



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01407608-0** em **26/08/2020 11:24:15**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

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

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0243325-98.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01407608-0  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 26/08/2020 11:24:15

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

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

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

**Petição\*** : 2745653\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2745653\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-18.pdf

### Downloads

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

---

**Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200156896**

**Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES**

**Data do Acidente: 13/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO VIEIRA MENDES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200156896**

**Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES**

**Data do Acidente: 13/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANTONIO VIEIRA MENDES**

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

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156896

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO VIEIRA MENDES**

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\$ 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ANTONIO VIEIRA MENDES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000016625-2

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**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: 3200156896

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO VIEIRA MENDES

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Síria, 165, , 60.714-110, Itaperi, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2008747357

Data e local do acidente: 13/11/2019 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 07/05/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura exposta diafisária da tíbia esquerda.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação externa da fratura, enxertia de pele em perna esquerda, tratamento medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periculado.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 100°, extensão aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior esquerdo, com redução da força e mobilidade.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequelas permanentes" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Periciado evolui com prejuízo importante dos movimentos do membro inferior esquerdo. Apresenta marcha claudicante, perda de partes moles no terço inferior da perna esquerda e diminuição de força no membro. Periciado relata a existência de lesão neurológica, contudo, não apresenta documentação que informe que a mesma seja decorrente do acidente de trânsito em questão.



Dr. Greiv Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico













BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 536 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **03/03/2020 13:01:27**  
Data / Hora da Ocorrência: **13/11/2019 18:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, ITAPERI - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANTONIO VIEIRA MENDES**  
Nascimento: **21/06/1953** CPF: **359.221.253-20**  
RG: **2008747357** Orgão Emissor: **SSPCE** UF:  
Filiação: **CECILIA MENDES PIRES**  
**JOSE VIEIRA IRMÃO**  
Endereço: **RUA SIRIA, 165**  
Bairro: **ITAPERI**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.714-110**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8517-6147**

**Noticiante(s)**

Nome: **NEUMAN MARIA VIEIRA MENDES**  
Nascimento: **07/07/1954** CPF: **091.771.163-72**  
RG: **20180861896** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **CECILIA MENDES PIRES**  
**JOSÉ VIEIRA IRMÃO**  
Endereço: **RUA SIRIA, 165**  
Bairro: **ITAPERI** CEP:  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98517-6147**

**Histórico**

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS, SEU IRMÃO, ANTÔNIO VIEIRA MENDES, AO TENTAR ATRAVESSAR A AVENIDA DR. SILAS MUNGUBA, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, CUJA PLACA NÃO SABE INFORMAR; QUE POPULARES ACIONARAM O SAMU; QUE A AMBULÂNCIA DAQUELE ÓRGÃO CONDUZIU A VÍTIMA ATÉ O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA; QUE POPULARES TAMBÉM FORAM ATÉ A CASA DA DECLARANTE PARA COMUNICÁ-LA DO ACIDENTE COM SEU IRMÃO; QUE ANTÔNIO SOFREU POLITRAUMATISMO; QUE AINDA NÃO RECOBROU A CONSCIÊNCIA; QUE ESTÁ COM MOBILIDADE LIMITADA, ENCONTRANDO-SE CADEIRANTE POR TEMPO INDETERMINADO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE COMUNICA AINDA QUE O IRMÃO PERDEU O PASSE LIVRE DE IDOSO NO ACIDENTE. E NADA MAIS DISSE.///  
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2020182659



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 536 / 2020

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-3-7









## DECLARAÇÃO



**SAMU**  
**192**

REGIONAL FORTALEZA

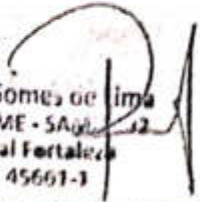
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Antonio Vieira Mendes** - C.P.F. - 359.221.253-20, no dia 13/11/2019, às 18h36min, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Serrinha (Itaperi)**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza do acidente com o paciente em questão do processo Nº **P069742/2020**, provavelmente foi **Acidente de Trânsito**.

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


Documento requerido pelo Sra. **Neuman Maria Vieira Mendes** por meio do Processo nº **P069742/2020**.

Fortaleza, 12 de Fevereiro de 2020.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45661-1

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenador - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

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

**Mauricio Lopes Alves**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza



## DECLARAÇÃO



**SAMU**  
**192**

REGIONAL FORTALEZA

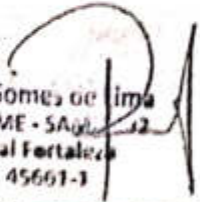
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Antonio Vieira Mendes** - C.P.F. - 359.221.253-20, no dia 13/11/2019, às 18h36min, na **Avenida Doutor Silas Munguba**, no **Bairro Serrinha (Itaperi)**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza do acidente com o paciente em questão do processo Nº **P069742/2020**, provavelmente foi **Acidente de Trânsito**.

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


Documento requerido pelo Sra. **Neuman Maria Vieira Mendes** por meio do Processo nº **P069742/2020**.

Fortaleza, 12 de Fevereiro de 2020.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45661-1

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenador - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

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

**Mauricio Lopes Alves**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza

# 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: 13/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO VIEIRA MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01047

CONTA: 000000016625-2

---

Nr. da Autenticação 243CAD65F1E74FD9







( / )



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPrensaTRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3200156896 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO VIEIRA MENDES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ANTONIO VIEIRA MENDES

CPF/CNPJ: 35922125320

## Posição em 17-08-2020 12:08:32

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00


Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 13/05/2020        | R\$ 4.725,00         | R\$ 0,00         | R\$ 4.725,00 |

## Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                      | Ver Carta  |
|---------------|---------------------------------|--|
| 21/05/2020    | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO        | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/iZSA6EPRuib2TEeU9plkCapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFQOJJP9OqEfBUtMRSvdi6c=) |
| 30/04/2020    | INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mKHNSaed3RrFy7XSs+U1api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFQOJJP9OqEfBUtMRSvdi6c=)  |

|            |                                    |  |
|------------|------------------------------------|--|
| 29/04/2020 | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT | <br>( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/v2ta__OCppCJM5Ug8yfdF:api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFQOJJ9OqEfBUtMRSvdi6c=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/v2ta__OCppCJM5Ug8yfdF:api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFQOJJ9OqEfBUtMRSvdi6c=</a> ) |
|------------|------------------------------------|--|



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

### ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A 

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

### PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

### ACOMPANHE O PROCESSO

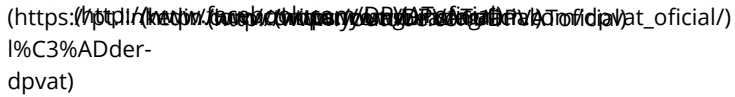


Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)





- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)



P-069742/2020

### PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

|   |                         |                         |
|---|-------------------------|-------------------------|
| VEÍCULO: M-01                               | PONTO DE APOIO: H. M. F | Nº DA OCORRÊNCIA: 0888  |
| DATA: 13/11/19                              | TURNO: MT               | EQUIPE: ERIKA + Rauline |
| NOME: ANTONIO VIEIRA MENDES                 | IDADE: 60               | SEXO: M                 |
| ENDEREÇO: AV: SILAS MACHADO                 | Nº: 1301                |                         |
| REFERÊNCIA: Planeta Animal                  | BARRIO: Serrinha        |                         |
| QTY: 18-26                                  | QUS: 18-36              | QTY: 19-18              |
| NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Abandono de animais |                         |                         |

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA





| RESPOSTA AO CHAMADO                            | EXPANSÃO TORÁCICA                 | PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)    |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO | <input type="checkbox"/> PRESENTE | <input type="checkbox"/> PRESENTE |
| <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO        | <input type="checkbox"/> AUSENTE  | <input type="checkbox"/> AUSENTE  |

☐ PÉRYEAS   
 ☐ OSTRUÍDAS   
 POR: \_\_\_\_\_

|                        |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|
| <b>B</b><br>Respiração | <b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b>                 | <b>INSPEÇÃO</b>                          | <b>PALPAÇÃO / PERCUSSÃO</b>              | <b>ADSCULTAÇÃO</b>                       |
|                        | <input type="checkbox"/> EUPNEICO          | <input type="checkbox"/> NORMAL          | <input type="checkbox"/> NORMAL          | <input type="checkbox"/> NORMAL          |
|                        | <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO       | <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____ | <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____ | <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____ |
|                        | <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO       | _____                                    | _____                                    | _____                                    |
|                        | <input type="checkbox"/> AGÔNICA / AUSENTE | _____                                    | _____                                    | _____                                    |

|                 |   |   |  |  |   |  |
|-----------------|---|---|--|--|---|--|
| C<br>Circulação | PULSO   |   | PELE   |  | ENDIMENTO<br>CAPILAR  | SANGRAMENTO<br>EXTERNO                                       |
|                 | <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO<br><input type="checkbox"/> TRÁQUICÁRDICO<br><input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO | <input type="checkbox"/> QUESO<br><input type="checkbox"/> FILIFORME<br><input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL | <input type="checkbox"/> CORADA<br><input type="checkbox"/> PÁLIDA<br><input type="checkbox"/> CIANÓTICA | <input type="checkbox"/> SUDORÍFICA<br><input type="checkbox"/> SECA<br><input type="checkbox"/> QUENTE<br><input type="checkbox"/> FRIA | <input type="checkbox"/> $\leq 2$ s<br><input type="checkbox"/> $> 2$ s | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |
|                 | LOCAL:  |   |  |  |   |  |

| ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)       |                                       |   |                                       |                       |                                       |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| ABERTURA OCULAR   |                                       | RESPOSTA VERBAL                               |                                       | RESPOSTA MOTORA       |                                       |
| ESPONTÂNEA  | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | ORIENTADO (A) / SONRI (P)                     | <input checked="" type="checkbox"/> 5 | OBEDECE A COMANDOS    | <input checked="" type="checkbox"/> 6 |
| À VOZ   | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | CONFUSO (A) / CHORO INCONSOLÁVEL              | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | LOCALIZA A DOR        | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
| À DOR   | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | MOVIMENTO DE RETIRADA | <input checked="" type="checkbox"/> 4 |
| NENHUMA   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / SEMENTE (P)       | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | RESUL. ANORMAL        | <input checked="" type="checkbox"/> 3 |
| TOTAL:  |                                       | NENHUMA                                       |                                       | EXTENSÃO ANORMAL      |                                       |
| PUPILAS:  |                                       |   |                                       | NENHUMA               |                                       |
| <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTOREAGENTES E ISOCÓRICAS) |                                       |   |                                       |                       |                                       |
| <input type="checkbox"/> ALTERADAS                            |                                       |   |                                       |                       |                                       |

| E<br>Descrição | ADULTO  | LESÕES  | PEDIÁTRICO  |
|----------------|---|---|---|
|                |   | <p><u>FRATURA EXPOSTA EM</u><br/><u>MIE (TERÇO INFERIOR.)</u></p> |   |

## SAMPLA

|        |           |        |        |         |         |
|--------|-----------|--------|--------|---------|---------|
| FC: 88 | PA: 10/70 | FR: 22 | GLC: — | CCNA: — | TEMP: — |
|--------|-----------|--------|--------|---------|---------|

Atropelamento, por moto, Desmaiado

neg. Alergies:

TP: DESLOCAMENTO; QUE: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUE: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUE: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUE: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



IN-

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECKAGEM

Material

falso 15 01 ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

equipo 01

extensor 01

gase acolchada 03

N. G. 05

S.R.L. 03

Atadura 15cm 03

11 10cm 01

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

VITIMA DE ATRAPELAMENTO POR MOTO, Comum  
orientado, malizosa + anafix, color cervic  
imobilização em prancha longa, Avaliação  
zero médico da transportado sem inter  
mência.

Q.T.W: Passado pela USA 23

ASS. / COREN:

Enrico

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

UNIDADE DE SAÚDE: L.M.F. - Centro

DESTINO DO PACIENTE

☒ LIBERADO☐ RECUSA☐ REMOVIDO POR TERCEIROS☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG:

☒ ÓBITO →☐ NO LOCAL☐ DURANTE O TRANSPORTE

ACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM☐ NÃO

SS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

L. M. F. - Centro

X

2008-03-01  
ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:  
DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE

EM: 13/11/19 às 19:00

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

ESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

ESCRITAÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

SS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

U, RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

AMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SSINATURA:



(4)



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de  
Fortaleza

P-069742/2020

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USA 21 PONTO DE APOIO: SERV Nº DA OCORRÊNCIA: 0828  
 DATA: 13/11/2019 TURNO: MT EQUIPE: Bruno + Mathias + Joti Salazar  
 NOME: Antonio Vitor Mendes IDADE: 60 SEXO: H  
 ENDEREÇO: AV. Silva Mangueira 1301  
 REFERÊNCIA: Loja Pet Shop BAIRRO: Serrinha  
 QTY: 18:36 QUS: 18:48 QUY: - QUU: -  
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Atropelamento por moto

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: \_\_\_\_\_

A  
VitalidadeB  
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO INSPEÇÃO PALPAÇÃO / PERCUSSÃO AUSCULTA  
☒ EUPNEICO ☒ NORMAL ☒ NORMAL ☒ NORMAL  
☐ TAQUIPNEICO ☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_ ☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_ ☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_  
☐ BRADIPNEICO  
☐ AGÔNICA/AUSENTE

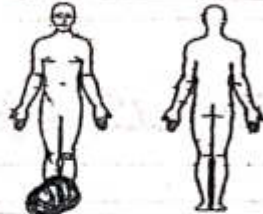

C  
Circulação

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

D  
Neurologia

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: 14 NENHUMA ☐ 1 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2  
 PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) NENHUMA ☐ 1  
☐ ALTERADAS

E  
Exatidão

ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO  

 fratura exposta em  
 MIE completa, paradi-  
 mente amputada  


## SAMPLA

FC: 95 bpm PA: 130x80 FR: 18 GLIC: - OXIM: 96% TEMP: -

Atropelamento por moto

pedestre com fratura exposta MIE

parcialmente amputada, alcoolizada

mãos vitais estavam. Fecho AVP + 100cm SRL

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Paciente 60 anos vitima de atropelamento por moto com  
fratura exposta em MIE completa, parcialmente  
amputada, bastante sangrante, pulso pedioso ainda  
presente, TEC < 20. Feito alinhamento do membro, AVP +  
1000ml SRI e encaminhado ao UF auto pulso 21B MOI.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizar primeira atendimento pelo U54 MOI  
em regime de observação pelo U54 MOI, Paciente em  
semi-consciência de membros inferiores expostos, realizar monitorização  
e transporte para IJE onde foi U54 MOI

ASS. / RM: *[Assinatura]*  
DR. ESTANISLAU  
Médico  
CREMESP 20.454

ASS. / COREN:

*[Assinatura]*  
Médica Enfermeira  
Enfermeira  
CREMESP 20.454

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: UF auto

LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

S. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

SCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

AL:

EM: / /

S. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

CLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO  
MU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SINATURA:



**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700508369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25  
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel: 85 98517-6147  
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES  
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA  
 CEP: 6074084 Bairro: ITAPERI  
 Endereço: RUA SIRIA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 13/11/2019 19:31  
 Queixa: vítima de atropelamento por moto, história de síncope, trauma sangrante em mie, orientado.  
 Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE  
 Discriminador: PELE CRÍTICA  
 Autoagressão: Não  
 Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 88 PA: FR: 22

**ATENDIMENTO MEDICO**

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM: 8669 Nº: 573959 Horário 13/11/2019 19:32  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6  
 Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS  
 Comorbidade:

**HDA/Exame Físico:**

PACIENTE ALCOOLIZADO, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO. TEVE PERDA DE CONSCIENCIA.  
 APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE  
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL  
 PA=124X74 FC=88BPM STO2=97% GLUC=97  
 GLASGOW15, SEM DEFICIT MOTOR, PIFR+  
 ACP FISIOLÓGICO  
 ABD - RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, EQUIMOSE EM HCD  
 MIE - FX EXPOSTA? COM PPP  
 SOLICITO RXS, TCC, USA

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Data: 13/11/2019 20:29

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

| Data             | Fluxograma            | Discriminador   | Risco   | Profissional          |
|------------------|-----------------------|-----------------|---------|-----------------------|
| 13/11/2019 19:29 | ACIDENTE COM PEDESTRE | FRATURA EXPOSTA | AMARELO | DENISE SALES ARACANJO |
| 13/11/2019 19:31 | ACIDENTE COM PEDESTRE | PELE CRÍTICA    | LARANJA | DENISE SALES ARACANJO |

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25  
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147  
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES  
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA  
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI  
 Endereço: RUA SIRIA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 13/11/2019 19:31  
 Queixa: vítima de atropelamento por moto. história de síncope. trauma sangrante em mie. orientado.

Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE

Discriminador: PELE CRÍTICA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 88 PA: FR: 22

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM: 8669 Nº: 573959 Horário 13/11/2019 19:32

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A:

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE ALCOOLIZADO, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO. TEVE PERDA DE CONSCIENCIA.  
 APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE  
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL  
 PA=124X74 FC=88BPM STO2=97% GLIC=97  
 GLASGOW15, SEM DEFICIT MOTOR, PIFR+  
 ACP FISIOLÓGICO  
 ABD - RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, EQUIMOSE EM HCD  
 MIE - FX EXPOSTA? COM PPP  
 SOLICITO RXS, TCC, USA

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Data: 13/11/2019 20:29

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

| Data            | Fluxograma            | Discriminador   | Risco   | Profissional          |
|-----------------|-----------------------|-----------------|---------|-----------------------|
| 13/11/201 19:29 | ACIDENTE COM PEDESTRE | FRATURA EXPOSTA | AMARELO | DENISE SALES ARACANJO |
| 13/11/201 19:31 | ACIDENTE COM PEDESTRE | PELE CRÍTICA    | LARANJA | DENISE SALES ARACANJO |

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



## FICHA DE ATENDIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254

Admissão: 13/11/2019 19:25

Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES

Pront.: 5544405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147

Mãe: CECILIA MENDES PIRES

Sexo: Masculino

RG: 20087473571

Município: FORTALEZA

CEP 6074084

Bairro: ITAPERI

Endereço: RUA SIRIA

## EXAME

| Nome                                 | Data Solicitação | Urgente | Situação  |
|--------------------------------------|------------------|---------|-----------|
| TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079) | 13/11/2019 19:38 | Não     | Cancelado |

## EVOLUÇÃO

| Data Cadastro | Usuário Cadastro | Descrição |
|---------------|------------------|-----------|
|---------------|------------------|-----------|

## PRESCRIÇÃO

Médico: KELMA MARIA MAIA

CRM 8669

13/11/19 19:50

| Prescrição   | Horário: |
|--|----------|
| AMPICILINA 2 G + SULBACTAM 1 G - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H  |          |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS - TRANSFUNDIR 15GTS/MIN POR 15 MINUTOS E SE NÃO HOUVER REAÇÃO AUMENTAR GOTEJAMENTO PARA 45 GTS/MIN, NO MÍNIMO EM 1HORA E MÁXIMO 4 HORAS   QTD: 4 |          |
| VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS   6/6H  |          |
| REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL   03X POR DIA   |          |
| ORIENTAÇÕES EXTRAS   VACINA ANTITETÂNICA - 01 AMP, IM, DOSE ÚNICA  |          |
| ORIENTAÇÕES EXTRAS   CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA  |          |
| MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H   |          |
| MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA   CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA  |          |
| MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA   30°-45°  |          |
| FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA   RESPIRATÓRIA E MOTORA  |          |
| GLUCEMIA CAPILAR   6/6H  |          |
| RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H  |          |
| GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA   SE DX<70MG/DL  |          |
| DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR E/OU FEBRE  |          |
| BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE NÁUSEA OU VÔMITO  |          |
| TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H  |          |

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25  
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147  
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES  
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA  
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI  
 Endereço: RUA SIRIA

**PRESCRIÇÃO**

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM 8669 13/11/19 19:39

| Prescrição  | Horário: |
|---|----------|
| RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H  |          |
| DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H   DOR E/OU FEBRE  |          |
| CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H  |          |
| BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H   NÁUSEAS OU VÔMITOS   |          |
| Nº TOTAL DE FASES: 3 <BR></BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML <BR></BR>FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN <BR></BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H |          |
| DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA  |          |

**ENCAMINHAMENTO - CONDUÇÃO FINAL**
☐ Alta, Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO VIEIRA MENDES

Idade: 66 ano(s) 7 mes(es) e 8 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5644405

Endereço: RUA SIRIA

Bairro: ITAPERI

Num: 165 CEP: 6074084

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

## Localização

Clínica: UNIDADE 25

Enfermaria: 255

Leito: 2521

Internação 13/11/2019

23:33

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

## Relatório

Cancelada

Tipo de Saída: Alta

Não

## Resumo Clínico

#PACIENTE ALCOOLIZADO, ADMITIDO NO IJF EM 13/11/19 POR ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO COM FX EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES -> TTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA -> PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 913/1/19). ENXERTO DE PELE PARCIAL EM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO). TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 22/01 (DR. MARCELO GIRÃO)

#ANTECEDENTES: ALCOOLISMO E TABAGISMO DE LONGA DATA. NEGA OUTRAS CO-MORBIDADES.

#FEZ 10 DIAS DE UNASYN (PNM - NOV/19)/ 7 DIAS MEROPENEM E VANCOMICINA (CELULITE EM MIE - JAN/20).

#PARÂMETROS: OK

#EVOLUÇÃO: NEGA DOR EM MIE. SONO PRESERVADO À NOITE. DIURESE OK. CONSTIPADO. MELHORA DA TOSSE E DO ASPECTO DA FO. RX TX OK.

#AO EXAME: EGB, AAA, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CALMO, ACP FISIOLÓGICAS, NORMOCÁRDICO, AB INOCENTE, MIE C/ MELHORA DO EDEMA EM FO EM REGIÃO DISTAL. ÓSTIOS DO FIXADOR PRÉVIO SEM HIPEREMIA.

#PARECER CARDIO NO PRONTUÁRIO: BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR.

#DISCUTIDO C/ TO E PLÁSTICA: ALTA P/ ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CONFORME DISCUTIDO C/ CCIH.

## Exames Realizados

#EXAMES: LAB(02.1.2020): HB:11,8 LEUCO:8660 PLAQ:396000 INR:1,1 GJ:107 UR:38 CR:0,7 ALBUM:3,6 K:4,1 CA:8,6. LAB (28/01): HB 10 LEUCO 7.500 PLAQ 436 MIL UR 33 CR 0,7 K 4,2 NA 135 PCR 72. SU DE URINA (21/11): NORMAL; ECOTT (06/12): 56%, HIPERTROFIA EXCÊNTRICA DO VE. US ABDOMINAL 30/11: NORMAL. TCC SEM ALTERAÇÕES.

## Terapêutica Utilizada

#PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 913/1/19). ENXERTO DE PELE PARCIAL EM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO). TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 22/01 (DR. MARCELO GIRÃO)

#FEZ 10 DIAS DE UNASYN (PNM - NOV/19)/ 7 DIAS MEROPENEM E VANCOMICINA (CELULITE EM MIE - JAN/20).

## Sequelas Apresentadas

## Diagnóstico

S828 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

## DIAGNÓSTICOS

| Principal | Código | Descrição                         |
|-----------|--------|-----------------------------------|
| Sim       | S828   | FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA |
| Não       | S81    | FERIMENTO DA PERNA                |
| Não       | S822   | FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA       |

## Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 29/01/2020

## Observações Complementares

- MARCAR RETORNO AO AMB DO DR. MARCELO GIRÃO (ORTOPEDISTA). - MARCAR RETORNO AO AMB DO DR. MAURÍCIO (CIR PLÁSTICA). - MARCAR CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA. - USAR CIPRO POR MAIS 7 DIAS.

Responsável

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará  
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Paciente: ANTONIO VIEIRA MENDES

Idade: 66 ano(s) 7 mes(es) e 8 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5644405

Endereço: RUA SIRIA

Bairro: ITAPERI

Num: 165

CEP: 6074084

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

#### Localização

Clinica: UNIDADE 25

Enfermaria: 255

Leito: 2521

Internação 13/11/2019

23:33

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

Médico: MARIA EUGENIA BALTAZAR GUIMARÃES

Data: 29/01/2020

#### CIRURGIA

| Cod        | Tipo                 | Data             | Descrição   | Profissional                      |
|------------|----------------------|------------------|---|-----------------------------------|
| 0408050500 | Urgência             | 13/11/2019 23:00 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA           | CLECIUS CLAY GONZAGA SANTOS       |
| Cod        | Tipo                 | Data             | Descrição   | Profissional                      |
| 0401020037 | Procedimento Eletivo | 07/01/2020 16:45 | ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL                                   | FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA |
| Cod        | Tipo                 | Data             | Descrição   | Profissional                      |
| 0408050608 | Procedimento Eletivo | 22/01/2020 18:00 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA | RAIMUNDO MARCELO DA SILVA GIRAO   |

| Agendamento |        |        |
|-------------|--------|--------|
|             |        |        |
| Data:       | Data:  | Data:  |
| Hora:       | Hora:  | Hora:  |
| Código      | Código | Código |





**- ATESTADO MÉDICO -**

ATESTO, PARA OS DEVIDO FINS, QUE O SR. ANTÔNIO VIEIRA MENDES ENCONTRA - SE INTERNADO NESTE HOSPITAL DESDE 13/11/2019, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO C/ CID - 10 T90.9 E S82.9. ESTÁ EM REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA, ESTÁVEL CLINICAMENTE, CONSCIENTE, ALTERNANDO PERÍODOS DE LUCIDEZ E DESORIENTAÇÃO, RESTRITO AO LEITO, DEPENDENTE DE TERCEIROS P/ AUXÍLIO NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA. SEGUE NO AGUARDANDO DE CIRURGIAS PLÁSTICA E ORTOPÉDICA DA PERNA ESQUERDA, DEVENDO PERMANECER NESTA INSTITUIÇÃO POR TEMPO INDETERMINADO.

**FORTALEZA, 10 DE DEZEMBRO DE 2019.**

**Dra. Maria Euênia B. Guimarães**  
**Geriatria - RQE 7887**  
**CREMEC 10.556**





D-069742/2020

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M-01 PONTO DE APOIO: H. M. F. Nº DA OCORRÊNCIA: 0828  
DATA: 13/11/19 TURNO: MT EQUIPE: ERIKA + R. W. M. S. G. V.  
NOME: ANTONIO VIEIRA MENDES IDADE: 60 SEXO: M  
ENDEREÇO: AV: SILAS MACHADO Nº 1301  
REFERÊNCIA: Planeta Animal BAIRRO: Serrinha  
QTY: 18:26 QUS: 18:36 QV: 19:18 QUL: 19:28  
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Abotapelamento pi moto

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

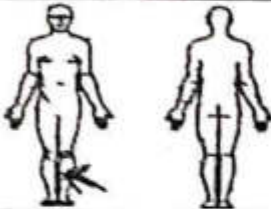
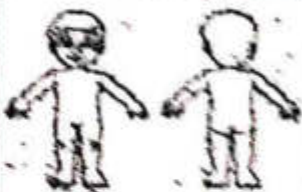
☒ PÉRVIAS ☐ OSTRUÍDAS POR: \_\_\_\_\_

**B** Respiração  
PADRÃO RESPIRATÓRIO INSPEÇÃO PALPAÇÃO / PERCUSSÃO  
☒ EUPNEICO ☐ NORMAL ☐ NORMAL ☐ NORMAL  
☐ TAQUIPNEICO ☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_ ☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_ ☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_  
☐ BRADIPNEICO ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_  
☐ AGÔNICA/AUSENTE ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_ ☐ \_\_\_\_\_

**C** Circulação  
PULSO PELE ENCHIMENTO CAPILAR SANGRAMENTO EXTERNO  
☒ NORMOCÁRDICO ☐ CÍCLO ☐ CORADA ☐ SUDORÉICA ☐ ≤ 2 seg ☐ SIM  
☐ TRACUCÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ > 2 seg ☐ NÃO  
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ FRIA  
LOCAL: \_\_\_\_\_

## ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

**D** Neurologia  
ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA  
ESPONTÂNEA ☒ 4 ORIENTADO (A) / SONRI (P) ☒ 5 OBEDECE A COMANDOS ☒ 6  
À VOZ ☐ 3 CONFUSO (A) / SONHO CONSOLÁVEL ☒ 4 LOCALIZA A DOR ☒ 5  
À DOR ☐ 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 MOVIMENTO DE RETRAÇÃO ☒ 4  
NENHUMA ☐ 1 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / AUSENTE (P) ☐ 2 FLEXÃO ANORMAL ☒ 3  
TOTAL: 15 NENHUMA ☐ 1 EXTENSÃO ANORMAL ☒ 2  
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

**E** Dorso  
ADULTO LESÕES PEDIÁTRICO  
 FRATURA EXPOSTA EM MLE (TERÇO INFERIOR) 

## SAMPLA

FC: 88 PA: 120/70 FR: 22 GLC: - CCCL: - TEMP: -

Abotapelamento, por moto, Desmaiado,

nota Abotapelamento:

TP: DESLOCOMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QV: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUL: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUL: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



Scanned with CamScanner



(4)



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de  
Fortaleza

P-069742/2020

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USA 21 PONTO DE APOIO: SERV N° DA OCORRÊNCIA: 0828  
 DATA: 13/11/2019 TURNO: MT EQUIPE: Bruno + Mathias + Jota Salazar  
 NOME: Antonia Viana Mendes IDADE: 60c SEXO: H  
 ENDEREÇO: AV: Silva Mangueira 1301  
 REFERÊNCIA: Poxa Pet Shop BAIRRO: Serrinha  
 QTY: 18:36 QUS: 18:48 QUY: - QUU: -  
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Atropelamento por moto

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE  
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE

☒ PÉRVAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: \_\_\_\_\_

A

Verificar

B

Respiração

## PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO  
☐ TAQUIPNEICO  
☐ BRADIPNEICO  
☐ AGÔNICA/AUSENTE

## INSPEÇÃO

☒ NORMAL  
☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_

## PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☒ NORMAL  
☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_

## AUSCULTA

☒ NORMAL  
☐ ALTERADA: \_\_\_\_\_

C

Circulação

## PULSO

☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO  
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME  
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

## PELE

☒ CORADA ☐ SUDOREICA  
☐ PÁLIDA ☐ SECA  
☐ CIANÓTICA ☒ QUENTE  
☐ FRIA

## ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg  
☐ > 2 seg

## SANGRAMENTO EXTERNO

☒ SIM  
☐ NÃO

LOCAL: radial

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

D

Neurologia

## ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4  
 À VOZ ☒ 3  
 À DOR ☒ 2  
 NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 14

## RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5  
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☒ 4  
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3  
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2  
 NENHUMA ☐ 1

## RESPOSTA MOTORA

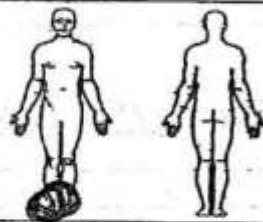
OBEDIÇA A COMANDOS ☒ 6  
 LOCALIZA A DOR ☒ 5  
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☒ 4  
 FLEXÃO ANORMAL ☒ 3  
 EXTENSÃO ANORMAL ☒ 2  
 NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
☐ ALTERADAS

E

Exatidão

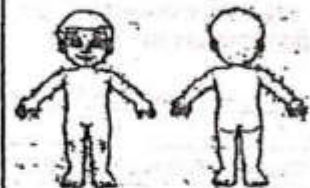
## ADULTO



## LESÕES

fratura exposta em  
MIE completa, paradi-  
mente amputada

## PEDIÁTRICO



## SAMPLA

FC: 95ppm PA: 130x80 FR: 18 GLIC: - OXIM: 96% TEMP: -

Atropelamento por moto

pedestre com fratura exposta MIE

parcialmente amputada, alcoolizada

mãos vitais estavam. Fecho AVP + 100cm SRL

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Paciente 60 anos vitima de atropelamento por moto com  
fratura exposta em MIE completa, parcialmente  
amputada, bastante sangrante, pulso pedioso ainda  
presente, TEC < 20. Feito alinhamento do membro, AVP +  
1000ml SRI e encaminhado ao UF auto pulso 216 H01.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizou primeira atendimento pelo U5A 101  
em seguida atendida pelo U5A 22, Paciente em  
semi-impulsão de membros inferiores exposta, analise emboligen  
e transporte para IJG auto pelo U5A 101

ASS. / RM:

Dr. Edson de Oliveira  
Médico  
CRM-MG 20.454

ASS. / COREN:

Marcelo de Melo  
Enfermeiro  
CRM-MG 20.454

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: UF auto

LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

CIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

S. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

SCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

AL:

EM: / /

S. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

CLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO  
MU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SINATURA:



## FICHA DE ATENDIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25  
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel: 85 98517-6147  
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES  
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA  
 CEP: 6074064 Bairro: ITAPERI  
 Endereço: RUA SIRIA

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 13/11/2019 19:31  
 Queixa: vítima de atropelamento por moto, história de síncope, trauma sangrante em mie, orientado.  
 Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE  
 Discriminador: PELE CRÍTICA  
 Autoagressão: Não  
 Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 88 PA: FR: 22

## ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM: 8669 Nº: 573959 Horário 13/11/2019 19:32  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Exo: OBSERVAÇÃO 6  
 Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS  
 Comorbidade:

## HDA/Exame Físico:

PACIENTE ALCOOLIZADO, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO. TEVE PERDA DE CONSCIENCIA.  
 APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE  
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL  
 PA=124X74 FC=88BPM STO2=97% GLUC=97  
 GLASGOW15, SEM DEFICIT MOTOR, PIFR+  
 ACP FISIOLÓGICO  
 ABD - RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, EQUIMOSE EM HCD  
 MIE - FX EXPOSTA? COM PPP  
 SOLICITO RXS, TCC, USA

## SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 13/11/2019 20:29

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| Data             | Fluxograma            | Discriminador   | Risco   | Profissional          |
|------------------|-----------------------|-----------------|---------|-----------------------|
| 13/11/2019 19:29 | ACIDENTE COM PEDESTRE | FRATURA EXPOSTA | AMARELO | DENISE SALES ARACANJO |
| 13/11/2019 19:31 | ACIDENTE COM PEDESTRE | PELE CRÍTICA    | LARANJA | DENISE SALES ARACANJO |

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25  
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147  
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES  
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA  
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI  
 Endereço: RUA SIRIA

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Risco: LARANJA Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 13/11/2019 19:31  
 Queixa: vítima de atropelamento por moto, história de síncope, trauma sangrante em mie, orientado.

Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE

Discriminador: PELE CRÍTICA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 88 PA: FR: 22

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM: 8669 Nº: 573959 Horário 13/11/2019 19:32  
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6  
 Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS  
 Comorbidade:

**HDA/Exame Físico:**

PACIENTE ALCOOLIZADO, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO. TEVE PERDA DE CONSCIENCIA.  
 APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE  
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL  
 PA=124X74 FC=88BPM STO2=97% GLIC=97  
 GLASGOW15, SEM DEFICIT MOTOR, PIFR+  
 ACP FISIOLÓGICO  
 ABD - RHA+, GLOBOSO, FLACIDO, EQUIMOSE EM HCD  
 MIE - FX EXPOSTA? COM PPP  
 SOLICITO RXS, TCC, USA

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Data: 13/11/2019 20:29

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

| Data            | Fluxograma            | Discriminador   | Risco   | Profissional          |
|-----------------|-----------------------|-----------------|---------|-----------------------|
| 13/11/201 19:29 | ACIDENTE COM PEDESTRE | FRATURA EXPOSTA | AMARELO | DENISE SALES ARACANJO |
| 13/11/201 19:31 | ACIDENTE COM PEDESTRE | PELE CRÍTICA    | LARANJA | DENISE SALES ARACANJO |

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



## FICHA DE ATENDIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25  
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147  
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES  
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA  
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI  
 Endereço: RUA SIRIA

## EXAME

| Nome                                 | Data Solicitação | Urgente | Situação  |
|--------------------------------------|------------------|---------|-----------|
| TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079) | 13/11/2019 19:38 | Não     | Cancelado |

## EVOLUÇÃO

| Data Cadastro | Usuário Cadastro | Descrição |
|---------------|------------------|-----------|
|---------------|------------------|-----------|

## PRESCRIÇÃO

Médico: KELMA MARIA MAIA

CRM 8669

13/11/19 19:50

| Prescrição   | Horário: |
|--|----------|
| AMPICILINA 2 G + SULBACTAM 1 G - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H  |          |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS - TRANSFUNDIR 15GTS/MIN POR 15 MINUTOS E SE NÃO HOUVER REAÇÃO AUMENTAR GOTEJAMENTO PARA 45 GTS/MIN, NO MÍNIMO EM 1HORA E MÁXIMO 4 HORAS   QTD: 4 |          |
| VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS   6/6H  |          |
| REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL   03X POR DIA   |          |
| ORIENTAÇÕES EXTRAS   VACINA ANTITETÂNICA - 01 AMP, IM, DOSE ÚNICA  |          |
| ORIENTAÇÕES EXTRAS   CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA  |          |
| MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H   |          |
| MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA   CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA  |          |
| MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA   30°-45°  |          |
| FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA   RESPIRATÓRIA E MOTORA  |          |
| GLUCEMIA CAPILAR   6/6H  |          |
| RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H  |          |
| GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA   SE DX<70MG/DL  |          |
| DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR E/OU FEBRE  |          |
| BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE NÁUSEA OU VÔMITO  |          |
| TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H  |          |

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254 Admissão: 13/11/2019 19:25  
 Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
 Pront.: 5644405 Data Nasc.: 21/06/1953 Idade: 66 ano(s) 8 mes(es) e 12 dia(s) Tel.: 85 98517-6147  
 Mãe: CECILIA MENDES PIRES  
 Sexo: Masculino RG: 20087473571 Município: FORTALEZA  
 CEP 6074084 Bairro: ITAPERI  
 Endereço: RUA SIRIA

### PRESCRIÇÃO

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM 8669 13/11/19 19:39

| Prescrição   | Horário: |
|--|----------|
| RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H   |          |
| DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H   DOR E/OU FEBRE   |          |
| CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H   |          |
| BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H   NÁUSEAS OU VÔMITOS  |          |
| Nº TOTAL DE FASES: 3 <BR><BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML <BR><BR>FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN <BR><BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H |          |
| DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA   |          |

### ENCAMINHAMENTO - CONDUÇÃO FINAL

☐ Alta, Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito



## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO VIEIRA MENDES

Idade: 66 ano(s) 7 mes(es) e 8 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5644405

Endereço: RUA SIRIA

Bairro: ITAPERI

Num: 165 CEP: 6074084

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

## Localização

Clínica: UNIDADE 25

Enfermaria: 255

Leito: 2521

Internação 13/11/2019

23:33

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

## Relatório

Cancelada

Tipo de Saída: Alta

Não

## Resumo Clínico

#PACIENTE ALCOOLIZADO, ADMITIDO NO IJF EM 13/11/19 POR ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO COM FX EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES -> TTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA -> PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 913/1/19). ENXERTO DE PELE PARCIAL EM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO). TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 22/01 (DR. MARCELO GIRÃO)

#ANTECEDENTES: ALCOOLISMO E TABAGISMO DE LONGA DATA. NEGA OUTRAS CO-MORBIDADES.

#FEZ 10 DIAS DE UNASYN (PNM - NOV/19)/ 7 DIAS MEROPENEM E VANCOMICINA (CELULITE EM MIE - JAN/20).

#PARÂMETROS: OK

#EVOLUÇÃO: NEGA DOR EM MIE. SONO PRESERVADO À NOITE. DIURESE OK. CONSTIPADO. MELHORA DA TOSSE E DO ASPECTO DA FO. RX TX OK.

#AO EXAME: EGB, AAA, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CALMO, ACP FISIOLÓGICAS, NORMOCÁRDICO, AB INOCENTE, MIE C/ MELHORA DO EDEMA EM FO EM REGIÃO DISTAL. ÓSTIOS DO FIXADOR PRÉVIO SEM HIPEREMIA.

#PARECER CARDIO NO PRONTUÁRIO: BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR.

#DISCUTIDO C/ TO E PLÁSTICA: ALTA P/ ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CONFORME DISCUTIDO C/ CCIH.

## Exames Realizados

#EXAMES: LAB(02.1.2020): HB:11,8 LEUCO:8660 PLAQ:396000 INR:1,1 GJ:107 UR:38 CR:0,7 ALBUM:3,6 K:4,1 CA:8,6. LAB (28/01): HB 10 LEUCO 7.500 PLAQ 436 MIL UR 33 CR 0,7 K 4,2 NA 135 PCR 72. SU DE URINA (21/11): NORMAL; ECOTT (06/12): 56%, HIPERTROFIA EXCÊNTRICA DO VE. US ABDOMINAL 30/11: NORMAL. TCC SEM ALTERAÇÕES.

## Terapêutica Utilizada

#PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 913/1/19). ENXERTO DE PELE PARCIAL EM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO). TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA EM 22/01 (DR. MARCELO GIRÃO)

#FEZ 10 DIAS DE UNASYN (PNM - NOV/19)/ 7 DIAS MEROPENEM E VANCOMICINA (CELULITE EM MIE - JAN/20).

## Sequelas Apresentadas

## Diagnóstico

S828 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

## DIAGNÓSTICOS

| Principal | Código | Descrição                         |
|-----------|--------|-----------------------------------|
| Sim       | S828   | FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA |
| Não       | S81    | FERIMENTO DA PERNA                |
| Não       | S822   | FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA       |

## Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 29/01/2020

## Observações Complementares

- MARCAR RETORNO AO AMB DO DR. MARCELO GIRÃO (ORTOPEDISTA). - MARCAR RETORNO AO AMB DO DR. MAURÍCIO (CIR PLÁSTICA). - MARCAR CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA. - USAR CIPRO POR MAIS 7 DIAS.

Responsável

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará  
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Paciente: ANTONIO VIEIRA MENDES

Idade: 66 ano(s) 7 mes(es) e 8 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5644405

Endereço: RUA SIRIA

Bairro: ITAPERI

Num: 165

CEP: 6074084

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

### Localização

Clinica: UNIDADE 25

Enfermaria: 255

Leito: 2521

Internação 13/11/2019

23:33

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

Médico: MARIA EUGENIA BALTAZAR GUIMARÃES

Data: 29/01/2020

### CIRURGIA

| Cod        | Tipo                 | Data             | Descrição   | Profissional                      |
|------------|----------------------|------------------|---|-----------------------------------|
| 0408050500 | Urgência             | 13/11/2019 23:00 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA           | CLECIUS CLAY GONZAGA SANTOS       |
| Cod        | Tipo                 | Data             | Descrição   | Profissional                      |
| 0401020037 | Procedimento Eletivo | 07/01/2020 16:45 | ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL                                   | FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA |
| Cod        | Tipo                 | Data             | Descrição   | Profissional                      |
| 0408050608 | Procedimento Eletivo | 22/01/2020 18:00 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA | RAIMUNDO MARCELO DA SILVA GIRA0   |

| Agendamento |        |        |
|-------------|--------|--------|
|             |        |        |
| Data:       | Data:  | Data:  |
| Hora:       | Hora:  | Hora:  |
| Código      | Código | Código |





**- ATESTADO MÉDICO -**

ATESTO, PARA OS DEVIDO FINS, QUE O SR. ANTÔNIO VIEIRA MENDES ENCONTRA - SE INTERNADO NESTE HOSPITAL DESDE 13/11/2019, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO C/ CID - 10 T90.9 E S82.9. ESTÁ EM REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA E MOTORA, ESTÁVEL CLINICAMENTE, CONSCIENTE, ALTERNANDO PERÍODOS DE LUCIDEZ E DESORIENTAÇÃO, RESTRITO AO LEITO, DEPENDENTE DE TERCEIROS P/ AUXÍLIO NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA. SEGUE NO AGUARDANDO DE CIRURGIAS PLÁSTICA E ORTOPÉDICA DA PERNA ESQUERDA, DEVENDO PERMANECER NESTA INSTITUIÇÃO POR TEMPO INDETERMINADO.

**FORTALEZA, 10 DE DEZEMBRO DE 2019.**

**Dra. Maria Euênia B. Guimarães**  
**Geriatria - RQE 7887**  
**CREMEC 10.556**



RECEITUÁRIO

LAVDO

Paciente Antônio Viana  
Vive com dor no artro  
Parestesia de perna esquerda + li-  
son de quadril esquerda + dor  
em partes moles  
13/11/2019, submetido a fratura  
vulgar de fêmur com a criação  
de fixação + enxerto de pele  
e enxerto de fêmur 70% de  
incapacidade funcional de  
membros inferiores, perda  
de mobilidade e perda  
das atividades de vida  
cotidiana (caminhada), de  
alto índice de incapacidade.

Dr. João Batista Gomes da Silva  
Médico - CRM: 5155  
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 23/04/2020





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito



*Antonio Vieira Mendes*

REGRAS DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008747357-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/09/2018

NOME ANTONIO VIEIRA MENDES  
FILIAÇÃO JOSÉ VIEIRA IRMÃO  
CECILIA MENDES PIRES

NATURALIDADE SOUSA - PB DATA DE NASCIMENTO 21/06/1953

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERNO: 202806 FOLHA: 69  
LIVRO: A-271 FORTALEZA - CE  
CPF 359.221.253-20

RG: ANT: 38118982 P.: 8

*Antonio Vieira Mendes*  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085336/20

**Vítima:** ANTONIO VIEIRA MENDES

**CPF:** 359.221.253-20

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 13/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO VIEIRA MENDES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO VIEIRA MENDES : 359.221.253-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020  
Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
CPF: 359.221.253-20

ANTONIO VIEIRA MENDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200156896

**Cidade:** Fortaleza

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANTONIO VIEIRA MENDES

**Data do acidente:** 13/11/2019

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta diafisária da tíbia esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 100°, extensão aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura exposta diafisária da tíbia esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 13/11/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação externa da fratura, enxertia de pele em perna esquerda, tratamento medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou prejuízo importante dos movimentos do membro inferior esquerdo. Apresenta marcha claudicante, perda de partes moles no terço inferior da perna esquerda e diminuição de força no membro. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior esquerdo, em grau médio, com redução da força e mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/05/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Periciado relatou a existência de lesão neurológica, contudo, não apresenta documentação que informe que a mesma seja decorrente do acidente de trânsito em questão. Assim sendo, do ponto de vista clínico não é possível relacionar a referida lesão com o presente sinistro.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total   |  |  | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200107502 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO VIEIRA MENDES **Data do acidente:** 13/11/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 9\_LAUDO MÉDICO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 25 %   | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total  |   |   | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122072/20

**Vítima:** ANTONIO VIEIRA MENDES

**CPF:** 359.221.253-20

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 13/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO VIEIRA MENDES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO VIEIRA MENDES : 359.221.253-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/04/2020  
Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
CPF: 359.221.253-20

ANTONIO VIEIRA MENDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085336/20

**Vítima:** ANTONIO VIEIRA MENDES

**CPF:** 359.221.253-20

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 13/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO VIEIRA MENDES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO VIEIRA MENDES : 359.221.253-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020  
Nome: ANTONIO VIEIRA MENDES  
CPF: 359.221.253-20

ANTONIO VIEIRA MENDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA