR)
Agência Reguladora de Fortaleza: ACFOR: 0800 285 1919
Agência Fiscalizadora do Demais Localidades: ARCE: 0800 553 3838
Maiores informações: Telefone: 0800 275 0195; Lojas de Atendimento da Cagece de 8 às 17h, ou no site: www.cagece.com.br

Atualize seu CPF. Procure uma de nossas Lojas de Atendimento!
É obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme Resolução 130, art. 73º, da Agência Fiscalização ARCE: 0800 275 3838.

☐ LIGAÇÃO COBRADA ☐ LIGAÇÃO INEXISTENTE ☐ Nº IMÓV. NÃO LOCALIZADO
☐ IMÓVEL DEMOLIDO ☐ ENDEREÇO INCOMPLETO ☐ NOME/USUÁRIO ERRADO
☐ CASA FECHADA ☐ [illegible] ☐ RECUSOU-SE A RECEBER

DRASIL RS

19.12.19 -

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS - ECT - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO SEPN 515 Bloco A - 1º subsolo - Edifício Sede V - CEP 70770-501 - Brasília/DF

Mudou-se	Recusado	Falecido	Reintegrado ao Serviço postal em: / /
Desconhecido	Ausente	Endereço insuficiente	
Informação do porteiro/Síndico	Não existe o nº indicado	Não procurado	Responsável

BANCO DO BRASIL

Devolução Eletrônica Correios

FAC 9912324583/18-SE/BSB/SFM BANCO DO BRASIL S/A Correios

CTCE FORTALEZA CE PL2
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO SANTOS
RUA CUIABA 1251
HENRIQUE JORGE
60510-182 - FORTALEZA - CE

7213 9003429 3/9 0000 0109 1002 5 115

23538-001-01091

Central de Atendimento BB Capitais e Regiões Metropolitanas 4004 0001 Demais Localidades 0800 729 0001
SAC 0800 729 0722 Ouvidoria BB 0800 729 5678 Deficientes Auditivos ou de Fala 0800 729 0088 ou acesse bb.com.br

MISTO Papel produzido a partir de florestas responsáveis FSC® C016899

Moc. CAPV01FRM - 01/17 - BBTECNO - LRT

DEB409 - BBTS CIM SPO - Lote: 23538 - CodAudit: 001-01091

826000000000-8 28300009700-8 01072900301-1 04004422015-6

Cagece

Fatura Mensal

Av. Louro Vieira Olinda, 1000 – Vila Velha – Fortaleza-CE | CEP: 60179-081
CNPJ: 07040109/0001-02 | CGF: 00318206-1 | Atendimento ao Cliente: 0800 275 0195 | Internet: www.cagece.com.br

CDD JOSE WALTER DE
JOAO BATISTA DE LIMA NETO
RUA DIAMANTE, 27, MONDUBIM
60.761-445 FORTALEZA

Para falar com a Cagece, você liga 0800 275 0195, ou, se preferir, dirija-se a uma de nossas Lojas de Atendimento, entre 8:00h e 17:00h.

Inscrição	Local	Setor	Quadra	Lote	Complemento	Responsável	Sequencial
10729003	001	055	390	0167	0000	99999	000221

ECONOMIAS				SITUAÇÃO	
Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Água	Esgoto
001	000	000	000		

Qualidade da Água (Parâmetros da Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde)

Compare os resultados da qualidade da água distribuída dispostos nesta fatura com os padrões estabelecidos pela portaria 2914/11 do Ministério da Saúde.

ISO 9001

Parâmetro	Turbidez (UT)	pH	Cor (UH)	Cloro (mg/L)	CT (%)	CTT/E.Coli
Padrão de Portaria	5,0	6,0 a 9,5	15	Min. 0,2	*	Ausente

* Sistemas que analisam 40 ou mais amostras / mês: ausência em 95% das amostras analisadas.
Sistemas que analisam menos de 40 / mês: apenas 1 (uma) amostra poderá apresentar resultado positivo.

Conheça os Parâmetros

Turbidez: Ocorre devido às partículas em suspensão deixando a água com aparência turva.
pH: Utilizado para medir a acidez ou alcalinidade da água.
Cor: Ocorre devido às substâncias dissolvidas na água.
Cloro: Produto químico utilizado para eliminar bactérias.
Coliformes Totais (CT): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias provenientes da natureza.
Coliformes Termotolerantes / E. Coli (CTT/E.Coli): Indicador utilizado para medir contaminação por bactérias de origem animal (fezes).
Em condomínios, afixar estas informações em local visível aos consumidores.
OBSERVAÇÃO: Detectadas anomalias, medidas corretivas são adotadas para o retorno a normalidade.
É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à CAGECE (Resolução 130, Art. 73º – ARCE e Resolução 02, Art. 4º,§1,I,e – ACFOR)
Agência Reguladora de Fortaleza: ACFOR: 0800 285 1919
Agência Fiscalizadora de Demais Localidades: ARCE: 0800 653 3838
Maiores Informações: Telefone: 0800 275 0195; Lojas de Atendimento da Cagece de 8 às 17h, ou no site: www.cagece.com.br

Atualize seu CPF. Procure uma de nossas Lojas de Atendimento.
É obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme Resolução 130, art. 73º, da Agência Fiscalização ARCE: 0800 275 3838.

☐ LIGAÇÃO CORTADA ☐ LIGAÇÃO INEXISTENTE ☐ Nº PMOV. NÃO LOCALIZADO
☐ IMÓVEL DEMOLIDO ☐ ENDEREÇO INCONVENIENTE ☐ NOME USUÁRIO ERRADO
☐ CASA FECHADA ☐ RECUSOU-SE A RECEBER

BRASIL RS

19.12.13

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS - ECT - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO SEPN 515 Bloco A - 1º subsolo - Edifício Sede V - CEP 70770-501 - Brasília/DF

Mudou-se	Recusado	Falecido	Reintegrado ao Serviço postal em: / /
Desconhecido	Ausente	Endereço insuficiente	
Informação do porteiro/Síndico	Não existe o nº indicado	Não procurado	Responsável

BANCO DO BRASIL

Devolução Eletrônica Correios

FAC 9912324583/18-SE/BSB/SFM BANCO DO BRASIL S/A Correios

CTCE FORTALEZA CE PL2
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO SANTOS
RUA CUIABA 1251
HENRIQUE JORGE
60510-182 - FORTALEZA - CE

7213 9003429 3/9 0000 0109 1002 5 115

23538-001-01091

Central de Atendimento BB Capitais e Regiões Metropolitanas 4004 0001 Demais Localidades 0800 729 0001
SAC 0800 729 0722 Ouvidoria BB 0800 729 5678 Deficientes Auditivos ou de Fala 0800 729 0088 ou acesse bb.com.br

MISTO Papel produzido a partir de florestas responsáveis FSC® C016899

Moc. CAPV01FRM - 01/17 - BBTECNO - LRT

DEB409 - BBTS CIM SPO - Lote: 23538 - CodAudit: 001-01091

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS - ECT - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO SEPN 515 Bloco A - 1º subsolo - Edifício Sede V - CEP 70770-501 - Brasília/DF

Mudou-se	Recusado	Falecido	Reintegrado ao Serviço postal em: / /
Desconhecido	Ausente	Endereço insuficiente	
Informação do porteiro/Síndico	Não existe o nº indicado	Não procurado	Responsável

BANCO DO BRASIL

Devolução Eletrônica Correios

FAC 9912324583/18-SE/BSB/SFM BANCO DO BRASIL S/A Correios

CTCE FORTALEZA CE PL2
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO SANTOS
RUA CUIABA 1251
HENRIQUE JORGE
60510-182 - FORTALEZA - CE

7213 9003429 3/9 0000 0109 1002 5 115

23538-001-01091

Central de Atendimento BB Capitais e Regiões Metropolitanas 4004 0001 Demais Localidades 0800 729 0001
SAC 0800 729 0722 Ouvidoria BB 0800 729 5678 Deficientes Auditivos ou de Fala 0800 729 0088 ou acesse bb.com.br

MISTO Papel produzido a partir de florestas responsáveis FSC® C016899

Moc. CAPV01FRM - 01/17 - BBTECNO - LRT

DEB409 - BBTS CIM SPO - Lote: 23538 - CodAudit: 001-01091

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 51 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 51

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTOS/CIRCULARES/445CIRCULAR445.PDF

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, por lei, por determinação da Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[1].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUROS. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 9.613/98

Pela exposta, eu João Batista de Lima Neto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 671.604.173 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário o Francisco das Chagas C. dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 512.810.153 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco das Chagas C. dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 512.810.153 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, conforme cópia do comprovante de residência no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Diamante | Número: 27 | Complemento: Cello Jungel
Bairro: Messejana | Cidade: Fortaleza | Estado: Ce | CEP: 60761-445
E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com | Telefone: (85) 988094184

Local e Data: Fortaleza 29/01/2020

João Batista de Lima

Assinatura do Declarante

Você pode conferir a autenticidade do documento em https://meuliss.gov.br/central#/autenticidade com o código 20012BEM1U8Y0D

D.DPL.07: V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 51 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 51

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTOS/CIRCULARES/445CIRCULAR445.PDF

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, por lei, por determinação da Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[1].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUROS. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 9.613/98

Pela exposta, eu João Batista de Lima Neto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 671.604.173 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário o Francisco das Chagas C. dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 512.810.153 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco das Chagas C. dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 512.810.153 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, conforme cópia do comprovante de residência no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Diamante | Número: 27 | Complemento: Cello Jungel
Bairro: Messejana | Cidade: Fortaleza | Estado: Ce | CEP: 60761-445
E-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com | Telefone: (85) 988094184

Local e Data: Fortaleza 29/01/2020

João Batista de Lima

Assinatura do Declarante

Você pode conferir a autenticidade do documento em https://meuliss.gov.br/central#/autenticidade com o código 20012BEM1U8Y0D

D.DPL.07: V001/2017

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30673538

Data **04/05/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 8021500027200301 1
Solicitante: Dr(a) CARLOS DANIEL VERAS

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

!]vC{8"
5883328821

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

![]%pO9
5802774422

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.:06/03/1975 Sexo:M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO

!]%pO:'
5802774423

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares integros.

Aumento de partes moles por derrame articular.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX COXA (MENBROS INFERIORES) ESQUERDA

!]%pO;
5802774424

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX COTOVELO ESQUERDO

!]%pO

5802774425

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBSERVAÇÃO: CABEÇA DO RÁDIO NÃO INDIVIDUALIZADA ADEQUADAMENTE NAS IMAGENS DISPONÍVEIS.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

![]%pO=
5802774426

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

ANTONIO PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.:06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51261015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ANTEBRACO ESQUERDO

![]%pO>
5802774427

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento..: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!]%pO

5802774428

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento: 06/03/1976 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX PE OU PODODACTILOS ESQUERDO

!]%pO8
5802774421

RELATÓRIO:

A densidade e estrutura trabecular ósseas estão normais.

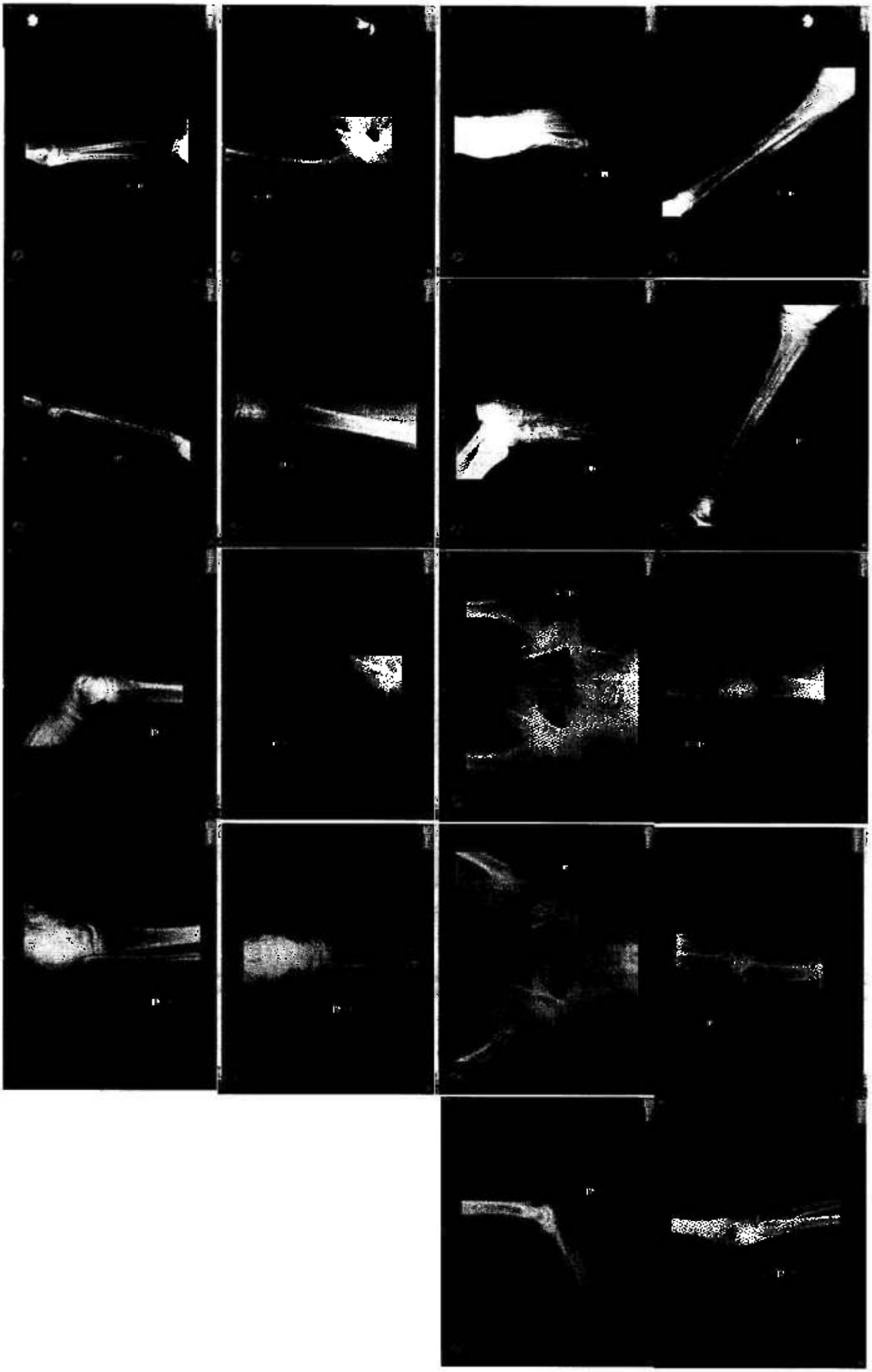
Os espaços e superfícies articulares estão preservados.

Hálux valgo.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco das Chagas Cardoso dos Santos** - C.P.F. - **512.810.153-34**, no dia **02/04/2019**, às **06h06min**, na **Avenida José Bastos com Rua Ceará**, no **Bairro Demócrito Rocha**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo **nº P745835/2019.**

Fortaleza, 04 de Julho de 2019.

Atenciosamente,

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de Fortaleza

P-745835/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 3A | PONTO DE APOIO: UBSF | Nº DA OCORRÊNCIA: QD 68

DATA: 02/04/19 | TURNO: SN | EQUIPE: Jeane + Almeiscou

NOME: Fco das Chagas Cordoso dos Santos | IDADE: 43 | SEXO: M

ENDEREÇO: AV. José Bonifácio c/ Ceará

REFERÊNCIA: Skill | BAIRRO: D. Rocha

QTY: 05:43 | QUS: 06:06 | QUY: 06:30 | QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro/Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

A Vias Aéreas: ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: N

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/ AUSENTE	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL LOCAL: Braquial	☒ CORADA ☒ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE ☐ FRIA	☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☒ SIM ☐ NÃO

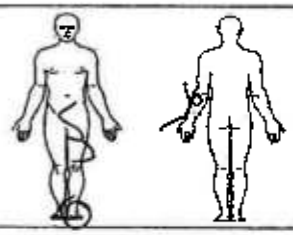
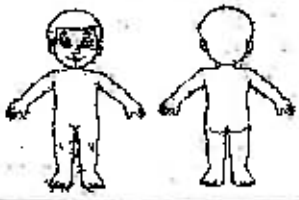
D Neurológico

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA	☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P)	☒ 5	OBEDECE A COMANDOS	☒ 6
À VOZ	☐ 3	CONFUSO (A) /CHORO CONSOLÁVEL	☐ 4	LOCALIZA A DOR	☐ 5
À DOR	☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) /INCONSOLÁVEL (P)	☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA	☐ 4
NENHUMA	☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) /GEMENTE (P)	☐ 2	FLEXÃO ANORMAL	☐ 3
TOTAL: 15		NENHUMA	☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL	☐ 2
				NENHUMA	☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

E Exposição

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Abrasões Dor Pé Esquerdo.	

SAMPLA

FC: 86	PA: 120 x 80	FR: 18	GLIC.:	OXIM.: 99	TEMP.:

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

AUTOATENDIMENTO

happiness COMPROVANTE DE CONSULTA DE EMERGÊNCIA

SENHA	29
Nº DE ATENDIMENTO:	59750124
USUÁRIO	6721500027203G FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO D
ESPECIALIDADE	TRAUMATOLOGIA
LOCAL	REC EMG TRAUMA CIRURGICO - HAP FORT
DATA	08/06/2019
PROTOCOLO	36825320190608775611

EM 08/06/2019 07:18 - HAPFORT-RUD2H2

AUTOATENDIMENTO

happiness COMPROVANTE DE CONSULTA DE EMERGÊNCIA

SENHA	160
Nº DE ATENDIMENTO:	60211125
USUÁRIO	8021500027203 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO D
ESPECIALIDADE	TRAUMATOLOGIA
LOCAL	REC EMG TRAUMA CIRURGICO - HAP FORT
DATA	29/06/2019
PROTOCOLO	36825320190629442384

EM 29/06/2019 11:02 - HAPFORT-RUD2H2

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 59630263 !^b%b"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:45:12

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510162

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
985593296		

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Cartoira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/06/2019	12:24		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59630263 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9329 [1]
PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [2]

Nº: 39573664 04/06/2019 às 12:42

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT DR BRUNO BOTELHO	[2]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[2]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]
Alergias	Não	[2]
Medicação Em Uso	Não	[2]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[2]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	PCT DR BRUNO BOTELHO	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[2]

ANTONIO PRUDENTE

DADOS PESSOAIS

Atendimento
59730124

!^|$;"

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

12/06/2019 16:45:21

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/06/2019	07:18		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente	Clinica
3391809 LIVIO DE SOUZA COSTA	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R431CRA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:43

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 59730124 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1] **Nº:** 39764164 08/06/2019 **às** 07:20

ANAMNESE

Queixa Principal	Fratura/avulsão maléolo lateral esquerdo	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	Fratura/avulsão maléolo lateral esquerdo	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:43

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59730124 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(la): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1] Nº: 39764379 08/06/2019 às 07:30

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	08/06/2019	[1]
Hora Da Alta	07:30	[1]

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58833288

!]vC{"

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:50

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
986593296	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/05/2019	07:29		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3746542 CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 15346 [1] Nº 37970859 04/06/2019 às 07:37

ANAMNESE

Queixa Principal	#ATENDIMENTO INICIAL TRAUMATOLOGIA -PCT RETORNA PARA AVALIAÇÃO. -CD: 4 AO CONSULTÓRIO DE DR. RAFAEL SOLICITO Rx + REAVALIAÇÃO COM EXAMES	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/05/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1]

Nº: 37972344 04/05/2019 às 08:23

ANAMNESE

Queixa Principal	RX FX TORNOZELO WEBER A CD: ORIENTAÇÕES AINE LIBERO CARGA TOTAL A PARTIR DE HOJE	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1] Nº: 37972419 04/05/2019 às 08:24

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	04/05/2019	[1]
Hora Da Alta	08:24	[1]

ORTOCLINIC

*Ortopedia *Traumatologia
*Fisioterapia

Convênios
* Unimed
* Hap Vida
* Ipec

Para:
Fº das Chagas Cordeiro Santos

Atesto p/ os devidos fins, que o paciente acima citado realizou 12 sessões de fisioterapia sobre seu tratamento, em tornozelo de segundo de [illegible] no período esp.

Atenciosamente

Fort. 03/06/19.

Dr. Márcio Adriano E. Alves
Fisioterapia
CREFITO Nº 21526
CPF: 414.337.853-15

Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fortaleza - CE - Fones: 3292-0153 / 3232-3222

AVISOS IMPORTANTES

1. PASSE PELA RECEPÇÃO, ANTES DE INICIAR SEU TRATAMENTO DIÁRIO.

2. TRAZER UMA TOALHA PARA USO PESSOAL

3. ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA

4. PROIBIDO ACOMPANHANTES NO SETOR DE FISIOTERAPIA EXCEÇÃO FEITA A APENAS A CRIANÇAS, IDOSOS E PACIENTES DE CADEIRA DE RODA, ESTÁ MEDIDA EVITA O AGLOMERADO DEIXA O SETOR ORGANIZADO E PERMITE MAIOR EFICIÊNCIA NO TRATAMENTO

ORTOCLINIC

ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
FISIOTERAPIA
Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fones:(85) 3292-0153 / 3232-3222

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

CONVÊNIOS

Nome: Flávia Chagas C. de Sientos

Convênio: Particular.

Data: __/__/__ - __/__/__

SEG. À SEXTA 07:30 ÀS 19:00

Diagnóstico: seq. fratura do tornozelo E e trauma no joelho E

Tratamento:

Cinesio + Eletro

Obs.:

Fisioterapêuta

Nº 55	DATA	ATENDENTE
01	21/05/19	
02	22/05/19	
03	23/05/19	
04	24/05/19	
05	27/05/19	
06	28/05/19	
07	29/05/19	
08	30/05/19	
09	31/05/19	
10	03/06/19	

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 59193532 !^6FC"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:45:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
18/05/2019	07:11		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clínica
3841707 GEORGE WALLACE FREIRE ALVES	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R431DRA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59193532 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): GEORGE WALLACE FREIRE ALVES CRM 16670 [1] Nº: 38696457 18/05/2019 às 07:38

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO DEVIDO A FRATURA AVULSAO DA FIBULA DISTAL COM FRAGMENTO ÓSSEO <5MM, EM TRATAMETO CONSERVADOR HÁ 2 MESES. REFERE MELHORA DO QUADRO ALGICO; DEAMBULA SEM AUXILIO DE ORTESES. SOLICITO FISIOTERAPIA	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 59193532 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): GEORGE WALLACE FREIRE ALVES CRM 16670 [1] **Nº:** 38698646 18/05/2019 **às** 07:44

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	18/05/2019	[1]
Hora Da Alta	07:44	[1]

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58144718

!]1R5"

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
03ILF000370002014	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/04/2019	07:13		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1]

Nº: 36488470 06/04/2019 **às** 07:23

ANAMNESE

Queixa Principal	pct vitima de traua no tnz esquerdo cd: rx	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	pct vitima de traua no tnz esquerdo cd: rx	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): RAFAEL BARROS BOTELHO CRM 13307 [1]

Nº: 36489907 06/04/2019 **às** 08:08

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, DIA 2/4/19 [1]

RX: FRATURA DO TIP FIBULAR, SEM DESVIO

CD:
IMOBILIZO
ATESTADO
ORIENTO

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, DIA 2/4/19 [1]

RX: FRATURA DO TIP FIBULAR, SEM DESVIO

CD:
IMOBILIZO
ATESTADO
ORIENTO

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO COREN 236206 [1]

Nº: 36490153 06/04/2019 **às** 08:17

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 08:17, EM 06/04/2019 POR JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 236206. [1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clinico [1]

ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS às 08:05 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 5 (CINCO) dias, a partir de 02/04/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M95

Código da Doença

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11332

Local e Data

Assinatura do Médico

FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

CRM 11332

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BOFIC49X3D9K0
Solicitacao da Senha : 02/04/2019 06:23:39

R3002 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS 02/04/2019 08:06 192.85.4.10*

ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS às 08:09 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dias, a partir de 06/04/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M259

Código da Doença

6/4/19

Local e Data

Dr. Rafael Botelho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CREMEC 13307 / TEOT 15047

Assinatura do Médico

RAFAEL BARROS BOTELHO

CRM 13307

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BHJIG49X3X3K0
Solicitacao da Senha : 06/04/2019 07:12:48

R3002 RAFAEL BARROS BOTELHO 06/04/2019 08:09 192.85.4.101

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SERIE (continuação)

64 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SERIE				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

64 - OBSERVAÇÃO

65 - TOTAL PROCEDIMENTOS R$	66 - TOTAL TAXAS E ATIVIDADES R$	67 - TOTAL MATERIAIS R$	68 - TOTAL MEDICAMENTOS R$	69 - TOTAL DIÁRIAS R$	70 - TOTAL GERAL MEDICAMENTOS R$	71 - TOTAL GERAL EM GUIA R$

86 - DATA E ASSINATURA DO ASSINANTE	87 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL P/ AUTORIZAÇÃO	88 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL	89 - DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE

OPM UTILIZADOS

	72 - TABELA	73 - CÓDIGO DO OPM	74 - DESCRIÇÃO OPM	75 - QTDE	76 - CÓDIGO DE BARRAS		77 - VALOR UNITÁRIO R$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

OPM UTILIZADOS

	78 - TABELA	79 - CÓDIGO DO OPM	80 - DESCRIÇÃO OPM	81 - QTDE	82 - CÓDIGO DE BARRAS	83 - VALOR UNITÁRIO R$	84 - VALOR TOTAL R$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

85 - TOTAL GERAL R$

Hapvida Assistência Médica

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT - Nº

ANS - nº 36.825-3

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

3 - Nº GUIA PRINCIPAL (preenchimento obrigatório) | 4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 5 - SENHA | 6 - DATA VALIDADE DA SENHA | 7 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - NÚMERO DA CARTEIRA | 9 - PLANO | 10 - VALIDADE DA CARTEIRA

11 - NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS | 12 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 14 - NOME DO CONTRATADO | 15 - CÓDIGO CNES

16 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: LÍVIO DE SOUZA COSTA | 17 - CONSELHO PROFISSIONAL: CREMEC | 18 - NÚMERO DO CONSELHO: 18389 | 19 - UF: CE | 20 - CÓDIGO CBOS

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO | 22 - CARÁTER DA SOLICITAÇÃO: E - Eletivo U - Urgência/Emergência | 23 - CID 10 | 24 - INDICAÇÃO CLÍNICA: FRATURA DO TORNOZELO ESQ

25 - TABELA | 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | 27 - DESCRIÇÃO: FISIOTERAPIA MOTORA – 10 SESSÕES | 28 - QTSOL: 10 | 29 - QTAUT

Dr. Lívio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18389
RQE 15731

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 31 - NOME DO CONTRATADO | 32 - TIPO | 33 - LOGRADOURO - Nº - COMPLEMENTO

34 - MUNICÍPIO | 35 - Nº | 36 - CÓDIGO IBGE | 37 - CPF | 38 - CÓDIGO CNES

39 - NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / COMPLEMENTAR | 40 - CONSELHO PROFISSIONAL | 41 - NÚMERO DO CONSELHO | 42 - UF | 43 - CÓDIGO CBOS

DADOS DO ATENDIMENTO

44 - TIPO DE ATENDIMENTO: 1 - Remoção 2 - Pequ. Cirurgia 3 - Terapias 4 - Consultas 5 - Exame 6 - Apoio diag. 7 - SADT internação 8 - Quimioterapia 9 - Radioterapia 10 - PHS (Terapia Renal Substitutiva)

45 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE: 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

46 - TIPO DE SAÍDA: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA DE REFERÊNCIA

47 - TIPO DE DOENÇA: A - Aguda C - Crônica | 48 - TEMPO DE DOENÇA: A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE

	51 - DATA	52 - HORA INICIAL	53 - HORA FINAL	54 - TABELA	55 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	56 - DESCRIÇÃO	57 - QTDE	58 - VIA	59 - TEC	60 - % ACRÉSCIMO	61 - VALOR UNITÁRIO R$	62 - VALOR TOTAL R$
1												
2												
3												
4												
5												

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE (continuação)

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

64 - DESCRIÇÃO

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR À OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU TRATAMENTO

Assinatura do Usuário/Representante

65 - TOTAL PROCEDIMENTOS R$ | 66 - TOTAL TAXAS E ALUGUÉIS R$ | 67 - TOTAL MATERIAIS R$ | 68 - TOTAL DE MEDICAMENTOS | 69 - TOTAL DIÁRIAS R$ | 70 - TOTAL GASES MEDICINAIS R$ | 71 - TOTAL GERAL DA GUIA R$

72 - DATA E ASSINATURA DO USUÁRIO | 73 - DATA E ASSIN. DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO | 74 - DATA E ASS. BENEFICIÁRIO DO RESPONSÁVEL | 75 - DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58027744 ![%pO"

PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:28

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço

R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
988593296	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
03ILF000370002014	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/04/2019	06:24		2 CONSULTA CLINICA

Médico Atendente	Clinica
39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

P4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

CONFERE COM O ORIGINAL

FELIPE 27841

Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPPOR 143DOC FELIPEOS 12/06/2019 16:14:58 28.0022.00001

Data inicial: 01/01/2019 Atendimento: 58027744 Médico prescritor:

Data final: 12/06/2019 Prontuário: Convênio: Consultar

Carteira: Atendimentos para alta administrativa Atendimentos com pendências no prontuário Atendimentos abertos para auditoria Atendimentos liberados pela enfermagem

PEP Laudo T3488 T43A6

Documentos

	Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	CI Atendimento	data	Sexo
12/06/2019 09:24 - CONSULTA CLINICA	58027744	16358462	FRANCISCO DAS CHAGAS CANDIDO DOS SANTOS	[illegible]	[illegible]	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta | Lista por Tipo de Documento | Nome da Mãe: MARIA VICENTA CARDIGO DOS SANTOS | Nome do Pai

Tipos de documentos

- 1 Registros Médicos
  - 12 Formulário de Atendimento na Emergência
  - 7 Prescrição Médica
  - 16 Receita Médica Especial
  - 5 Receitas Médicas
  - 10 Atestado Médico
  - 11 Declarações
  - 6 Pareceres Médicos
  - 3 Solicitação de Parecer Médico
  - 4 Anamnese do Paciente
  - 2 Evolução Médica

Ver histórico de digitalização

Visualizar | Imprimir Doc. Assinado

Data/Hora	Profissional	Situação
12/06/2019 09:31	[illegible]	ASSINADO

FELIPE 27841

Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:39

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] **Nº:** 35267830 02/04/2019 **às** 06:30

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE TRANSITO , COM MOTO, APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÕES EM PERNA ESQUERDA E COTOVELO ESQUERDO.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE COM ORIGINAL
FELIPE 27841

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1] **Nº:** 38269894 02/04/2019 às 08:02

ANAMNESE

Queixa Principal	PCTE ATENDIDO PELO COLEGA APÓS ACIDENTE VEIO MOSTRA RX RX COM TRAÇO DE FRATURA ? EM MALEOLO LATERAL TORNOZELO E	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]

FELIPE 27342

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): DAVID GOES DE ALCANTARA CRM 18656 [1] **Nº:** 36273886 02/04/2019 **às** 09:17

ANAMNESE

Queixa Principal	curativo	[1]
Queixa Principal	•	
Diagnóstico Inicial	57 CURATIVOS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

COREN-CE-CIRURGIÃO
FRCUME 27846
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO COREN 2545 [1] **Nº:** 36275027 02/04/2019 às 09:36

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545. [1]

CURATIVO GRANDE REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO COM SULFADIAZINA REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO EXTRA GRANDE REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clinico [1]

COREN-CE CIT... FELIPE 27841
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Data do Atendimento: 08/06/2019

RECEITA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PATOLOGIA DE CID 82.6, EVOLUI COM RESOLUÇÃO DO QUADRO ORTOPÉDICO, APTO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES LABORAIS.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18356 / RQE 15731

RP3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA 08/06/2019 07:26 192.85.4.101

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico:LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Data do Atendimento: 08/06/2019

RECEITA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PATOLOGIA DE CID 82.6, EVOLUI COM RESOLUÇÃO DO QUADRO ORTOPÉDICO. APTO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES LABORAIS.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Reumatologia
CRM 18369 TEOT 15731

RP3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA 08/06/2019 07:26 192.85.4.101

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30673538

Data **04/05/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 8021500027200301 1
Solicitante: Dr(a) CARLOS DANIEL VERAS

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

!]vC{8"
5883328821

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

![]%pO9
5802774422

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.:06/03/1975 Sexo:M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO

!]%pO:'
5802774423

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares integros.

Aumento de partes moles por derrame articular.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX COXA (MENBROS INFERIORES) ESQUERDA

!]%pO;
5802774424

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX COTOVELO ESQUERDO

!]%pO

5802774425

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBSERVAÇÃO: CABEÇA DO RÁDIO NÃO INDIVIDUALIZADA ADEQUADAMENTE NAS IMAGENS DISPONÍVEIS.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

![]%pO=
5802774426

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

ANTONIO PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.:06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51261015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ANTEBRACO ESQUERDO

![]%pO>
5802774427

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento..: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!]%pO

5802774428

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento: 06/03/1976 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX PE OU PODODACTILOS ESQUERDO

!]%pO8
5802774421

RELATÓRIO:

A densidade e estrutura trabecular ósseas estão normais.

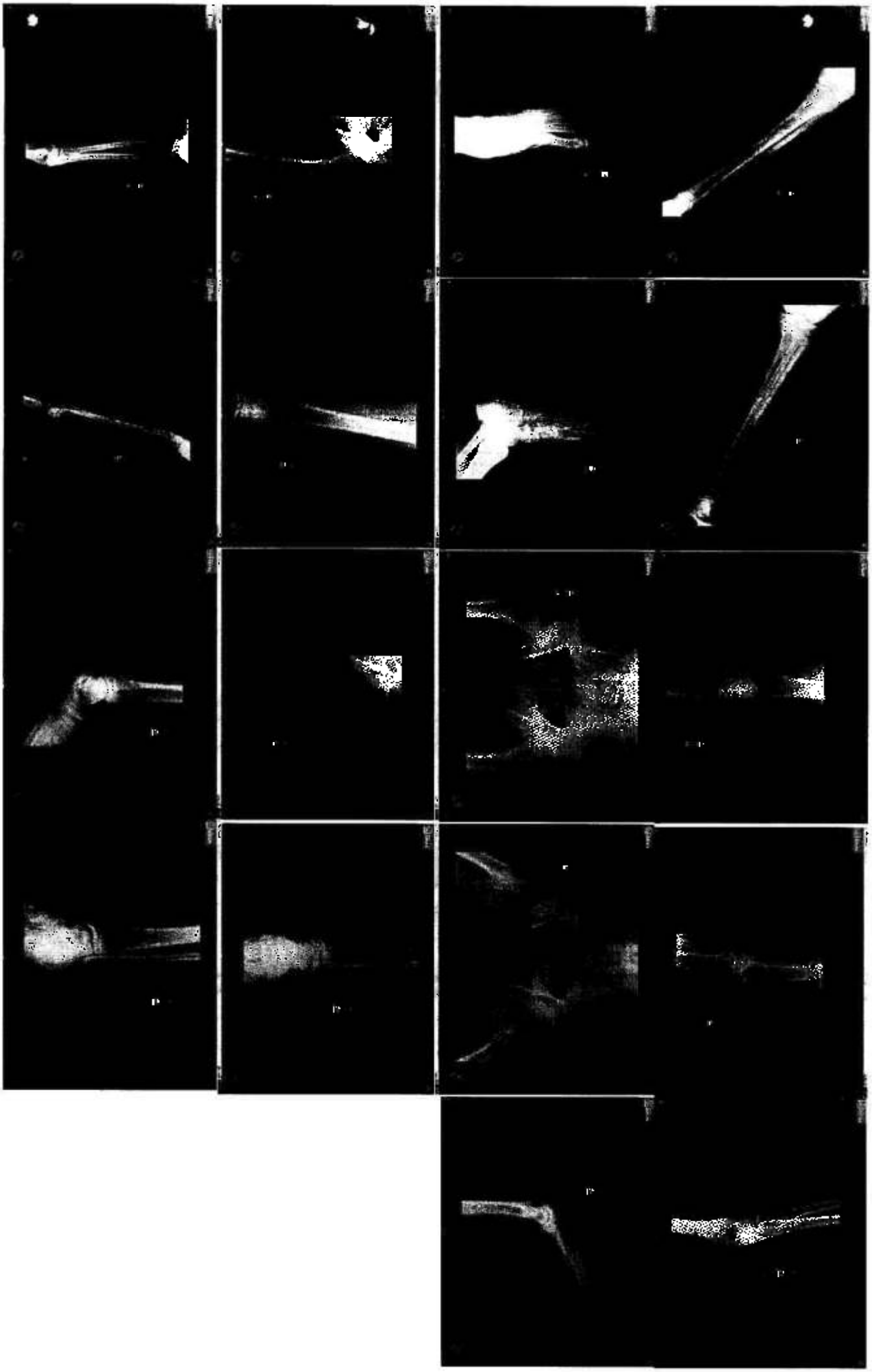
Os espaços e superfícies articulares estão preservados.

Hálux valgo.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco das Chagas Cardoso dos Santos** - C.P.F. - **512.810.153-34**, no dia **02/04/2019**, às **06h06min**, na **Avenida José Bastos com Rua Ceará**, no **Bairro Demócrito Rocha**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo **nº P745835/2019.**

Fortaleza, 04 de Julho de 2019.

Atenciosamente,

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de Fortaleza

P-745835/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 3A | PONTO DE APOIO: UBSF | Nº DA OCORRÊNCIA: QD 68

DATA: 02/04/19 | TURNO: SN | EQUIPE: Jeane + Almeiscou

NOME: Fco das Chagas Cordoso dos Santos | IDADE: 43 | SEXO: M

ENDEREÇO: AV. José Bonifácio c/ Ceará

REFERÊNCIA: Skill | BAIRRO: D. Rocha

QTY: 05:43 | QUS: 06:06 | QUY: 06:30 | QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro/Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

A Vias Aéreas: ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: N

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/ AUSENTE	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL LOCAL: Braquial	☒ CORADA ☒ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE ☐ FRIA	☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☒ SIM ☐ NÃO

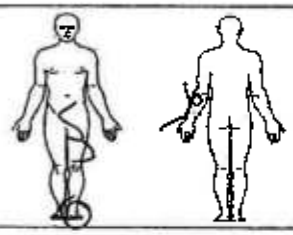
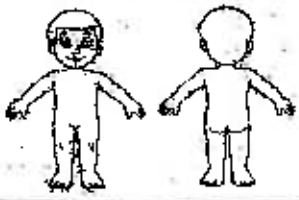
D Neurológico

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA	☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P)	☒ 5	OBEDECE A COMANDOS	☒ 6
À VOZ	☐ 3	CONFUSO (A) /CHORO CONSOLÁVEL	☐ 4	LOCALIZA A DOR	☐ 5
À DOR	☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) /INCONSOLÁVEL (P)	☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA	☐ 4
NENHUMA	☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) /GEMENTE (P)	☐ 2	FLEXÃO ANORMAL	☐ 3
TOTAL: 15		NENHUMA	☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL	☐ 2
				NENHUMA	☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

E Exposição

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Abrasões Dor Pé Esquerdo.	

SAMPLA

FC: 86	PA: 120 x 80	FR: 18	GLIC.:	OXIM.: 99	TEMP.:

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

AUTOATENDIMENTO

happiness COMPROVANTE DE CONSULTA DE EMERGÊNCIA

SENHA	29
Nº DE ATENDIMENTO:	59750124
USUÁRIO	6721500027203G FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO D
ESPECIALIDADE	TRAUMATOLOGIA
LOCAL	REC EMG TRAUMA CIRURGICO - HAP FORT
DATA	08/06/2019
PROTOCOLO	36825320190608775611

EM 08/06/2019 07:18 - HAPFORT-RUD2H2

AUTOATENDIMENTO

happiness COMPROVANTE DE CONSULTA DE EMERGÊNCIA

SENHA	160
Nº DE ATENDIMENTO:	60211125
USUÁRIO	8021500027203 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO D
ESPECIALIDADE	TRAUMATOLOGIA
LOCAL	REC EMG TRAUMA CIRURGICO - HAP FORT
DATA	29/06/2019
PROTOCOLO	36825320190629442384

EM 29/06/2019 11:02 - HAPFORT-RUD2H2

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 59630263 !^b%b"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:45:12

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510162

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
985593296		

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Cartoira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/06/2019	12:24		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59630263 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9329 [1]
PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [2]

Nº: 39573664 04/06/2019 às 12:42

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT DR BRUNO BOTELHO	[2]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[2]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]
Alergias	Não	[2]
Medicação Em Uso	Não	[2]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[2]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	PCT DR BRUNO BOTELHO	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[2]

ANTONIO PRUDENTE

DADOS PESSOAIS

Atendimento
59730124

!^|$;"

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

12/06/2019 16:45:21

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/06/2019	07:18		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente	Clinica
3391809 LIVIO DE SOUZA COSTA	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R431CRA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:43

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 59730124 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1] **Nº:** 39764164 08/06/2019 **às** 07:20

ANAMNESE

Queixa Principal	Fratura/avulsão maléolo lateral esquerdo	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	Fratura/avulsão maléolo lateral esquerdo	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:43

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59730124 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(la): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1] Nº: 39764379 08/06/2019 às 07:30

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	08/06/2019	[1]
Hora Da Alta	07:30	[1]

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58833288

!]vC{"

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:50

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
986593296	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/05/2019	07:29		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3746542 CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 15346 [1] Nº 37970859 04/06/2019 às 07:37

ANAMNESE

Queixa Principal	#ATENDIMENTO INICIAL TRAUMATOLOGIA -PCT RETORNA PARA AVALIAÇÃO. -CD: 4 AO CONSULTÓRIO DE DR. RAFAEL SOLICITO Rx + REAVALIAÇÃO COM EXAMES	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/05/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1]

Nº: 37972344 04/05/2019 às 08:23

ANAMNESE

Queixa Principal	RX FX TORNOZELO WEBER A CD: ORIENTAÇÕES AINE LIBERO CARGA TOTAL A PARTIR DE HOJE	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1] Nº: 37972419 04/05/2019 às 08:24

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	04/05/2019	[1]
Hora Da Alta	08:24	[1]

ORTOCLINIC

*Ortopedia *Traumatologia
*Fisioterapia

Convênios
* Unimed
* Hap Vida
* Ipec

Para:
Fº das Chagas Cordeiro Santos

Atesto p/ os devidos fins, que o paciente acima citado realizou 12 sessões de fisioterapia sobre seu tratamento, em tornozelo de segundo de [illegible] no período esp.

Atenciosamente

Fort. 03/06/19.

Dr. Márcio Adriano E. Alves
Fisioterapia
CREFITO Nº 21526
CPF: 414.337.853-15

Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fortaleza - CE - Fones: 3292-0153 / 3232-3222

AVISOS IMPORTANTES

1. PASSE PELA RECEPÇÃO, ANTES DE INICIAR SEU TRATAMENTO DIÁRIO.

2. TRAZER UMA TOALHA PARA USO PESSOAL

3. ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA

4. PROIBIDO ACOMPANHANTES NO SETOR DE FISIOTERAPIA EXCEÇÃO FEITA A APENAS A CRIANÇAS, IDOSOS E PACIENTES DE CADEIRA DE RODA, ESTÁ MEDIDA EVITA O AGLOMERADO DEIXA O SETOR ORGANIZADO E PERMITE MAIOR EFICIÊNCIA NO TRATAMENTO

ORTOCLINIC

ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
FISIOTERAPIA
Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fones:(85) 3292-0153 / 3232-3222

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

CONVÊNIOS

Nome: Flávia Chagas C. de Sientos

Convênio: Particular.

Data: __/__/__ - __/__/__

SEG. À SEXTA 07:30 ÀS 19:00

Diagnóstico: seq. fratura do tornozelo E e trauma no joelho E

Tratamento:

Cinesio + Eletro

Obs.:

Fisioterapêuta

Nº 55	DATA	ATENDENTE
01	21/05/19	
02	22/05/19	
03	23/05/19	
04	24/05/19	
05	27/05/19	
06	28/05/19	
07	29/05/19	
08	30/05/19	
09	31/05/19	
10	03/06/19	

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 59193532 !^6FC"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:45:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
18/05/2019	07:11		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clínica
3841707 GEORGE WALLACE FREIRE ALVES	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R431DRA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59193532 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): GEORGE WALLACE FREIRE ALVES CRM 16670 [1] Nº: 38696457 18/05/2019 às 07:38

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO DEVIDO A FRATURA AVULSAO DA FIBULA DISTAL COM FRAGMENTO ÓSSEO <5MM, EM TRATAMETO CONSERVADOR HÁ 2 MESES. REFERE MELHORA DO QUADRO ALGICO; DEAMBULA SEM AUXILIO DE ORTESES. SOLICITO FISIOTERAPIA	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 59193532 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): GEORGE WALLACE FREIRE ALVES CRM 16670 [1] **Nº:** 38698646 18/05/2019 **às** 07:44

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	18/05/2019	[1]
Hora Da Alta	07:44	[1]

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58144718

!]1R5"

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
03ILF000370002014	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/04/2019	07:13		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1]

Nº: 36488470 06/04/2019 **às** 07:23

ANAMNESE

Queixa Principal	pct vitima de traua no tnz esquerdo cd: rx	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	pct vitima de traua no tnz esquerdo cd: rx	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): RAFAEL BARROS BOTELHO CRM 13307 [1]

Nº: 36489907 06/04/2019 **às** 08:08

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, DIA 2/4/19 [1]

RX: FRATURA DO TIP FIBULAR, SEM DESVIO

CD:
IMOBILIZO
ATESTADO
ORIENTO

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, DIA 2/4/19 [1]

RX: FRATURA DO TIP FIBULAR, SEM DESVIO

CD:
IMOBILIZO
ATESTADO
ORIENTO

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO COREN 236206 [1]

Nº: 36490153 06/04/2019 **às** 08:17

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 08:17, EM 06/04/2019 POR JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 236206. [1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clinico [1]

ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS às 08:05 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 5 (CINCO) dias, a partir de 02/04/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M95

Código da Doença

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11332

Local e Data

Assinatura do Médico

FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

CRM 11332

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BOFIC49X3D9K0
Solicitacao da Senha : 02/04/2019 06:23:39

R3002 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS 02/04/2019 08:06 192.85.4.10*

ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS às 08:09 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dias, a partir de 06/04/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M259

Código da Doença

6/4/19

Local e Data

Dr. Rafael Botelho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CREMEC 13307 / TEOT 15047

Assinatura do Médico

RAFAEL BARROS BOTELHO

CRM 13307

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BHJIG49X3X3K0
Solicitacao da Senha : 06/04/2019 07:12:48

R3002 RAFAEL BARROS BOTELHO 06/04/2019 08:09 192.85.4.101

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SERIE (continuação)

64 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SERIE				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

64 - OBSERVAÇÃO

65 - TOTAL PROCEDIMENTOS R$	66 - TOTAL TAXAS E ATIVIDADES R$	67 - TOTAL MATERIAIS R$	68 - TOTAL MEDICAMENTOS R$	69 - TOTAL DIÁRIAS R$	70 - TOTAL GERAL MEDICAMENTOS R$	71 - TOTAL GERAL EM GUIA R$

86 - DATA E ASSINATURA DO ASSINANTE	87 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL P/ AUTORIZAÇÃO	88 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL	89 - DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE

OPM UTILIZADOS

	72 - TABELA	73 - CÓDIGO DO OPM	74 - DESCRIÇÃO OPM	75 - QTDE	76 - CÓDIGO DE BARRAS		77 - VALOR UNITÁRIO R$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

OPM UTILIZADOS

	78 - TABELA	79 - CÓDIGO DO OPM	80 - DESCRIÇÃO OPM	81 - QTDE	82 - CÓDIGO DE BARRAS	83 - VALOR UNITÁRIO R$	84 - VALOR TOTAL R$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

85 - TOTAL GERAL R$

Hapvida Assistência Médica

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT - Nº

ANS - nº 36.825-3

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

3 - Nº GUIA PRINCIPAL (preenchimento obrigatório) | 4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 5 - SENHA | 6 - DATA VALIDADE DA SENHA | 7 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - NÚMERO DA CARTEIRA | 9 - PLANO | 10 - VALIDADE DA CARTEIRA

11 - NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS | 12 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 14 - NOME DO CONTRATADO | 15 - CÓDIGO CNES

16 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: LÍVIO DE SOUZA COSTA | 17 - CONSELHO PROFISSIONAL: CREMEC | 18 - NÚMERO DO CONSELHO: 18389 | 19 - UF: CE | 20 - CÓDIGO CBOS

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO | 22 - CARÁTER DA SOLICITAÇÃO: E - Eletivo U - Urgência/Emergência | 23 - CID 10 | 24 - INDICAÇÃO CLÍNICA: FRATURA DO TORNOZELO ESQ

25 - TABELA | 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | 27 - DESCRIÇÃO: FISIOTERAPIA MOTORA – 10 SESSÕES | 28 - QTSOL: 10 | 29 - QTAUT

Dr. Lívio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18389
RQE 15731

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 31 - NOME DO CONTRATADO | 32 - TIPO | 33 - LOGRADOURO - Nº - COMPLEMENTO

34 - MUNICÍPIO | 35 - Nº | 36 - CÓDIGO IBGE | 37 - CPF | 38 - CÓDIGO CNES

39 - NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / COMPLEMENTAR | 40 - CONSELHO PROFISSIONAL | 41 - NÚMERO DO CONSELHO | 42 - UF | 43 - CÓDIGO CBOS

DADOS DO ATENDIMENTO

44 - TIPO DE ATENDIMENTO: 1 - Remoção 2 - Pequ. Cirurgia 3 - Terapias 4 - Consultas 5 - Exame 6 - Apoio diag. 7 - SADT internação 8 - Quimioterapia 9 - Radioterapia 10 - PHS (Terapia Renal Substitutiva)

45 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE: 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

46 - TIPO DE SAÍDA: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA DE REFERÊNCIA

47 - TIPO DE DOENÇA: A - Aguda C - Crônica | 48 - TEMPO DE DOENÇA: A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE

	51 - DATA	52 - HORA INICIAL	53 - HORA FINAL	54 - TABELA	55 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	56 - DESCRIÇÃO	57 - QTDE	58 - VIA	59 - TEC	60 - % ACRÉSCIMO	61 - VALOR UNITÁRIO R$	62 - VALOR TOTAL R$
1												
2												
3												
4												
5												

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE (continuação)

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

64 - DESCRIÇÃO

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR À OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU TRATAMENTO

Assinatura do Usuário/Representante

65 - TOTAL PROCEDIMENTOS R$ | 66 - TOTAL TAXAS E ALUGUÉIS R$ | 67 - TOTAL MATERIAIS R$ | 68 - TOTAL DE MEDICAMENTOS | 69 - TOTAL DIÁRIAS R$ | 70 - TOTAL GASES MEDICINAIS R$ | 71 - TOTAL GERAL DA GUIA R$

72 - DATA E ASSINATURA DO USUÁRIO | 73 - DATA E ASSIN. DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO | 74 - DATA E ASS. BENEFICIÁRIO DO RESPONSÁVEL | 75 - DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58027744 ![%pO"

PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:28

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço

R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
988593296	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
03ILF000370002014	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/04/2019	06:24		2 CONSULTA CLINICA

Médico Atendente	Clinica
39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

P4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

CONFERE COM O ORIGINAL

FELIPE 27841

Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPPOR 143DOC FELIPEOS 12/06/2019 16:14:58 28.0022.00001

Data inicial: 01/01/2019 Atendimento: 58027744 Médico prescritor:

Data final: 12/06/2019 Prontuário: Convênio: Consultar

Carteira: Atendimentos para alta administrativa Atendimentos com pendências no prontuário Atendimentos abertos para auditoria Atendimentos liberados pela enfermagem

PEP Laudo T3488 T43A6

Documentos

	Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	CI Atendimento	data	Sexo
12/06/2019 09:24 - CONSULTA CLINICA	58027744	16358462	FRANCISCO DAS CHAGAS CANDIDO DOS SANTOS	[illegible]	[illegible]	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta | Lista por Tipo de Documento | Nome da Mãe: MARIA VICENTA CARDIGO DOS SANTOS | Nome do Pai

Tipos de documentos

- 1 Registros Médicos
  - 12 Formulário de Atendimento na Emergência
  - 7 Prescrição Médica
  - 16 Receita Médica Especial
  - 5 Receitas Médicas
  - 10 Atestado Médico
  - 11 Declarações
  - 6 Pareceres Médicos
  - 3 Solicitação de Parecer Médico
  - 4 Anamnese do Paciente
  - 2 Evolução Médica

Ver histórico de digitalização

Visualizar | Imprimir Doc. Assinado

Data/Hora	Profissional	Situação
12/06/2019 09:31	[illegible]	ASSINADO

FELIPE 27841

Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:39

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] **Nº:** 35267830 02/04/2019 **às** 06:30

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE TRANSITO , COM MOTO, APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÕES EM PERNA ESQUERDA E COTOVELO ESQUERDO.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE COM ORIGINAL
FELIPE 27841

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1] **Nº:** 38269894 02/04/2019 às 08:02

ANAMNESE

Queixa Principal	PCTE ATENDIDO PELO COLEGA APÓS ACIDENTE VEIO MOSTRA RX RX COM TRAÇO DE FRATURA ? EM MALEOLO LATERAL TORNOZELO E	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]

FELIPE 27342

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): DAVID GOES DE ALCANTARA CRM 18656 [1] **Nº:** 36273886 02/04/2019 **às** 09:17

ANAMNESE

Queixa Principal	curativo	[1]
Queixa Principal	•	
Diagnóstico Inicial	57 CURATIVOS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

COREN-CE-CIRURGIÃO
FRCUME 27846
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO COREN 2545 [1] **Nº:** 36275027 02/04/2019 às 09:36

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545. [1]

CURATIVO GRANDE REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO COM SULFADIAZINA REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO EXTRA GRANDE REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clinico [1]

COREN-CE CIT... FELIPE 27841
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Data do Atendimento: 08/06/2019

RECEITA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PATOLOGIA DE CID 82.6, EVOLUI COM RESOLUÇÃO DO QUADRO ORTOPÉDICO, APTO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES LABORAIS.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18356 / RQE 15731

RP3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA 08/06/2019 07:26 192.85.4.101

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico:LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Data do Atendimento: 08/06/2019

RECEITA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PATOLOGIA DE CID 82.6, EVOLUI COM RESOLUÇÃO DO QUADRO ORTOPÉDICO. APTO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES LABORAIS.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Reumatologia
CRM 18369 TEOT 15731

RP3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA 08/06/2019 07:26 192.85.4.101

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30673538

Data **04/05/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 8021500027200301 1
Solicitante: Dr(a) CARLOS DANIEL VERAS

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

!]vC{8"
5883328821

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

![]%pO9
5802774422

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.:06/03/1975 Sexo:M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO

!]%pO:'
5802774423

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares integros.

Aumento de partes moles por derrame articular.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX COXA (MENBROS INFERIORES) ESQUERDA

!]%pO;
5802774424

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX COTOVELO ESQUERDO

!]%pO

5802774425

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBSERVAÇÃO: CABEÇA DO RÁDIO NÃO INDIVIDUALIZADA ADEQUADAMENTE NAS IMAGENS DISPONÍVEIS.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

![]%pO=
5802774426

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

ANTONIO PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.:06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51261015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ANTEBRACO ESQUERDO

![]%pO>
5802774427

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento..: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!]%pO

5802774428

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento: 06/03/1976 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX PE OU PODODACTILOS ESQUERDO

!]%pO8
5802774421

RELATÓRIO:

A densidade e estrutura trabecular ósseas estão normais.

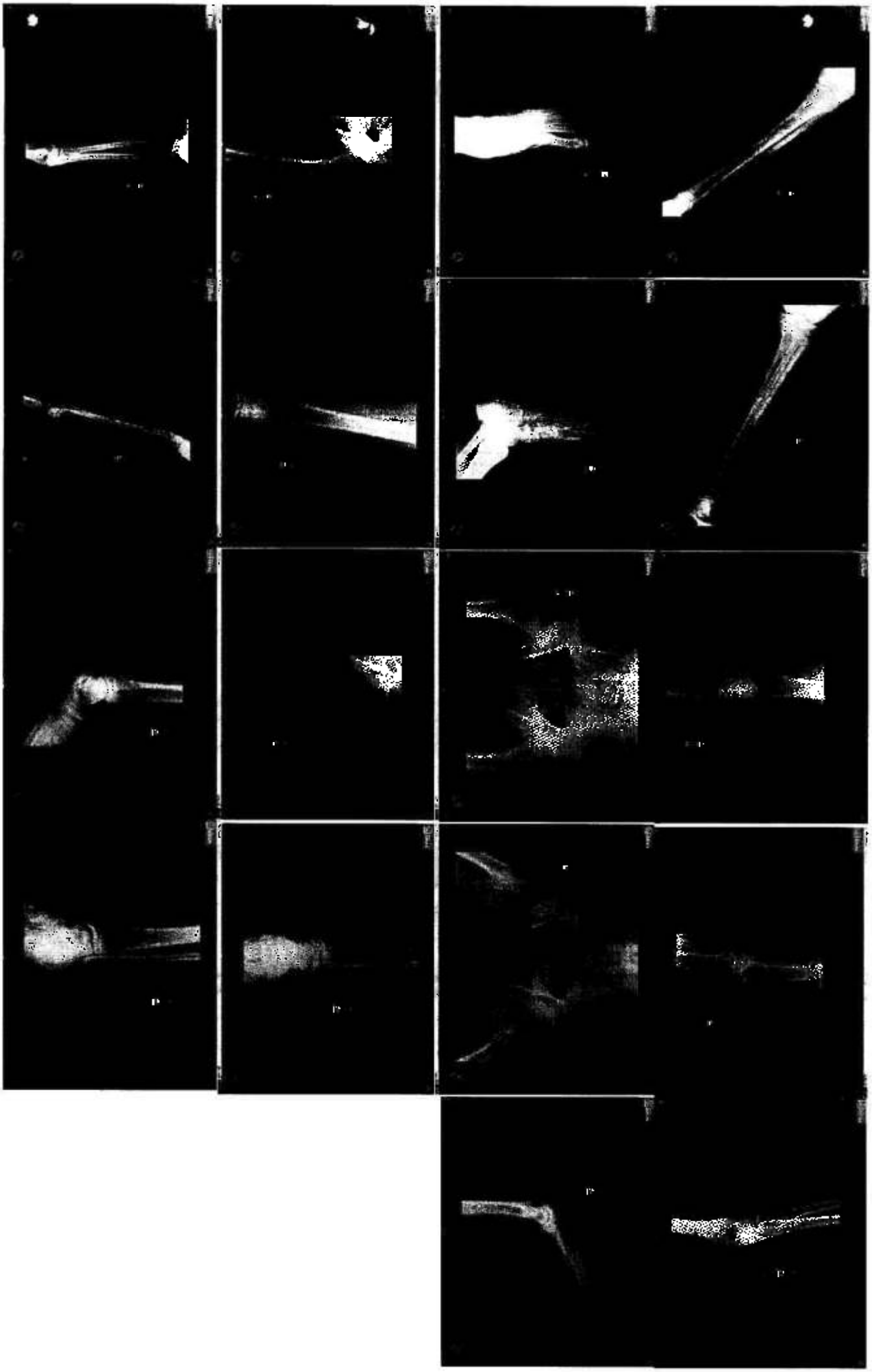
Os espaços e superfícies articulares estão preservados.

Hálux valgo.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco das Chagas Cardoso dos Santos** - C.P.F. - **512.810.153-34**, no dia **02/04/2019**, às **06h06min**, na **Avenida José Bastos com Rua Ceará**, no **Bairro Demócrito Rocha**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo **nº P745835/2019.**

Fortaleza, 04 de Julho de 2019.

Atenciosamente,

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de Fortaleza

P-745835/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 3A | PONTO DE APOIO: UBSF | Nº DA OCORRÊNCIA: QD 68

DATA: 02/04/19 | TURNO: SN | EQUIPE: Jeane + Almeiscou

NOME: Fco das Chagas Cordoso dos Santos | IDADE: 43 | SEXO: M

ENDEREÇO: AV. José Bonifácio c/ Ceará

REFERÊNCIA: Skill | BAIRRO: D. Rocha

QTY: 05:43 | QUS: 06:06 | QUY: 06:30 | QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro/Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

A Vias Aéreas: ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: N

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/ AUSENTE	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL LOCAL: Braquial	☒ CORADA ☒ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE ☐ FRIA	☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☒ SIM ☐ NÃO

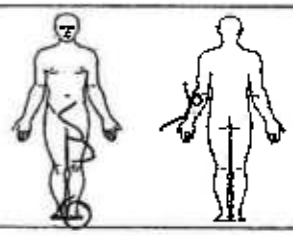
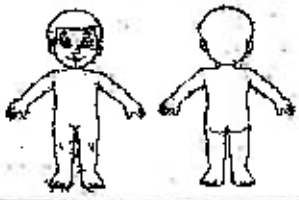
D Neurológico

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA	☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P)	☒ 5	OBEDECE A COMANDOS	☒ 6
À VOZ	☐ 3	CONFUSO (A) /CHORO CONSOLÁVEL	☐ 4	LOCALIZA A DOR	☐ 5
À DOR	☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) /INCONSOLÁVEL (P)	☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA	☐ 4
NENHUMA	☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) /GEMENTE (P)	☐ 2	FLEXÃO ANORMAL	☐ 3
TOTAL: 15		NENHUMA	☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL	☐ 2
				NENHUMA	☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

E Exposição

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Abrasões Dor Pé Esquerdo.	

SAMPLA

FC: 86	PA: 120 x 80	FR: 18	GLIC.:	OXIM.: 99	TEMP.:

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

AUTOATENDIMENTO

happiness COMPROVANTE DE CONSULTA DE EMERGÊNCIA

SENHA	29
Nº DE ATENDIMENTO:	59750124
USUÁRIO	6721500027203G FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO D
ESPECIALIDADE	TRAUMATOLOGIA
LOCAL	REC EMG TRAUMA CIRURGICO - HAP FORT
DATA	08/06/2019
PROTOCOLO	36825320190608775611

EM 08/06/2019 07:18 - HAPFORT-RUD2H2

AUTOATENDIMENTO

happiness COMPROVANTE DE CONSULTA DE EMERGÊNCIA

SENHA	160
Nº DE ATENDIMENTO:	60211125
USUÁRIO	8021500027203 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO D
ESPECIALIDADE	TRAUMATOLOGIA
LOCAL	REC EMG TRAUMA CIRURGICO - HAP FORT
DATA	29/06/2019
PROTOCOLO	36825320190629442384

EM 29/06/2019 11:02 - HAPFORT-RUD2H2

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 59630263 !^b%b"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:45:12

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510162

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
985593296		

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Cartoira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/06/2019	12:24		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59630263 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9329 [1]
PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [2]

Nº: 39573664 04/06/2019 às 12:42

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT DR BRUNO BOTELHO	[2]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[2]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]
Alergias	Não	[2]
Medicação Em Uso	Não	[2]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[2]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	PCT DR BRUNO BOTELHO	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[2]

ANTONIO PRUDENTE

DADOS PESSOAIS

Atendimento
59730124

!^|$;"

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

12/06/2019 16:45:21

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/06/2019	07:18		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente	Clinica
3391809 LIVIO DE SOUZA COSTA	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R431CRA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:43

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 59730124 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1] **Nº:** 39764164 08/06/2019 **às** 07:20

ANAMNESE

Queixa Principal	Fratura/avulsão maléolo lateral esquerdo	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	Fratura/avulsão maléolo lateral esquerdo	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:43

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59730124 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(la): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1] Nº: 39764379 08/06/2019 às 07:30

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	08/06/2019	[1]
Hora Da Alta	07:30	[1]

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58833288

!]vC{"

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:50

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
986593296	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/05/2019	07:29		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3746542 CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 15346 [1] Nº 37970859 04/06/2019 às 07:37

ANAMNESE

Queixa Principal	#ATENDIMENTO INICIAL TRAUMATOLOGIA -PCT RETORNA PARA AVALIAÇÃO. -CD: 4 AO CONSULTÓRIO DE DR. RAFAEL SOLICITO Rx + REAVALIAÇÃO COM EXAMES	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/05/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1]

Nº: 37972344 04/05/2019 às 08:23

ANAMNESE

Queixa Principal	RX FX TORNOZELO WEBER A CD: ORIENTAÇÕES AINE LIBERO CARGA TOTAL A PARTIR DE HOJE	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1] Nº: 37972419 04/05/2019 às 08:24

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	04/05/2019	[1]
Hora Da Alta	08:24	[1]

ORTOCLINIC

*Ortopedia *Traumatologia
*Fisioterapia

Convênios
* Unimed
* Hap Vida
* Ipec

Para:
Fº das Chagas Cordeiro Santos

Atesto p/ os devidos fins, que o paciente acima citado realizou 12 sessões de fisioterapia sobre seu tratamento, em tornozelo de segundo de [illegible] no período esp.

Atenciosamente

Fort. 03/06/19.

Dr. Márcio Adriano E. Alves
Fisioterapia
CREFITO Nº 21526
CPF: 414.337.853-15

Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fortaleza - CE - Fones: 3292-0153 / 3232-3222

AVISOS IMPORTANTES

1. PASSE PELA RECEPÇÃO, ANTES DE INICIAR SEU TRATAMENTO DIÁRIO.

2. TRAZER UMA TOALHA PARA USO PESSOAL

3. ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA

4. PROIBIDO ACOMPANHANTES NO SETOR DE FISIOTERAPIA EXCEÇÃO FEITA A APENAS A CRIANÇAS, IDOSOS E PACIENTES DE CADEIRA DE RODA, ESTÁ MEDIDA EVITA O AGLOMERADO DEIXA O SETOR ORGANIZADO E PERMITE MAIOR EFICIÊNCIA NO TRATAMENTO

ORTOCLINIC

ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
FISIOTERAPIA
Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fones:(85) 3292-0153 / 3232-3222

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

CONVÊNIOS

Nome: Flávia Chagas C. de Sientos

Convênio: Particular.

Data: __/__/__ - __/__/__

SEG. À SEXTA 07:30 ÀS 19:00

Diagnóstico: seq. fratura do tornozelo E e trauma no joelho E

Tratamento:

Cinesio + Eletro

Obs.:

Fisioterapêuta

Nº 55	DATA	ATENDENTE
01	21/05/19	
02	22/05/19	
03	23/05/19	
04	24/05/19	
05	27/05/19	
06	28/05/19	
07	29/05/19	
08	30/05/19	
09	31/05/19	
10	03/06/19	

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 59193532 !^6FC"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:45:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
18/05/2019	07:11		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clínica
3841707 GEORGE WALLACE FREIRE ALVES	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R431DRA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59193532 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): GEORGE WALLACE FREIRE ALVES CRM 16670 [1] Nº: 38696457 18/05/2019 às 07:38

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO DEVIDO A FRATURA AVULSAO DA FIBULA DISTAL COM FRAGMENTO ÓSSEO <5MM, EM TRATAMETO CONSERVADOR HÁ 2 MESES. REFERE MELHORA DO QUADRO ALGICO; DEAMBULA SEM AUXILIO DE ORTESES. SOLICITO FISIOTERAPIA	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 59193532 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): GEORGE WALLACE FREIRE ALVES CRM 16670 [1] **Nº:** 38698646 18/05/2019 **às** 07:44

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	18/05/2019	[1]
Hora Da Alta	07:44	[1]

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58144718

!]1R5"

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
03ILF000370002014	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/04/2019	07:13		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1]

Nº: 36488470 06/04/2019 **às** 07:23

ANAMNESE

Queixa Principal	pct vitima de traua no tnz esquerdo cd: rx	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	pct vitima de traua no tnz esquerdo cd: rx	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): RAFAEL BARROS BOTELHO CRM 13307 [1]

Nº: 36489907 06/04/2019 **às** 08:08

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, DIA 2/4/19 [1]

RX: FRATURA DO TIP FIBULAR, SEM DESVIO

CD:
IMOBILIZO
ATESTADO
ORIENTO

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, DIA 2/4/19 [1]

RX: FRATURA DO TIP FIBULAR, SEM DESVIO

CD:
IMOBILIZO
ATESTADO
ORIENTO

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO COREN 236206 [1]

Nº: 36490153 06/04/2019 **às** 08:17

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 08:17, EM 06/04/2019 POR JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 236206. [1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clinico [1]

ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS às 08:05 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 5 (CINCO) dias, a partir de 02/04/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M95

Código da Doença

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11332

Local e Data

Assinatura do Médico

FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

CRM 11332

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BOFIC49X3D9K0
Solicitacao da Senha : 02/04/2019 06:23:39

R3002 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS 02/04/2019 08:06 192.85.4.10*

ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS às 08:09 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dias, a partir de 06/04/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M259

Código da Doença

6/4/19

Local e Data

Dr. Rafael Botelho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CREMEC 13307 / TEOT 15047

Assinatura do Médico

RAFAEL BARROS BOTELHO

CRM 13307

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BHJIG49X3X3K0
Solicitacao da Senha : 06/04/2019 07:12:48

R3002 RAFAEL BARROS BOTELHO 06/04/2019 08:09 192.85.4.101

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SERIE (continuação)

64 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SERIE				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

64 - OBSERVAÇÃO

65 - TOTAL PROCEDIMENTOS R$	66 - TOTAL TAXAS E ATIVIDADES R$	67 - TOTAL MATERIAIS R$	68 - TOTAL MEDICAMENTOS R$	69 - TOTAL DIÁRIAS R$	70 - TOTAL GERAL MEDICAMENTOS R$	71 - TOTAL GERAL EM GUIA R$

86 - DATA E ASSINATURA DO ASSINANTE	87 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL P/ AUTORIZAÇÃO	88 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL	89 - DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE

OPM UTILIZADOS

	72 - TABELA	73 - CÓDIGO DO OPM	74 - DESCRIÇÃO OPM	75 - QTDE	76 - CÓDIGO DE BARRAS		77 - VALOR UNITÁRIO R$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

OPM UTILIZADOS

	78 - TABELA	79 - CÓDIGO DO OPM	80 - DESCRIÇÃO OPM	81 - QTDE	82 - CÓDIGO DE BARRAS	83 - VALOR UNITÁRIO R$	84 - VALOR TOTAL R$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

85 - TOTAL GERAL R$

Hapvida Assistência Médica

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT - Nº

ANS - nº 36.825-3

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

3 - Nº GUIA PRINCIPAL (preenchimento obrigatório) | 4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 5 - SENHA | 6 - DATA VALIDADE DA SENHA | 7 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - NÚMERO DA CARTEIRA | 9 - PLANO | 10 - VALIDADE DA CARTEIRA

11 - NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS | 12 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 14 - NOME DO CONTRATADO | 15 - CÓDIGO CNES

16 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: LÍVIO DE SOUZA COSTA | 17 - CONSELHO PROFISSIONAL: CREMEC | 18 - NÚMERO DO CONSELHO: 18389 | 19 - UF: CE | 20 - CÓDIGO CBOS

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO | 22 - CARÁTER DA SOLICITAÇÃO: E - Eletivo U - Urgência/Emergência | 23 - CID 10 | 24 - INDICAÇÃO CLÍNICA: FRATURA DO TORNOZELO ESQ

25 - TABELA | 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | 27 - DESCRIÇÃO: FISIOTERAPIA MOTORA – 10 SESSÕES | 28 - QTSOL: 10 | 29 - QTAUT

Dr. Lívio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18389
RQE 15731

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 31 - NOME DO CONTRATADO | 32 - TIPO | 33 - LOGRADOURO - Nº - COMPLEMENTO

34 - MUNICÍPIO | 35 - Nº | 36 - CÓDIGO IBGE | 37 - CPF | 38 - CÓDIGO CNES

39 - NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / COMPLEMENTAR | 40 - CONSELHO PROFISSIONAL | 41 - NÚMERO DO CONSELHO | 42 - UF | 43 - CÓDIGO CBOS

DADOS DO ATENDIMENTO

44 - TIPO DE ATENDIMENTO: 1 - Remoção 2 - Pequ. Cirurgia 3 - Terapias 4 - Consultas 5 - Exame 6 - Apoio diag. 7 - SADT internação 8 - Quimioterapia 9 - Radioterapia 10 - PHS (Terapia Renal Substitutiva)

45 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE: 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

46 - TIPO DE SAÍDA: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA DE REFERÊNCIA

47 - TIPO DE DOENÇA: A - Aguda C - Crônica | 48 - TEMPO DE DOENÇA: A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE

	51 - DATA	52 - HORA INICIAL	53 - HORA FINAL	54 - TABELA	55 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	56 - DESCRIÇÃO	57 - QTDE	58 - VIA	59 - TEC	60 - % ACRÉSCIMO	61 - VALOR UNITÁRIO R$	62 - VALOR TOTAL R$
1												
2												
3												
4												
5												

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE (continuação)

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

64 - DESCRIÇÃO

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR À OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU TRATAMENTO

Assinatura do Usuário/Representante

65 - TOTAL PROCEDIMENTOS R$ | 66 - TOTAL TAXAS E ALUGUÉIS R$ | 67 - TOTAL MATERIAIS R$ | 68 - TOTAL DE MEDICAMENTOS | 69 - TOTAL DIÁRIAS R$ | 70 - TOTAL GASES MEDICINAIS R$ | 71 - TOTAL GERAL DA GUIA R$

72 - DATA E ASSINATURA DO USUÁRIO | 73 - DATA E ASSIN. DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO | 74 - DATA E ASS. BENEFICIÁRIO DO RESPONSÁVEL | 75 - DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58027744 ![%pO"

PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:28

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço

R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
988593296	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
03ILF000370002014	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/04/2019	06:24		2 CONSULTA CLINICA

Médico Atendente	Clinica
39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

P4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

CONFERE COM O ORIGINAL

FELIPE 27841

Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPPOR 143DOC FELIPEOS 12/06/2019 16:14:58 28.0022.00001

Data inicial: 01/01/2019 Atendimento: 58027744 Médico prescritor:

Data final: 12/06/2019 Prontuário: Convênio: Consultar

Carteira: Atendimentos para alta administrativa Atendimentos com pendências no prontuário Atendimentos abertos para auditoria Atendimentos liberados pela enfermagem

PEP Laudo T3488 T43A6

Documentos

	Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	CI Atendimento	data	Sexo
12/06/2019 09:24 - CONSULTA CLINICA	58027744	16358462	FRANCISCO DAS CHAGAS CANDIDO DOS SANTOS	[illegible]	[illegible]	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta | Lista por Tipo de Documento | Nome da Mãe: MARIA VICENTA CARDIGO DOS SANTOS | Nome do Pai

Tipos de documentos

- 1 Registros Médicos
  - 12 Formulário de Atendimento na Emergência
  - 7 Prescrição Médica
  - 16 Receita Médica Especial
  - 5 Receitas Médicas
  - 10 Atestado Médico
  - 11 Declarações
  - 6 Pareceres Médicos
  - 3 Solicitação de Parecer Médico
  - 4 Anamnese do Paciente
  - 2 Evolução Médica

Ver histórico de digitalização

Visualizar | Imprimir Doc. Assinado

Data/Hora	Profissional	Situação
12/06/2019 09:31	[illegible]	ASSINADO

FELIPE 27841

Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:39

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] **Nº:** 35267830 02/04/2019 **às** 06:30

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE TRANSITO , COM MOTO, APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÕES EM PERNA ESQUERDA E COTOVELO ESQUERDO.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE COM ORIGINAL
FELIPE 27841

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1] **Nº:** 38269894 02/04/2019 às 08:02

ANAMNESE

Queixa Principal	PCTE ATENDIDO PELO COLEGA APÓS ACIDENTE VEIO MOSTRA RX RX COM TRAÇO DE FRATURA ? EM MALEOLO LATERAL TORNOZELO E	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]

FELIPE 27342

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): DAVID GOES DE ALCANTARA CRM 18656 [1] **Nº:** 36273886 02/04/2019 **às** 09:17

ANAMNESE

Queixa Principal	curativo	[1]
Queixa Principal	•	
Diagnóstico Inicial	57 CURATIVOS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

COREN-CE-CIRURGIÃO
FRCUME 27846
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO COREN 2545 [1] **Nº:** 36275027 02/04/2019 às 09:36

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545. [1]

CURATIVO GRANDE REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO COM SULFADIAZINA REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO EXTRA GRANDE REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clinico [1]

COREN-CE CIT... FELIPE 27841
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Data do Atendimento: 08/06/2019

RECEITA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PATOLOGIA DE CID 82.6, EVOLUI COM RESOLUÇÃO DO QUADRO ORTOPÉDICO, APTO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES LABORAIS.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18356 / RQE 15731

RP3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA 08/06/2019 07:26 192.85.4.101

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico:LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Data do Atendimento: 08/06/2019

RECEITA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PATOLOGIA DE CID 82.6, EVOLUI COM RESOLUÇÃO DO QUADRO ORTOPÉDICO. APTO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES LABORAIS.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Reumatologia
CRM 18369 TEOT 15731

RP3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA 08/06/2019 07:26 192.85.4.101

Saúde e Família

Dr. Adroaldo Silveira Aragão
Medicina Interna

R

Relatório Médico

Relato, para os devidos fins, junto ao DETRAN, que a Sra. Antonia Alves de Lima, 66a, informa que sofreu acidente de trânsito, em 13.08.19, e teve fratura múltipla do tornozelo/tíbia e fíbula EE 1/3 distal; submeteu-se a osteossíntese, imobilização e fisioterapia; recebeu alta definitiva em 3/0/20, com as seguintes sequelas: hipotrofia muscular da coxa e perna/tb. (EE) c/ deficit de força muscular do MSE, c/ deformidade do tornozelo E, c/ edema residual crônico da perna/tornozelo - pé (EE); com bloqueio articular dos movimentos de flex. extensão do tornozelo E c/ deficit de apoio do pé E, c/ instabilidade de decúbito E; com comprometimento funcional do tornozelo E em 80%, do MSE em 60%.

Fortaleza, 02/03/20

RRB/CM

Dr. Adroaldo Silveira Aragão
CRM 1600 - CPF 049448603-15
Adroaldo Silveira Aragão
MÉDICO

CONSULTÓRIO:
Rua Tiburcio Cavalcante, 1719 - Aldeota - Fortaleza - Ceará
Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552
CEP: 60125-100

E-mail: adroaldoaragao@hotmail.com
Fones: 3224 6350 / 9 9984 6350 / 9 8884 6350

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30673538

Data **04/05/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 8021500027200301 1
Solicitante: Dr(a) CARLOS DANIEL VERAS

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

!]vC{8"
5883328821

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

![]%pO9
5802774422

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.:06/03/1975 Sexo:M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO

!]%pO:'
5802774423

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares integros.

Aumento de partes moles por derrame articular.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX COXA (MENBROS INFERIORES) ESQUERDA

!]%pO;
5802774424

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX COTOVELO ESQUERDO

!]%pO

5802774425

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBSERVAÇÃO: CABEÇA DO RÁDIO NÃO INDIVIDUALIZADA ADEQUADAMENTE NAS IMAGENS DISPONÍVEIS.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

![]%pO=
5802774426

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Avulsão de diminuto fragmento ósseo em maléolo lateral.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

ANTONIO PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento.:06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51261015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX ANTEBRACO ESQUERDO

![]%pO>
5802774427

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento..: 06/03/1975 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!]%pO

5802774428

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 30130799

Data **02/04/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 16389462 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Nascimento: 06/03/1976 Sexo: M RG.: 90011007201 SSP CE CPF.: 51281015334
Endereco...: R CUIABA 1251 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510182 Tel.: 986593296
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula...: 80215000272003011
Solicitante: Dr(a) JOSE NEIAS ARAUJO R

Queixa Principal:
DOR

Exame:
RX PE OU PODODACTILOS ESQUERDO

!]%pO8
5802774421

RELATÓRIO:

A densidade e estrutura trabecular ósseas estão normais.

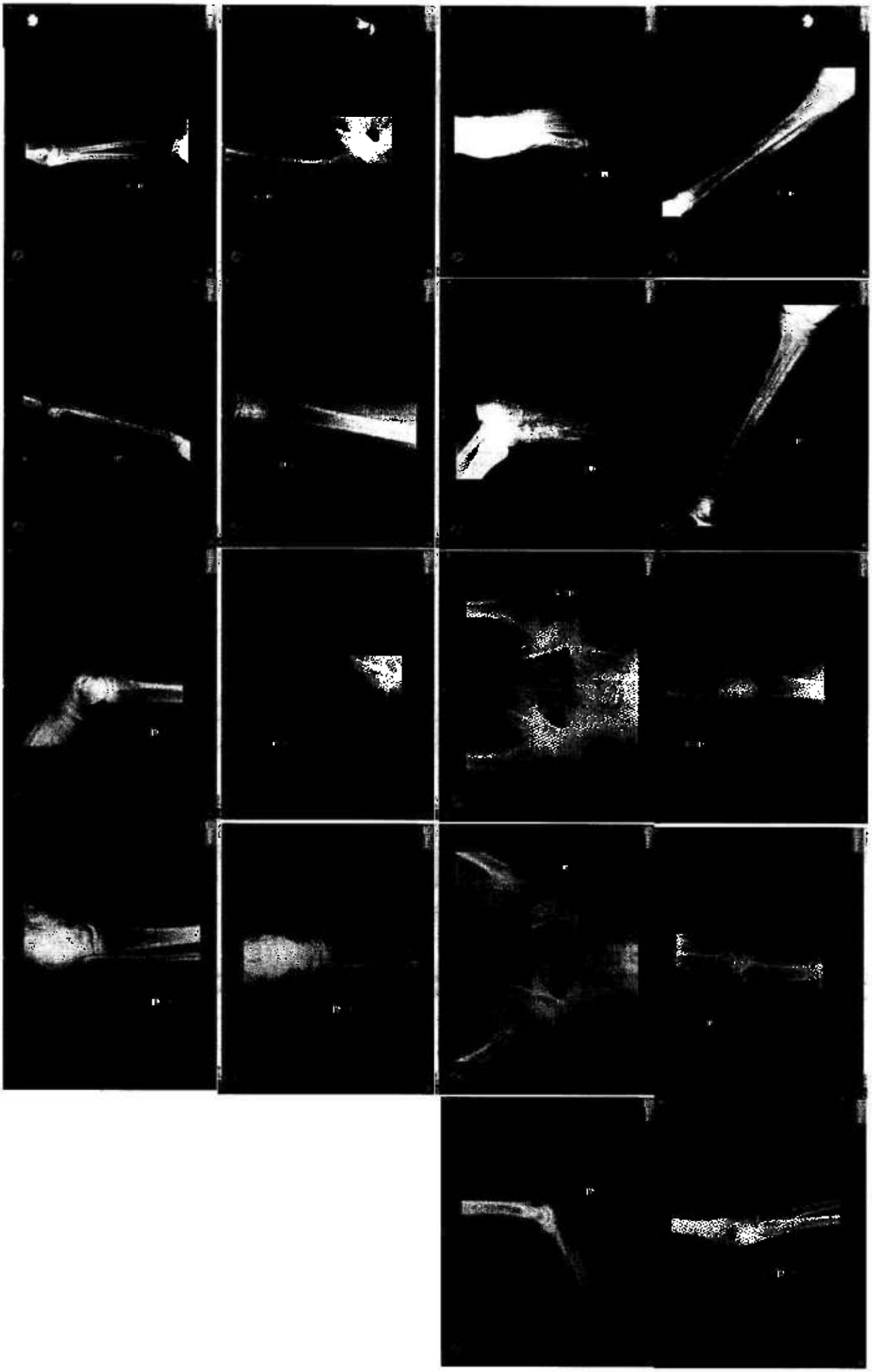
Os espaços e superfícies articulares estão preservados.

Hálux valgo.

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

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco das Chagas Cardoso dos Santos** - C.P.F. - **512.810.153-34**, no dia **02/04/2019**, às **06h06min**, na **Avenida José Bastos com Rua Ceará**, no **Bairro Demócrito Rocha**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo **nº P745835/2019.**

Fortaleza, 04 de Julho de 2019.

Atenciosamente,

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat.: 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de Fortaleza

P-745835/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 3A | PONTO DE APOIO: UBSF | Nº DA OCORRÊNCIA: QD 68

DATA: 02/04/19 | TURNO: SN | EQUIPE: Jeane + Almeiscou

NOME: Fco das Chagas Cordoso dos Santos | IDADE: 43 | SEXO: M

ENDEREÇO: AV. José Bonifácio c/ Ceará

REFERÊNCIA: Skill | BAIRRO: D. Rocha

QTY: 05:43 | QUS: 06:06 | QUY: 06:30 | QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro/Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

A Vias Aéreas: ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: N

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/ AUSENTE	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: N

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL LOCAL: Braquial	☒ CORADA ☒ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE ☐ FRIA	☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☒ SIM ☐ NÃO

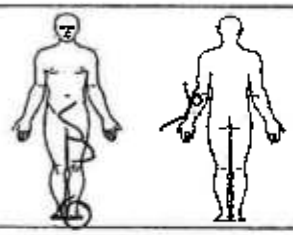
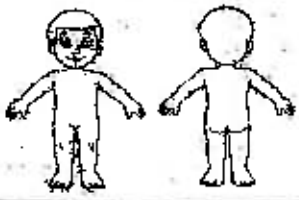
D Neurológico

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA	☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P)	☒ 5	OBEDECE A COMANDOS	☒ 6
À VOZ	☐ 3	CONFUSO (A) /CHORO CONSOLÁVEL	☐ 4	LOCALIZA A DOR	☐ 5
À DOR	☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) /INCONSOLÁVEL (P)	☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA	☐ 4
NENHUMA	☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) /GEMENTE (P)	☐ 2	FLEXÃO ANORMAL	☐ 3
TOTAL: 15		NENHUMA	☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL	☐ 2
				NENHUMA	☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

E Exposição

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Abrasões Dor Pé Esquerdo.	

SAMPLA

FC: 86	PA: 120 x 80	FR: 18	GLIC.:	OXIM.: 99	TEMP.:

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

AUTOATENDIMENTO

happiness COMPROVANTE DE CONSULTA DE EMERGÊNCIA

SENHA	29
Nº DE ATENDIMENTO:	59750124
USUÁRIO	6721500027203G FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO D
ESPECIALIDADE	TRAUMATOLOGIA
LOCAL	REC EMG TRAUMA CIRURGICO - HAP FORT
DATA	08/06/2019
PROTOCOLO	36825320190608775611

EM 08/06/2019 07:18 - HAPFORT-RUD2H2

AUTOATENDIMENTO

happiness COMPROVANTE DE CONSULTA DE EMERGÊNCIA

SENHA	160
Nº DE ATENDIMENTO:	60211125
USUÁRIO	8021500027203 FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO D
ESPECIALIDADE	TRAUMATOLOGIA
LOCAL	REC EMG TRAUMA CIRURGICO - HAP FORT
DATA	29/06/2019
PROTOCOLO	36825320190629442384

EM 29/06/2019 11:02 - HAPFORT-RUD2H2

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 59630263 !^b%b"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:45:12

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510162

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
985593296		

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Cartoira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/06/2019	12:24		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59630263 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9329 [1]
PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [2]

Nº: 39573664 04/06/2019 às 12:42

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT DR BRUNO BOTELHO	[2]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[2]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]
Alergias	Não	[2]
Medicação Em Uso	Não	[2]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[2]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	PCT DR BRUNO BOTELHO	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[2]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[2]

ANTONIO PRUDENTE

DADOS PESSOAIS

Atendimento
59730124

!^|$;"

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

12/06/2019 16:45:21

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/06/2019	07:18		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente	Clinica
3391809 LIVIO DE SOUZA COSTA	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R431CRA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:43

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 59730124 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1] **Nº:** 39764164 08/06/2019 **às** 07:20

ANAMNESE

Queixa Principal	Fratura/avulsão maléolo lateral esquerdo	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	Fratura/avulsão maléolo lateral esquerdo	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:43

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59730124 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(la): LIVIO DE SOUZA COSTA CRM 18389 [1] Nº: 39764379 08/06/2019 às 07:30

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	08/06/2019	[1]
Hora Da Alta	07:30	[1]

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58833288

!]vC{"

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:50

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
986593296	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/05/2019	07:29		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3746542 CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): CARLOS DANIEL VERAS DESCHAMPS CRM 15346 [1] Nº 37970859 04/06/2019 às 07:37

ANAMNESE

Queixa Principal	#ATENDIMENTO INICIAL TRAUMATOLOGIA -PCT RETORNA PARA AVALIAÇÃO. -CD: 4 AO CONSULTÓRIO DE DR. RAFAEL SOLICITO Rx + REAVALIAÇÃO COM EXAMES	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/05/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1]

Nº: 37972344 04/05/2019 às 08:23

ANAMNESE

Queixa Principal	RX FX TORNOZELO WEBER A CD: ORIENTAÇÕES AINE LIBERO CARGA TOTAL A PARTIR DE HOJE	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]
CID10	M67 OUTROS TRANSTORNOS DAS SINOVIAS E DOS TENDOES	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 58833288 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): BRUNO MOTA ALBUQUERQUE CRM 11736 [1] Nº: 37972419 04/05/2019 às 08:24

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	04/05/2019	[1]
Hora Da Alta	08:24	[1]

ORTOCLINIC

*Ortopedia *Traumatologia
*Fisioterapia

Convênios
* Unimed
* Hap Vida
* Ipec

Para:
Fº das Chagas Cordeiro Santos

Atesto p/ os devidos fins, que o paciente acima citado realizou 12 sessões de fisioterapia sobre seu tratamento, em tornozelo de segundo de [illegible] no período esp.

Atenciosamente

Fort. 03/06/19.

Dr. Márcio Adriano E. Alves
Fisioterapia
CREFITO Nº 21526
CPF: 414.337.853-15

Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fortaleza - CE - Fones: 3292-0153 / 3232-3222

AVISOS IMPORTANTES

1. PASSE PELA RECEPÇÃO, ANTES DE INICIAR SEU TRATAMENTO DIÁRIO.

2. TRAZER UMA TOALHA PARA USO PESSOAL

3. ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA

4. PROIBIDO ACOMPANHANTES NO SETOR DE FISIOTERAPIA EXCEÇÃO FEITA A APENAS A CRIANÇAS, IDOSOS E PACIENTES DE CADEIRA DE RODA, ESTÁ MEDIDA EVITA O AGLOMERADO DEIXA O SETOR ORGANIZADO E PERMITE MAIOR EFICIÊNCIA NO TRATAMENTO

ORTOCLINIC

ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
FISIOTERAPIA
Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes
Fones:(85) 3292-0153 / 3232-3222

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

CONVÊNIOS

Nome: Flávia Chagas C. de Sientos

Convênio: Particular.

Data: __/__/__ - __/__/__

SEG. À SEXTA 07:30 ÀS 19:00

Diagnóstico: seq. fratura do tornozelo E e trauma no joelho E

Tratamento:

Cinesio + Eletro

Obs.:

Fisioterapêuta

Nº 55	DATA	ATENDENTE
01	21/05/19	
02	22/05/19	
03	23/05/19	
04	24/05/19	
05	27/05/19	
06	28/05/19	
07	29/05/19	
08	30/05/19	
09	31/05/19	
10	03/06/19	

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 59193532 !^6FC"

ESTE PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:45:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
80215000272003011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
18/05/2019	07:11		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clínica
3841707 GEORGE WALLACE FREIRE ALVES	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R431DRA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO Dt. Nasc.: 06/03/1975 Atendimento: 59193532 Prontuário: 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: Leito: /

Profissional(is): GEORGE WALLACE FREIRE ALVES CRM 16670 [1] Nº: 38696457 18/05/2019 às 07:38

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO DEVIDO A FRATURA AVULSAO DA FIBULA DISTAL COM FRAGMENTO ÓSSEO <5MM, EM TRATAMETO CONSERVADOR HÁ 2 MESES. REFERE MELHORA DO QUADRO ALGICO; DEAMBULA SEM AUXILIO DE ORTESES. SOLICITO FISIOTERAPIA	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]
CID10	S93 LUXACAO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOS LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

ALTA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:42

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 59193532 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(is): GEORGE WALLACE FREIRE ALVES CRM 16670 [1] **Nº:** 38698646 18/05/2019 **às** 07:44

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	[1]
Alta do Paciente	Sim	[1]

DATA/HORA DA ALTA

Data Da Alta	18/05/2019	[1]
Hora Da Alta	07:44	[1]

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58144718

!]1R5"

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço
R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986593296		

DADOS DO CONVENIO

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

Carteira	Validade
03ILF000370002014	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/04/2019	07:13		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA (1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1]

Nº: 36488470 06/04/2019 **às** 07:23

ANAMNESE

Queixa Principal	pct vitima de traua no tnz esquerdo cd: rx	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	pct vitima de traua no tnz esquerdo cd: rx	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	M259 TRANSTORNO ARTICULAR NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): RAFAEL BARROS BOTELHO CRM 13307 [1]

Nº: 36489907 06/04/2019 **às** 08:08

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, DIA 2/4/19 [1]

RX: FRATURA DO TIP FIBULAR, SEM DESVIO

CD:
IMOBILIZO
ATESTADO
ORIENTO

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, DIA 2/4/19 [1]

RX: FRATURA DO TIP FIBULAR, SEM DESVIO

CD:
IMOBILIZO
ATESTADO
ORIENTO

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:41

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58144718 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/4

Profissional(is): JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO COREN 236206 [1]

Nº: 36490153 06/04/2019 **às** 08:17

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 08:17, EM 06/04/2019 POR JOSE RAIMUNDO DIOGENES PEIXOTO, COREN/CE 236206. [1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clinico [1]

ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS às 08:05 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 5 (CINCO) dias, a partir de 02/04/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M95

Código da Doença

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11332

Local e Data

Assinatura do Médico

FREDERICO THALES DE VASCONCELOS

CRM 11332

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BOFIC49X3D9K0
Solicitacao da Senha : 02/04/2019 06:23:39

R3002 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS 02/04/2019 08:06 192.85.4.10*

ANTONIO PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS às 08:09 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dias, a partir de 06/04/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M259

Código da Doença

6/4/19

Local e Data

Dr. Rafael Botelho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CREMEC 13307 / TEOT 15047

Assinatura do Médico

RAFAEL BARROS BOTELHO

CRM 13307

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BHJIG49X3X3K0
Solicitacao da Senha : 06/04/2019 07:12:48

R3002 RAFAEL BARROS BOTELHO 06/04/2019 08:09 192.85.4.101

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SERIE (continuação)

64 - DATA E ASSINATURA DOS PROCEDIMENTOS EM SERIE				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

64 - OBSERVAÇÃO

65 - TOTAL PROCEDIMENTOS R$	66 - TOTAL TAXAS E ATIVIDADES R$	67 - TOTAL MATERIAIS R$	68 - TOTAL MEDICAMENTOS R$	69 - TOTAL DIÁRIAS R$	70 - TOTAL GERAL MEDICAMENTOS R$	71 - TOTAL GERAL EM GUIA R$

86 - DATA E ASSINATURA DO ASSINANTE	87 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL P/ AUTORIZAÇÃO	88 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL	89 - DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE

OPM UTILIZADOS

	72 - TABELA	73 - CÓDIGO DO OPM	74 - DESCRIÇÃO OPM	75 - QTDE	76 - CÓDIGO DE BARRAS		77 - VALOR UNITÁRIO R$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

OPM UTILIZADOS

	78 - TABELA	79 - CÓDIGO DO OPM	80 - DESCRIÇÃO OPM	81 - QTDE	82 - CÓDIGO DE BARRAS	83 - VALOR UNITÁRIO R$	84 - VALOR TOTAL R$
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

85 - TOTAL GERAL R$

Hapvida Assistência Médica

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT - Nº

ANS - nº 36.825-3

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

3 - Nº GUIA PRINCIPAL (preenchimento obrigatório) | 4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 5 - SENHA | 6 - DATA VALIDADE DA SENHA | 7 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - NÚMERO DA CARTEIRA | 9 - PLANO | 10 - VALIDADE DA CARTEIRA

11 - NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS | 12 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 14 - NOME DO CONTRATADO | 15 - CÓDIGO CNES

16 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: LÍVIO DE SOUZA COSTA | 17 - CONSELHO PROFISSIONAL: CREMEC | 18 - NÚMERO DO CONSELHO: 18389 | 19 - UF: CE | 20 - CÓDIGO CBOS

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO | 22 - CARÁTER DA SOLICITAÇÃO: E - Eletivo U - Urgência/Emergência | 23 - CID 10 | 24 - INDICAÇÃO CLÍNICA: FRATURA DO TORNOZELO ESQ

25 - TABELA | 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | 27 - DESCRIÇÃO: FISIOTERAPIA MOTORA – 10 SESSÕES | 28 - QTSOL: 10 | 29 - QTAUT

Dr. Lívio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18389
RQE 15731

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF | 31 - NOME DO CONTRATADO | 32 - TIPO | 33 - LOGRADOURO - Nº - COMPLEMENTO

34 - MUNICÍPIO | 35 - Nº | 36 - CÓDIGO IBGE | 37 - CPF | 38 - CÓDIGO CNES

39 - NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / COMPLEMENTAR | 40 - CONSELHO PROFISSIONAL | 41 - NÚMERO DO CONSELHO | 42 - UF | 43 - CÓDIGO CBOS

DADOS DO ATENDIMENTO

44 - TIPO DE ATENDIMENTO: 1 - Remoção 2 - Pequ. Cirurgia 3 - Terapias 4 - Consultas 5 - Exame 6 - Apoio diag. 7 - SADT internação 8 - Quimioterapia 9 - Radioterapia 10 - PHS (Terapia Renal Substitutiva)

45 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE: 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

46 - TIPO DE SAÍDA: 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA DE REFERÊNCIA

47 - TIPO DE DOENÇA: A - Aguda C - Crônica | 48 - TEMPO DE DOENÇA: A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE

	51 - DATA	52 - HORA INICIAL	53 - HORA FINAL	54 - TABELA	55 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	56 - DESCRIÇÃO	57 - QTDE	58 - VIA	59 - TEC	60 - % ACRÉSCIMO	61 - VALOR UNITÁRIO R$	62 - VALOR TOTAL R$
1												
2												
3												
4												
5												

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE (continuação)

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

64 - DESCRIÇÃO

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR À OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU TRATAMENTO

Assinatura do Usuário/Representante

65 - TOTAL PROCEDIMENTOS R$ | 66 - TOTAL TAXAS E ALUGUÉIS R$ | 67 - TOTAL MATERIAIS R$ | 68 - TOTAL DE MEDICAMENTOS | 69 - TOTAL DIÁRIAS R$ | 70 - TOTAL GASES MEDICINAIS R$ | 71 - TOTAL GERAL DA GUIA R$

72 - DATA E ASSINATURA DO USUÁRIO | 73 - DATA E ASSIN. DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO | 74 - DATA E ASS. BENEFICIÁRIO DO RESPONSÁVEL | 75 - DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento 58027744 ![%pO"

PRONTUÁRIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

12/06/2019 16:44:28

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16389462	FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	M	06/03/1975	44

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
90011007201 SSP CE	51281015334		1-CASADO

Endereço

R CUIABA,1251 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 60510182

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
988593296	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
03ILF000370002014	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
02/04/2019	06:24		2 CONSULTA CLINICA

Médico Atendente	Clinica
39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	1-MEDICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (ºC)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

P4310RA -(1.10) FELIPE GOMES DA SILVA

CONFERE COM O ORIGINAL

FELIPE 27841

Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPPOR 143DOC FELIPEOS 12/06/2019 16:14:58 28.0022.00001

Data inicial: 01/01/2019 Atendimento: 58027744 Médico prescritor:

Data final: 12/06/2019 Prontuário: Convênio: Consultar

Carteira: Atendimentos para alta administrativa Atendimentos com pendências no prontuário Atendimentos abertos para auditoria Atendimentos liberados pela enfermagem

PEP Laudo T3488 T43A6

Documentos

	Atendimento	Prontuário	Nome do Paciente	CI Atendimento	data	Sexo
12/06/2019 09:24 - CONSULTA CLINICA	58027744	16358462	FRANCISCO DAS CHAGAS CANDIDO DOS SANTOS	[illegible]	[illegible]	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta | Lista por Tipo de Documento | Nome da Mãe: MARIA VICENTA CARDIGO DOS SANTOS | Nome do Pai

Tipos de documentos

- 1 Registros Médicos
  - 12 Formulário de Atendimento na Emergência
  - 7 Prescrição Médica
  - 16 Receita Médica Especial
  - 5 Receitas Médicas
  - 10 Atestado Médico
  - 11 Declarações
  - 6 Pareceres Médicos
  - 3 Solicitação de Parecer Médico
  - 4 Anamnese do Paciente
  - 2 Evolução Médica

Ver histórico de digitalização

Visualizar | Imprimir Doc. Assinado

Data/Hora	Profissional	Situação
12/06/2019 09:31	[illegible]	ASSINADO

FELIPE 27841

Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:39

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] **Nº:** 35267830 02/04/2019 **às** 06:30

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE TRANSITO , COM MOTO, APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÕES EM PERNA ESQUERDA E COTOVELO ESQUERDO.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]
CID10	S89 OUTROS TRAUMATISMOS E OS NAO ESPECIFICADOS DA PERNA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE COM ORIGINAL
FELIPE 27841

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1] **Nº:** 38269894 02/04/2019 às 08:02

ANAMNESE

Queixa Principal	PCTE ATENDIDO PELO COLEGA APÓS ACIDENTE VEIO MOSTRA RX RX COM TRAÇO DE FRATURA ? EM MALEOLO LATERAL TORNOZELO E	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]
CID10	M95 OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]

FELIPE 27342

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): DAVID GOES DE ALCANTARA CRM 18656 [1] **Nº:** 36273886 02/04/2019 **às** 09:17

ANAMNESE

Queixa Principal	curativo	[1]
Queixa Principal	•	
Diagnóstico Inicial	57 CURATIVOS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]
CID10	Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

COREN-CE-CIRURGIÃO
FRCUME 27846
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

12/06/2019 16:40

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DO **Dt. Nasc.:** 06/03/1975 **Atendimento:** 58027744 **Prontuário:** 16389462

Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO COREN 2545 [1] **Nº:** 36275027 02/04/2019 às 09:36

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545. [1]

CURATIVO GRANDE REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO COM SULFADIAZINA REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

CURATIVO EXTRA GRANDE REALIZADO AS 09:36, EM 02/04/2019 POR WELLLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO, COREN/CE 2545.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Flebite [1]

Tromboembolismo Venoso Clinico [1]

COREN-CE CIT... FELIPE 27841
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Data do Atendimento: 08/06/2019

RECEITA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PATOLOGIA DE CID 82.6, EVOLUI COM RESOLUÇÃO DO QUADRO ORTOPÉDICO, APTO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES LABORAIS.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18356 / RQE 15731

RP3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA 08/06/2019 07:26 192.85.4.101

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico:LIVIO DE SOUZA COSTA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Data do Atendimento: 08/06/2019

RECEITA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO COM PATOLOGIA DE CID 82.6, EVOLUI COM RESOLUÇÃO DO QUADRO ORTOPÉDICO. APTO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES LABORAIS.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Reumatologia
CRM 18369 TEOT 15731

RP3000N

LIVIO DE SOUZA COSTA 08/06/2019 07:26 192.85.4.101

previsul SEGURADORA

EMPRESA DO GRUPO CAIXA seguradora

FOP 005

25966887
AVISO DE SINISTRO

AVISO DE SINISTRO - IPA
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO PRINCIPAL

Nome: Francisco das Chagas C. dos Santos		CPF: 512 810 153 34			Data de nascimento: 06 03 1975
Endereço Residencial: Rua Cuiaba				Nº: 1251	Complemento
Bairro: henrique jorge	CEP: 60510-182	Cidade: Fortaleza	UF: CE	DDD: 85	Telefone: 988094184
E-mail: atendimento.limasegura@gmail.com					

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
CARTÓRIO Moreira de Deus
R. Casimiro Montenegro, 70 - Monte Castelo • Fortaleza / CE • CEP 60.325-730
Fone: (85) 3223-6565 Site: www.cartoriomoreiradeus.net.br
Tabeliã: Maria de Fátima Batista Moreira de Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada
Confira os dados do ato em www.selodigital.tjce.jus.br/portal

(Preencher se o Sinistrado for diferente do Segurado Principal)

Nome	CPF		Data de nascimento: / /
		Nº	Complemento
	UF	DDD	Telefone

Grau de parentesco com o Segurado:

(Preenchimento obrigatório)

Local de ocorrência do sinistro: Fortaleza / CE	Data da ocorrência: 02 04 2019	Hora da ocorrência: 05:30:00	Em serviço: Sim [ ] Não [X]

Tipo de Acidente: [X] Trânsito [ ] Doméstico [ ] Trabalho [ ] Outros

Em caso de Acidente Automobilístico: [X] Condutor [ ] Passageiro [ ] Pedestre

Evento registrado por autoridade policial? [X] Sim [ ] Não

Foi realizado Exame Necroscópico/Corpo e Delito? (em caso positivo, anexar cópia) [ ] Sim [X] Não

Foi realizado Exame de Dosagem Alcoólica? (em caso positivo, anexar cópia) [ ] Sim [X] Não

Descreva detalhadamente o evento ocorrido, as suas causas e consequências: Acidente de trânsito colisão moto e carro. Sofreu fratura no tornozelo E foi socorrido pelo SAMU ao hosp. Int. prudente.

Mencione outras seguradoras com as quais possui seguros:
DPVAT

Mencione acidentes sofridos anteriormente (indicar as datas e características das lesões):

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

AUTORIZO, A PREVISUL SEGURADORA OU SEU REPRESENTANTE A REQUERER INFORMAÇÕES JUNTO A MÉDICOS, EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, CONVÊNIOS MÉDICOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PÚBLICAS OU PRIVADAS, SOLICITAR CÓPIAS DE FICHAS MÉDICAS, PRONTUÁRIOS CLÍNICOS, RESULTADOS DE EXAMES E RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO. **AUTORIZO** QUE OS REFERIDOS DOCUMENTOS SEJAM ENTREGUES AO REPRESENTANTE E AUTORIZADO DA SEGURADORA COMO FINALIDADE EXCLUSIVA DE ANÁLISE À SEGURADORA.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Fortaleza 24/07/19
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

OBS.: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

Reconheço por Semelhança a(s) firma(s) abaixo
JOAO BATISTA GOMES DA SILVA
Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Valido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

EMPRESA DO GRUPO CAIXA seguradora

STENTE

Nome do Segurado	CPF	Data de nascimento
FRANCISCO DAS CHAGAS C. DOS SANTOS	512.810.153-34	06/03/75

Endereço Residencial	Nº	Complemento
R. CUIABÁ	251	

Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
W. JORGE		FORTALEZA	CE	85	989440254

E-mail: DASARABEASIO@GMAIL.COM

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (Preenchimento obrigatório)

1 - Qual a data do acidente? 02/04/2019.

2 - Quais as lesões produzidas pelo acidente? Descreva as lesões sofridas e os segmentos/orgãos afetados (extensão, largura, profundidade, etc.)
FRATURA DO TORNOZELO ESQ.

3 - CID S.82.6

4 - Houve internação hospitalar? Em que data? Em que hospital?
SIM HOSP ANTONIO PRUDENTE 02/04/2019

5 - Qual o tratamento realizado?
CONSERVADOR + IMOBILIZAÇÃO + FISIOTERAPIA 10 SJ

6 - Ocorreram complicações no tratamento? Caso positivo, descreva as mesmas e o tratamento
NÃO

7 - Existiam lesões ou doenças preexistentes que agravaram as lesões/sequelas ocasionados pelo acidente? Caso positivo, descreva as lesões/sequelas:
NÃO

8 - Qual o tempo necessário que o Segurado deverá ficar afastado de suas atividades laborais? Justifique:
90 DIAS POR LIMITAÇÃO FUNCIONAL

9 - O Segurado já apresenta alta de tratamento pelas lesões causadas pelo acidente?
[X] Sim Desde 02/08/2019 [ ] Não Prevista para / /

10 - Existem tratamentos futuros que possam curar ou reduzir as sequelas causadas pelo acidente? Caso positivo, descreva os mesmos.
NÃO

11 - O paciente apresenta invalidez?
[X] Não [ ] Não [X] Parcial [ ] Total | [ ] Temporária [X] Permanente

12 - Em caso de invalidez permanente descreva com detalhes:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQ. POR DOR A MOBILIZAÇÃO

13 - Classifique de 0 a 100% a invalidez permanente de cada região em separado:
35% DE PERDA FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQ

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 7655 CPF: 228.775.923-91

previsul SEGURADORA

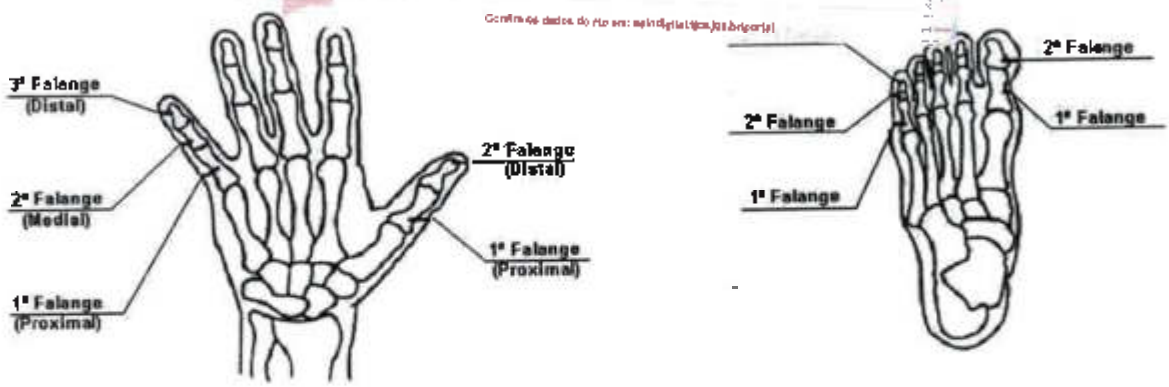
FOP 005

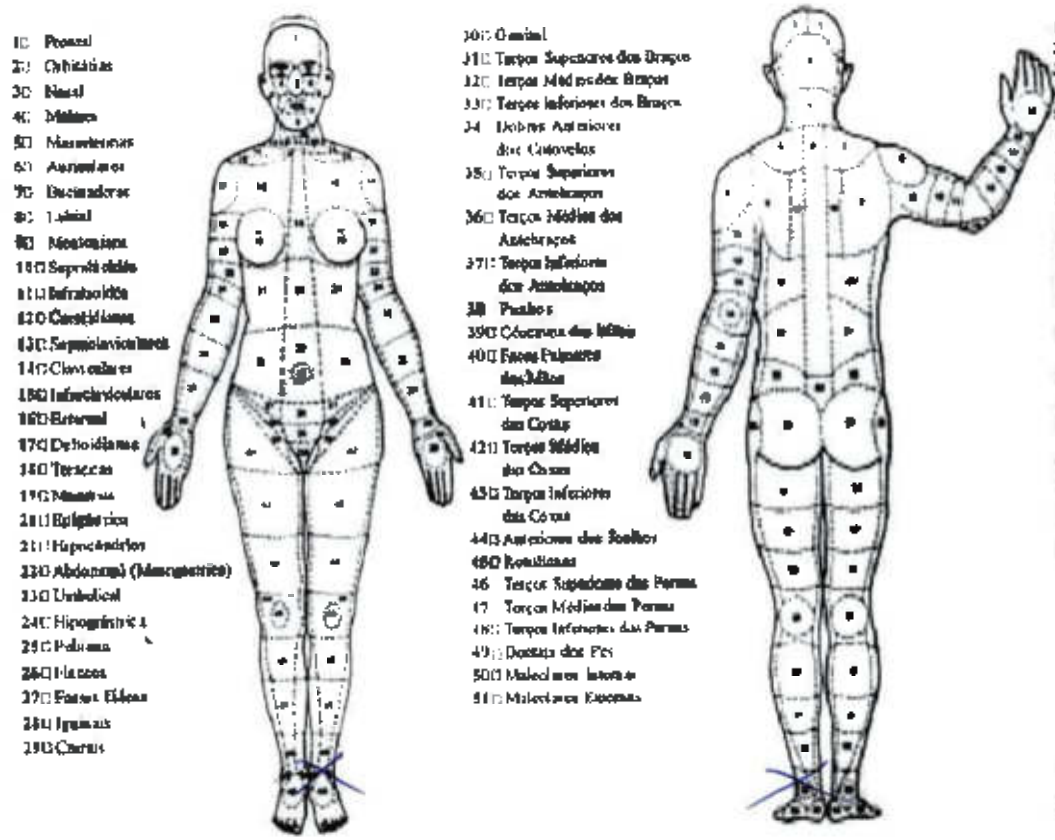
Cartório Moreira de Deus
Fone: (85) 3223-9565 | Site:www.cartoriomoreiradedeus.net.br
Tabelia: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

Reconheço por Semelhança a(s) firma(s) abaixo:
JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA
Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

CAIXA seguradora

14 - Identifique nos modelos a





Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento

Nome Legível do Médico: JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA				Nº do CRM: 5155
Endereço Comercial: AV HUMBERTO MONTE			Nº: 145	Complemento
Bairro: PARANGABA	CEP: 60450000	Cidade: FORTALEZA	UF: CE	DDD: 85 Telefone: 32834784

Fortaleza 24/07/19

LOCAL / DATA

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5155 CPF: 226.775.803-91

ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório

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

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
90011007201 SSP CE

CPF
512.810.153-34

DATA NASCIMENTO
06/03/1975

FILIAÇÃO
JOSE ANGELO DOS SANTOS
MARIA VICENTINA CARDOSO DOS SANTOS

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AB

REGISTRO
01369715417

VALIDADE
21/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
26/07/2000

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
27/05/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

64875028565
CE147684269

DETRAN CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1150978290

PROIBIDO PLASTIFICAR
1150978290

CARTÓRIO Moreira de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Desembo Montenegro, 70 - Meireles - Fortaleza / CE - CEP 60.165-120
Fone: (85) 3223 0585 | Site: www.cartorionoreiradedeus.com.br
Tabelião: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

AUTENTICAÇÃO
Nº 67130
PAINA

Confira os dados do ato em: www.tjce.jus.br/portal

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
135.46427.19-9

NÚMERO	SÉRIE	UF
9980170	001-0	CE

João Batista de L. Neto

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

20/09/1985
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: RAIMUNDO CESAR LIMA
LUCIA DE FATIMA DE SOUZA LIMA

DOC. APRESENTADO:
CN 79502 FLS 288 LV A67 CART DO REG CIVIL

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995.

T. ELEITOR: 055728180795 SEÇÃO: 186 ZONA: 117

CPF: 671.604.173-72

LOCAL DA EMISSÃO: IDT - CASA DO CIDADÃO DIOGO
EMISSÃO: 02/02/2006

ASSINATURA DO TITULAR

03

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOVO NOME: _____

DATA DE NASC. DE ___/___/___ PARA ___/___/___

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

E C E N D A

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO	DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PAGUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

CGC/CPF Nº: 01.429.285/0003-05

ENDEREÇO: Rua 24 de maio, 444

MUNICÍPIO: Fortaleza UF: CE

TIPO DO ESTABELECIMENTO: Posto Serviço

CARGO: OPERADOR DE CAIXA

CBO Nº: 4211-25

DATA DE ADMISSÃO: 02 DE Julho DE 07

REGISTRO Nº: FLS./FICHA:

REMUNERAÇÃO ESTIPULADA: R$ 439,00 (quatrocentos e trinta e nove reais) por mês

PAGUE MENOS
GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

Armando Lima Caminha Filho
Presidente

DATA DE SAÍDA: 31 DE OUTUBRO DE 2008

PAGUE MENOS
GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

Armando Lima Caminha Filho
Presidente

COM. DISPENSA CD Nº:

FGTS Nº DA CONTA:

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

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
90011007201 SSP CE

CPF
512.810.153-34

DATA NASCIMENTO
06/03/1975

FILIAÇÃO
JOSE ANGELO DOS SANTOS
MARIA VICENTINA CARDOSO DOS SANTOS

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AB

REGISTRO
01369715417

VALIDADE
21/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
26/07/2000

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
27/05/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

64875028565
CE147684269

DETRAN CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1150978290

PROIBIDO PLASTIFICAR
1150978290

CARTÓRIO Moreira de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Desembo Montenegro, 70 - Meireles - Fortaleza / CE - CEP 60.165-120
Fone: (85) 3223 0585 | Site: www.cartorionoreiradedeus.com.br
Tabelião: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

AUTENTICAÇÃO
Nº 67130
PAINA

Confira os dados do ato em: www.tjce.jus.br/portal

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
135.46427.19-9

NÚMERO	SÉRIE	UF
9980170	001-0	CE

João Batista de L. Neto

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

20/09/1985
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: RAIMUNDO CESAR LIMA
LUCIA DE FATIMA DE SOUZA LIMA

DOC. APRESENTADO:
CN 79502 FLS 288 LV A67 CART DO REG CIVIL

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995.

T. ELEITOR: 055728180795 SEÇÃO: 186 ZONA: 117

CPF: 671.604.173-72

LOCAL DA EMISSÃO: IDT - CASA DO CIDADÃO DIOGO
EMISSÃO: 02/02/2006

ASSINATURA DO TITULAR

03

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOVO NOME: _____

DATA DE NASC. DE ___/___/___ PARA ___/___/___

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA DO TITULAR

E C E N D A

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO	DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: PAGUE MENOS GERENCIADORA DE SERVIÇOS S.A.

CGC/CPF Nº: 01.429.285/0003-05

ENDEREÇO: Rua 24 de maio, 444

MUNICÍPIO: Fortaleza UF: CE

TIPO DO ESTABELECIMENTO: Posto Serviço

CARGO: OPERADOR DE CAIXA

CBO Nº: 4211-25

DATA DE ADMISSÃO: 02 DE Julho DE 07

REGISTRO Nº: FLS./FICHA:

REMUNERAÇÃO ESTIPULADA: R$ 439,00 (quatrocentos e trinta e nove reais) por mês

PAGUE MENOS
GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

Armando Lima Caminha Filho
Presidente

DATA DE SAÍDA: 31 DE OUTUBRO DE 2008

PAGUE MENOS
GERENCIADORA DE SERVIÇOS S/A

Armando Lima Caminha Filho
Presidente

COM. DISPENSA CD Nº:

FGTS Nº DA CONTA:

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

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
90011007201 SSP CE

CPF
512.810.153-34

DATA NASCIMENTO
06/03/1975

FILIAÇÃO
JOSE ANGELO DOS SANTOS
MARIA VICENTINA CARDOSO DOS SANTOS

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AB

REGISTRO
01369715417

VALIDADE
21/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
26/07/2000

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
27/05/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

64875028565
CE147684269

DETRAN CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1150978290

PROIBIDO PLASTIFICAR
1150978290

CARTÓRIO Moreira de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Desembo Montenegro, 70 - Meireles - Fortaleza / CE - CEP 60.165-120
Fone: (85) 3223 0585 | Site: www.cartorionoreiradedeus.com.br
Tabelião: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

AUTENTICAÇÃO
Nº 67130
PAINA

Confira os dados do ato em: www.tjce.jus.br/portal

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

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
90011007201 SSP CE

CPF
512.810.153-34

DATA NASCIMENTO
06/03/1975

FILIAÇÃO
JOSE ANGELO DOS SANTOS
MARIA VICENTINA CARDOSO DOS SANTOS

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
AB

REGISTRO
01369715417

VALIDADE
21/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
26/07/2000

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
27/05/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

64875028565
CE147684269

DETRAN CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1150978290

PROIBIDO PLASTIFICAR
1150978290

CARTÓRIO Moreira de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Desembo Montenegro, 70 - Meireles - Fortaleza / CE - CEP 60.165-120
Fone: (85) 3223 0585 | Site: www.cartorionoreiradedeus.com.br
Tabelião: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Fortaleza, 24/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

AUTENTICAÇÃO
Nº 67130
PAINA

Confira os dados do ato em: www.tjce.jus.br/portal

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014415406463
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	741007762	0000000000	2018

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**********
****
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ	PLACA
51281015334	HWJ6698/CE

PLACA ANT. / UF	CHASSI
/CE	9C2JD1700YR022658

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/XLR 125	2000	2000

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/12CV/124CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	*********,**	**/**/**	1ª*
	FAIXA I.P.V.A	PARCELAMENTO / COTAS	2ª*
	*********	*********,**	3ª*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	185.50	31/01/2018

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
FORTALEZA	17/10/2018

Pablo Rocha Ximenes Ponte
Superintendente DETRAN-CE

CONTRAN

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

CE Nº 014415406463 BILHETE DE SEGURO DPVAT

51281015334 HWJ6698/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014415406463 83658270615

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	17/10/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	51281015334	HWJ6698

RENAVAM	MARCA / MODELO
741007762	HONDA/XLR 125

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2000	PART	9C2JD1700YR022658

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
81.29	9.03	90.33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4.15	0.70	185.50

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	31/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04 214878

MOTOR: JD17E-Y022658 01948

014415406463
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE _____ DE _____ ASSINATURA

01948
HWJ6698

CÓD RENAVAM
741007762

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014415406463
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	741007762	0000000000	2018

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**********
****
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ	PLACA
51281015334	HWJ6698/CE

PLACA ANT. / UF	CHASSI
/CE	9C2JD1700YR022658

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/XLR 125	2000	2000

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/12CV/124CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	*********,**	**/**/**	1ª*
	FAIXA I.P.V.A	PARCELAMENTO / COTAS	2ª*
	*********	*********,**	3ª*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	185.50	31/01/2018

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
FORTALEZA	17/10/2018

Pablo Rocha Ximenes Ponte
Superintendente DETRAN-CE

CONTRAN

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

CE Nº 014415406463 BILHETE DE SEGURO DPVAT

51281015334 HWJ6698/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014415406463 83658270615

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	17/10/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	51281015334	HWJ6698

RENAVAM	MARCA / MODELO
741007762	HONDA/XLR 125

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2000	PART	9C2JD1700YR022658

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
81.29	9.03	90.33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4.15	0.70	185.50

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	31/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04 214878

MOTOR: JD17E-Y022658 01948

014415406463
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE _____ DE _____ ASSINATURA

01948
HWJ6698

CÓD RENAVAM
741007762

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014415406463
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	741007762	0000000000	2018

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**********
****
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ	PLACA
51281015334	HWJ6698/CE

PLACA ANT. / UF	CHASSI
/CE	9C2JD1700YR022658

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/XLR 125	2000	2000

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/12CV/124CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	*********,**	**/**/**	1ª*
	FAIXA I.P.V.A	PARCELAMENTO / COTAS	2ª*
	*********	*********,**	3ª*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	185.50	31/01/2018

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
FORTALEZA	17/10/2018

Pablo Rocha Ximenes Ponte
Superintendente DETRAN-CE

CONTRAN

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

CE Nº 014415406463 BILHETE DE SEGURO DPVAT

51281015334 HWJ6698/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014415406463 83658270615

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	17/10/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	51281015334	HWJ6698

RENAVAM	MARCA / MODELO
741007762	HONDA/XLR 125

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2000	PART	9C2JD1700YR022658

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
81.29	9.03	90.33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4.15	0.70	185.50

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	31/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04 214878

MOTOR: JD17E-Y022658 01948

014415406463
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE _____ DE _____ ASSINATURA

01948
HWJ6698

CÓD RENAVAM
741007762

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014415406463
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
PPT 01	741007762	0000000000	2018

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS**********
****
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ	PLACA
51281015334	HWJ6698/CE

PLACA ANT. / UF	CHASSI
/CE	9C2JD1700YR022658

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/XLR 125	2000	2000

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/12CV/124CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	*********,**	**/**/**	1ª*
	FAIXA I.P.V.A	PARCELAMENTO / COTAS	2ª*
	*********	*********,**	3ª*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	185.50	31/01/2018

OBSERVAÇÕES
****
****
****

LOCAL	DATA
FORTALEZA	17/10/2018

Pablo Rocha Ximenes Ponte
Superintendente DETRAN-CE

CONTRAN

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

CE Nº 014415406463 BILHETE DE SEGURO DPVAT

51281015334 HWJ6698/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014415406463 83658270615

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	17/10/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	51281015334	HWJ6698

RENAVAM	MARCA / MODELO
741007762	HONDA/XLR 125

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2000	PART	9C2JD1700YR022658

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
81.29	9.03	90.33

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4.15	0.70	185.50

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	31/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04 214878

MOTOR: JD17E-Y022658 01948

014415406463
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE _____ DE _____ ASSINATURA

01948
HWJ6698

CÓD RENAVAM
741007762


CAIXA
POUPANÇA
5067 2250 7156 3946
5067
VALIDO ATE
10/24
FRANCISCO DAS C C SANTOS
0926 013 00068789-4
elo


CAIXA
POUPANÇA
5067 2250 7156 3946
5067
VALIDO ATE
10/24
FRANCISCO DAS C C SANTOS
0926 013 00068789-4
elo

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco das Chagas Cardoso dos Santos
brasileiro(a), estado civil casado, profissão vigilante, residente e à Rua Cuiaba, 1251,
bairro Henrique Jorge, Município de Fortaleza UF CE,
CEP 60510-182, nascido 06/08/1975 CPF nº 512.810.153-34
RG nº 01369.715417, Emissor Detran-CE em 27/05/2015.

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua HENRIQUE VIANA, nº 170, bairro MANOEL SATIRO, NOVO MONDUBIM, Município de FORTALEZA, UF: CE, CEP.:60764-135, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF nº 671.604.173-72, tel:. (85) 988094184; e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de trânsito o(a)
Sr.(a) Francisco das Chagas Cardoso dos Santos,
Ocorrido(s) em 02/04/2019, cobertura IPA (X) e ou DAMS (X)
Conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de depósitos de indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e Seguradora Lider, marcar pericias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.

Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, PAN, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA, PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE e outras.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON / PROCON –CE.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação: boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e etc.

Fortaleza, 24 de julho de 2019.

MOREIRA DE DEUS

Cartório Moreira de Deus
10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Coronel Montenegro, 70 - Meireles - Fortaleza / CE • CEP 60.165-120
Fone: (85) 3223-8565 | Site: www.cartoriomoreiradeus.com.br
Tabeliã: Maria de Fátima Bezerra Moreira de Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Dou fé.
Fortaleza, 26/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco das Chagas Cardoso dos Santos
brasileiro(a), estado civil casado, profissão vigilante, residente e à Rua Cuiaba, 1251,
bairro Henrique Jorge, Município de Fortaleza UF CE,
CEP 60510-182, nascido 06/08/1975 CPF nº 512.810.153-34
RG nº 01369.715417, Emissor Detran-CE em 27/05/2015.

Outorgado: JOÃO BATISTA DE LIMA NETO, brasileiro, estado civil casado, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua HENRIQUE VIANA, nº 170, bairro MANOEL SATIRO, NOVO MONDUBIM, Município de FORTALEZA, UF: CE, CEP.:60764-135, RG nº 9980170 emissor MTE em 02/02/2006, CPF nº 671.604.173-72, tel:. (85) 988094184; e-mail: atendimento.limaseguros@gmail.com

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente(s) de trânsito o(a)
Sr.(a) Francisco das Chagas Cardoso dos Santos,
Ocorrido(s) em 02/04/2019, cobertura IPA (X) e ou DAMS (X)
Conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o próprio(a) fosse, podendo requerer informações, cópias documentais, parecer medico, comprovantes de depósitos de indenização de Sinistro DPVAT, acompanhar regulação junto a seguradora receptora e Seguradora Lider, marcar pericias médicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistros e ASL, requerer e assinar documentos que forem precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do total recebimento da indenização, até mesmo encaminhar documentos a justiça para avaliação correta do pagamento de indenizações, através de um advogado.

Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, materiais, RCFV, roubo furto extravio defeito de objeto segurado, assistencial, prestamista, seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras ICATU, PREVISUL, PAN, MONGERAL AEGON, METLIFE, BRADESCO, SULAMERICA, HDI, ZURICH, SANTANDER, BB, CAIXA, ASSURANT, AXA, ZURICH, CABURE CORRETORA, PORTO SEGURO, ALLIANZ, MAPFRE e outras.

Habilita o outorgado a abrir processos e representar o outorgante junto ao DECON / PROCON –CE.

O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação: boletim de ocorrência, fichas de atendimento médico, documentos pessoais conta e etc.

Fortaleza, 24 de julho de 2019.

MOREIRA DE DEUS

Cartório Moreira de Deus
10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Coronel Montenegro, 70 - Meireles - Fortaleza / CE • CEP 60.165-120
Fone: (85) 3223-8565 | Site: www.cartoriomoreiradeus.com.br
Tabeliã: Maria de Fátima Bezerra Moreira de Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:
FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS
Dou fé.
Fortaleza, 26/07/2019
Válido somente com o selo de autenticidade.
Em testemunho da verdade.
Maria do Socorro Guanabara - Esc. Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107061/20

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS

Data do acidente: 02/04/2019

CPF: 512.810.153-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS : 512.810.153-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 02/04/2020	Data do cadastramento: 02/04/2020
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 512.810.153-34	CPF: 061.393.643-45
RANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTO	LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0113907/20

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS

Data do acidente: 02/04/2019

CPF: 512.810.153-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS : 512.810.153-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 14/04/2020	Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS	Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 512.810.153-34	CPF: 001.023.383-02
RANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTO	JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073081/20

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS

Data do acidente: 02/04/2019

CPF: 512.810.153-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO BATISTA DE LIMA NETO : 671.604.173-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS : 512.810.153-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 28/02/2020	Data do cadastramento: 28/02/2020
Nome: JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 671.604.173-72	CPF: 063.066.023-99
JOAO BATISTA DE LIMA NETO	Antonia Daniella Ferreira da Silva

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3200146278***

Nome do(a) Examinado(a): ***FRANCISCO DAS CHAGAS CARDOSO DOS SANTOS***

Endereço do(a) Examinado(a): ***R CUIABA, 1251 - Fortaleza - CE - CEP 60510-182***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /CE***] ***900011007201***

Data e local do acidente: [***02/04/2019***] ***FORTALEZA - CE***

Data e local do exame: [***27/04/2020***] ***Fortaleza*** [***CE***]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTANDO MODERADA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DORSAL E DE FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, SENDO REALIZADO POSTERIORMENTE FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES, EM 03/03/2020.

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

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

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

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

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Greive Freitas Cavalcante - CRM: 9050 - CE