

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> 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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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, 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



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, 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.

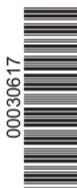
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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 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, retorno 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



**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 tibia 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 periciado.

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 atrofias 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. Nexo 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 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.

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 transito em questão.

Dr. Giane Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e Calígrafia do médico



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA) INVALIDEZ PERMANENTE MORTO

2 - N° do subistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CONSULTE DADOS DE ANO/2012

5 - Nome completo: 6 - RG: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Bairro: 10 - Cidade: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Rua: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENSAL ENTRE 6 A 30 RÉDIOS DA INSCRIÇÃO COMO 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).

DADOS CADASTRAIS
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1,000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se maior) CONTA CORRENTE (Assinale se banco):
Nome do BANCO:

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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, à custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículos 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 disso do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MÓRTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Vívo | 24 - Data da óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Parente de 3º grau ou mais Parente de 2º grau ou mais | 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não | 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: Sim Não | 30 - Vítima deixou parentes (filhos, pais, irmãos, etc.): Sim Não | 31 - Vítima: Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar quantos: Sim Não | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data:

Fortaleza, 05 de março de 2020

Antônio Henrique Mendes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA) INVALIDEZ PERMANENTE MORTO

2 - Nº do subistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CONSULTE DADOS DE ANO/2012

5 - Nome completo: 6 - RG: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Bairro: 10 - Cidade: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Rua: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENSAL ENTRE 6 A 30 RÉDIOS DA INSCRIÇÃO COMO 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).

DADOS CADASTRAIS
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1,000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Inserir o dígito de verificação) CONTA CORRENTE (Assinale se banco):
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Inserir o dígito de verificação) CONTA: (Inserir o dígito de verificação)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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, à custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículos 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 disso do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MÓRTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Vívo | 24 - Data da óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) | 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não | 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: Sim Não | 30 - Vítima deixou parentes (irmãos)? Sim Não | 31 - Vítima tem irmãos? Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar quantos: Sim Não | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data:

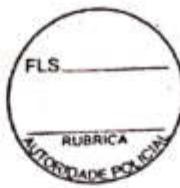
Fortaleza, 05 de março de 2020

Antônio Henrique Mendes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020182659



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 536 / 2020

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: CM
MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Liliane da M. Souza

VISTO DO DELEGADO(A): Karen
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA) INVALIDEZ PERMANENTE MORTO

2 - N° do subistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CONSULTAR FAIXA DE RENDA 2020

5 - Nome completo: 6 - RG: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Bairro: 10 - Cidade: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Rua: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENSAL ENTRE 6 A 30 RÉDIOS DA INSCRIÇÃO COMO 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:

RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1,000,00 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Inserir o dígito de verificação) CONTA CORRENTE (Assinale se banco):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Inserir o dígito de verificação) CONTA: (Inserir o dígito de verificação)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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, à custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículos 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 disso do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MÓRTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Vívo | 24 - Data da óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não | 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: Sim Não | 30 - Vítima deixou residência familiar: Sim Não | 31 - Vítima tem irmãos: Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos: Sim Não | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza, 05 de março de 2020

Antônio Henrique Mendes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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, concluimos 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
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza



Mauricio Lopes Alves
SAMU - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45669-1

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, concluimos 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.

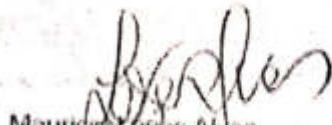
Documento requerido pelo Sra. **Neuman Maria Vieira Mendes** por meio do Processo nº **P069742/2020**.

Fortaleza, 12 de Fevereiro de 2020.

Atenciosamente,

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

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza



Mauricio Lopes Alves
SAMU - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45669-1

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 para a análise da Previdência S/A. O prazo para 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	Download
30/04/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFQOJJP9OqEfBUtMRSvdi6c=">Download

29/04/2020

ABERTURA DE
PEDIDO DE
SEGURO
DPVAT

(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/v2ta__OCppCJM5Ug8yfdF;api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFQOJP9OqEfBUtMRSvdi6c=)



(<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-Efetuados.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>)

Serviços

- › 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>)

Dúvidas e Respostas

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

Atendimento

- › 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](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

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

P-069742/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M-01 PONTO DE APOIO: H. M. F. N.º DA OCORRÊNCIA: 0728
 DATA: 13/11/19 TURNO: M EQUIPE: ERIKA + Ribeirão Seco
 NOME: ANTONIO VIEIRAS MENDES IDADE: 60 SEXO: M
 ENDERÉC: AV: SILAS Minas
 REFERÊNCIA: Planeta Animal Bairro: Serrinha
 QTY: 18:26 QUS: 18:36 QUT: 19:18 QUL: 19:28
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Abatimento por moto

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"/> ALISENTA	<input type="checkbox"/> ALISENTA

A PÉREAS OBSTRUÍDAS POR: _____

B	RESPIRAÇÃO	INSPEÇÃO		PALPAÇÃO / PERCUSSÃO		DISCOLTA
		<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA	
	PELÉNEICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NORMAL
	TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ALTERADA
	BRADIPNEICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	AGÔNICA/ ALISENTA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

C	CIRCULAÇÃO	PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
		<input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input type="checkbox"/> CINZ	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
	TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> < 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
	BRADI CÁRDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> > 2 seg	
	LOCAL:				<input type="checkbox"/> FRIA		

ESCALA DE CONA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICO (P)

D	MENTAL	ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
		<input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> ORIENTADO (A) / SORRI (P)	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> OBEDIÊNCIA A COMANDOS	<input type="checkbox"/> 05
	Á VOZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> LOCALIZAÇÃO DOR	<input type="checkbox"/> 05
	À DOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCORPORÁVEL (P)	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> MOVIMENTO DE RETIRADA	<input type="checkbox"/> 04
	NENHUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / ELEMENTO (P)	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> REFLEXO ANORMAL	<input type="checkbox"/> 03
	TOTAL:		15	<input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> EXTENSÃO ANORMAL	<input type="checkbox"/> 02

PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS

E	DORSO	ADULTO		LESÕES		PEDIÁTRICO	
				<i>Fratura exposta em M1 e T12 (Tergo inferior)</i>			

FC: 88 PA: 120/70 FR: 22 GIC: - OXIM: - TEMP: -
 Abatimento, por moto, Deomai,

negro atingiu:

7. DESLOCAMENTO: QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUS: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA	CHECAGEM
<p><i>materiais</i></p> <p>jele 01 01 ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS</p> <p>equipo 01</p> <p>extensor 01</p> <p>gabe acolchada 03</p> <p>fl gêtil 05</p> <p>SP L 03</p> <p>atracaria 15cm 03</p> <p>ASS. / CRM: _____</p>	
<p>11 10.00 01 ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM</p> <p>VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, MAIS FORTANATIVO, COLOR CERÚSICO, IMBILIZAÇÃO EM PRANCHA LONGA, AVALIAÇÃO MÉDICA DA TRANSPORTADA SEM INTRABRANCIAS.</p> <p>E.T.W: Passageira Pela USA 23 ASS. / COREN: <i>Erica</i></p> <p>ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA</p>	
<p>ASS.: _____</p> <p><i>J.M.F - Centro</i> DESTINO DO PACIENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE: <i>J.M.F - Centro</i> BOLETIM EMERG: _____</p> <p><input type="checkbox"/> LIBERADO <input type="checkbox"/> RECUSA <input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> OUTRO: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ÓBITO → <input type="checkbox"/> NO LOCAL <input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE</p> <p>ACIDENTE ACOMPANHADO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: _____</p> <p>SS. DO RESPONSÁVEL: <i>John Doe - Intermediador</i> <i>X</i> <i>2018-09-20 10:00:00</i> <i>2018-09-20 10:00:00</i> <i>John Doe</i> EM: <i>13/11/19 às 10:00</i></p>	
<p>COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES</p> <p>ESPOSA PELO RECEBIMENTO:</p> <p>ESCRITURA DE VALORES ENTREGUES:</p>	
<p>OCAL: _____ EM: <i>13/11/19</i></p> <p>SS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____</p>	
<p>TERMO DE RECUSA</p> <p>U, _____ RG / CPF _____</p> <p>DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: <i>13/11/19</i> às <i>10:00</i> hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.</p> <p>ASSINATURA: _____</p>	



P-069742/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USA 21

PONTO DE APOIO: SER V

Nº DA OCORRÊNCIA: 0828

DATA: 13/11/2019

TURNO: MT

EQUIPE: *Guilherme + Milene + Thiago*NOME: *Antônio Vieira Mendes*

IDADE: 60

SEXO: H

ENDERECO: AV: S: 199 Mangueira 1301

REFERÊNCIA: *Pronto atendimento*

QTY: 18:36

QUS: 10 - 518

QUY: -

BAIRRO: *Serrinha*

QUI: -

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

Atropelamento por moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

 RESPONSIVO
 NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

 PRESENTE
 AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

 PRESENTE
 AUSENTE PÉRVEAS OBSTRUÍDAS

POR:

A
Visão dasPADRÃO
RESPIRATÓRIO EUPNEICO
 TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO
 AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

 NORMAL ALTERADA: _____

PALPAÇÃO /PERCUSSÃO

 NORMAL ALTERADA: _____

AUSCULTA

 NORMAL ALTERADA: _____**B**
Respiração

PULSO

 NORMOCÁRDICO
 TRAQUICÁRDICO
 BRADICÁRDICO CHEIO FILIFORME IMPALPÁVEL

PELE

 CORADA
 PÁLIDA
 CIANÓTICA SUDOREICA SECA QUENTE FRIAENCHIMENTO
CAPILAR < 2 seg
 > 2 segSANGRAMENTO
ESTERNO SIM
 NÃOLOCAL: *radial*

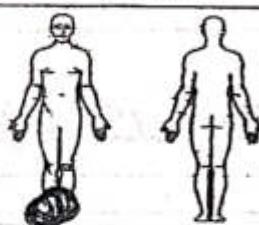
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D
Neurologia

ABERTURA OCULAR

 ESPONTÂNEA
 À VOZ
 À DOR
 NENHUMATOTAL: *19* ORIENTADO (A) / SORRI (P)
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
 NENHUMA 5
 4
 3
 2
 1 OSEDECE A COMANDOS
 LOCALIZA A DOR
 MOVIMENTO DE RETIRADA
 FLEXÃO ANORMAL
 EXTENSÃO ANORMAL
 NENHUMA 6
 5
 4
 3
 2
 1PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS**E**
Esportes

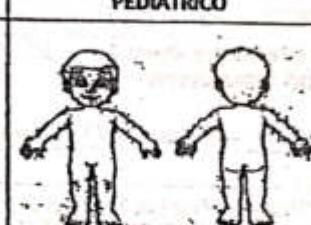
ADULTO



LESÕES

Postura exposta em MIE completa, parcialmente amputada

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 95 *ppm*

PA: 130x80

FR: 18

GLUC: -

O2MM: 96%

TEMP: -

*Atropelamento por moto**pedestre com postura exposta MIE**parcialmente amputada, alcance das**mais próximas extremitades. Fato AVP + 1000m SRL*

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Paciente 60 anos vítima de atropelamento por moto com politena exposta em HIE completa, porciolamente aspergida, bordure sanguinolenta, pulso fraco e descolorido persistente, TEC < 20. Fecho colchonete de negativo, AVP + 1000 ml SRL e encaminhado ao UF auto pulso, LSCB H01.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Resigilat primul atenționament sub USA 101 în cadrul vizitei sub USA 22, Președintele român împotriva lui membru superior se poate considera că este un atentat la 100%.

ASS. ATT'Y: *Robert S. Lovland*
ATTY. *Robert S. Lovland*
APPLIED
SERIAL NO. 20 454

ANOTACÕES / CONDUITAS DO CONDUTÓRIS DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

Mr. & Mrs. John M.
E. L. & M. M. M.
12500-12500

455

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: HF união BOLETIM EMERG:

DEBRADO RECLAMA REMOVIDO POR TERCEROS OUTRO:

ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

CLIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

MATERIALS AND METHODS

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RENSÁVEL PELO RECEBIMENTO DE

RECIBÃO DE VALORES ENTRE GÜES:

10

FM 4-3

DO MELHOR FÍVEL, PECLO SEGUIMENTO MEL-

TERMO DE RECUSA

RG / CPT

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

STRUCTURAE

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 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 m/c, orientado.

Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE

Discriminador: PELE CRÍTICA

Autoagressão: Não

Satô2: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: P脉so/FC: 88 PA: FR: 22

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: KELMA MARIA MAIA CRM: 8669 N°: 573959 Horário 13/11/2019 19:32

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

Exa: 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 M/E

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL

PA=124X74 FC=88 BPM STO2=97% GLUC=97

GLASGOW15, SEM DEFÍCIT MOTOR, PIFR+

ACP FISIOLOGICO

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	DENISE SALES ARACANJO
13/11/2019	19:31	ACIDENTE COM PEDESTRE	PELE CRÍTICA	DENISE SALES ARACANJO

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: P脉/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 FISIOLOGICO

ABD - RHA+, GLOBO, 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

03 03 2020

51022

Leitura final

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

Admissão: 13/11/2019 19:25

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254

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

CEP 6074084 Bairro: ITAPERI

Endereço: RUA SIRIA

Município: FORTALEZA

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 HEMACIAS - TRANSFUNDIR 15GTS/MIN POR 15 MINUTOS E SE NÃO HOUVER REAÇÃO AUMENTAR GOTEJAMENTO PARA 45 GTS/MIN, NO MÍNIMO EM 1 HORA 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	
GLICEMIA 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 VOMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 3 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3; VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

 Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

moreira
 2015
 000P 80 80

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO VIEIRA MENDES	Sexo: Masculino	Pront.: 5644405
Idade: 66 ano(s) 7 mes(es) e 8 dia(s)		
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

Relatório

Tipo de Saída: Alta Cancelada

Não

Resumo Clínico

#PACIENTE ALCOOLIZADO, ADMITIDO NO IJF EM 13/11/19 POR ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO COM FX EXPOSTA DE Perna ESQUERDA COM LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES-> TTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE Perna ESQUERDA -> PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 913/1/19).ENXERTO DE PELE PARCIALEM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO).TRATAMENTO CIRURGICO 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 EXCÉNTRICA 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)

Endereço: RUA SIRIA

Num: 165

CEP: 6074084

Sexo: Masculino

Pront.: 5644405

Bairro: ITAPERI

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 GUIMARAES

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 AGUARDO DE CIRURGIAS PLÁSTICA E ORTOPÉDICA DA Perna ESQUERDA, DEVENDO PERMANECER NESTA INSTITUIÇÃO POR TEMPO INDETERMINADO.

FORTALEZA, 10 DE DEZEMBRO DE 2019.

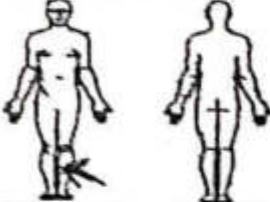
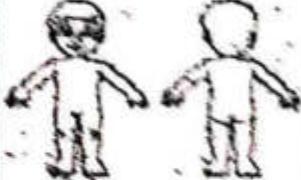


Dra. Maria Euênia B. Guimarães
Geriatra - RQE 7887
CREMEC 10.556

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M-01 PONTO DE APOIO: H. M. F. N° DA OCORRÊNCIA: 0028
 DATA: 13/11/19 TURNO: MT EQUIPE: ERIKA + Ribeirão
 NOME: ANTONIO VIEIRAS MENDES IDADE: 60 SEXO: M
 ENDERÉC: AV: SILAS Minas
 REFERÊNCIA: Planeta Animal Bairro: Serrinha
 QTY: 18:26 QUS: 18:36 QUT: 19:18 QUL: 19:28
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Abatimento por moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)	
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ALSENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ALSENTE	
<input type="checkbox"/> PÉREAS <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS		POB:		
A Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO	
	<input type="checkbox"/> PÉRNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICO/ALSENTE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA
B Circulação	PULSO		PELE	
	<input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CRES <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRÍA
C Sensações	LOCAL:		<input type="checkbox"/> < 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	ESCALA DE CONA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICO (P)			
D Respiratórios	ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	
	<input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA 4 <input type="checkbox"/> À VOZ 3 <input type="checkbox"/> À DOR 2 <input type="checkbox"/> NENHUMA 1	<input type="checkbox"/> TOTAL: 15	<input type="checkbox"/> ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input type="checkbox"/> CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCORISOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / ELEMENTE (P) <input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> 0/5 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1/1
E Traumatologico	PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS		RESPOSTA MOTORA	
	<input type="checkbox"/> ADULTO 		<input type="checkbox"/> OBEDIÊNCIA A COMANDOS <input type="checkbox"/> LOCALIZAÇÃO DOR <input type="checkbox"/> MOVIMENTO DE RETRADA <input type="checkbox"/> REFLEXO ANORMAL <input type="checkbox"/> EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> NENHUMA	
		LESÕES		PEDIÁTRICO
		FRATURA EXPOSTA EM MIE (TERGO INFERIOR)		

FC: 88 PA: 120/70 FR: 22 GLC: - OXIM: - TEMP: -
 Abatimento, por moto, Deomai,

negra atingiu:

7. DESLOCAMENTO: DES: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; DES: SAÍDA DA OCORRÊNCIA; DES: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; DES: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PREScriÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

notas

jelco 16 01 ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

equipo 01

extensor 01

gaze acolchada 03

N. G. Térmil 05

SP 1 03

atrocfera 15cm 03

2 11 10cm 01

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, MALIZOSO E AGRITIVO, COLOR CERÚSICO, IMMOVILIZAÇÃO EIXO PRAONHO LONGO, AVIAÇÃO ELÉTRICA MÉDICA DA. TRANSPORTADO SEM INSTRUMENTACAO.

D.T.W: Passado pela USA 23 ASS. / COREN: Ericka

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE: <u>L.M.F - Centro</u>	<input type="checkbox"/> BOLETIM EMERG: _____		
<input type="checkbox"/> LIBERADO	<input type="checkbox"/> RECLUSA	<input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEIROS	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____
<input type="checkbox"/> ÓBITO →	<input type="checkbox"/> NO LOCAL	<input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE	
ACIDENTE ACOMPANHADO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:	
SS. DO RESPONSÁVEL: <u>Ismael Mendes</u>	<u>X</u>	Ass. do médico da Unidade Destino: <u>Ismael Mendes</u> EM: <u>13/11/19 25/19/38</u>	

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

ESPOSA PELO RECEBIMENTO:

ESCRITURA DE VALORES ENTREGUES:

OCAL: _____ EM: / /

SS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECLUSA

<input type="checkbox"/> U,	RG / CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECLUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.	
ASSINATURA: _____	



P-069742/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USA 21

PONTO DE APOIO: SER V

Nº DA OCORRÊNCIA: 0828

DATA: 13/11/2019

TURNO: M/T

EQUIPE: *Carne + Milha + Tita Salvin*NOME: *Antônio Vieira Mendes*

IDADE: 60

SEXO: H

ENDEREÇO: AV: S:br Mangueira 1301

REFERÊNCIA: *Prx Pet Shop*BAIRRO: *Serrinha*

QTD: 18:36

QUS: 10-58

QUY: -

QUI: -

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: *Atropelamento por moto*

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

 RESPONSIVO
 NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

 PRESENTE
 AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

 PRESENTE
 AUSENTE PÉRVEAS OBSTRUÍDAS

POR:

A
VisãoPADRÃO
RESPIRATÓRIO EUPNEICO
 TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO
 AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

 NORMAL ALTERADA:

PALPAÇÃO /PERCUSSÃO

 NORMAL ALTERADA:

AUSCULTA

 NORMAL ALTERADA:B
Respiração

PULSO

 NORMOCÁRDICO
 TRAQUICÁRDICO
 BRADICÁRDICO CHEIO FILIFORME IMPALPÁVEL

PELE

 SUDOREICA
 SECA
 QUENTE
 FRIAENCHIMENTO
CAPILAR ≤ 2 seg
 > 2 segSANGRAMENTO
EXTERNOS SIM
 NÃOLOCAL: *radial*

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

C
Circulação

ABERTURA OCULAR

 ESPONTÂNEA
 À VOZ
 À DOR
 NENHUMATOTAL: *14*

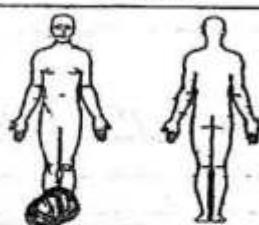
RESPOSTA VERBAL

 ORIENTADO (a) / SORRI (p)
 CONFUSO (a) / CHORO CONSOLÁVEL
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (a) / INCONSOLÁVEL (p)
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (a) / GEMENTE (p)
 NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

 OBEDIÊCIA A COMANDOS
 LOCALIZA A DOR
 MOVIMENTO DE RETIRADA
 FLEXÃO ANORMAL
 EXTENSÃO ANORMAL
 NENHUMA 6
 5
 4
 3
 2
 1PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADASD
Neurologia

ADULTO



LESÕES

*Fratura exposta em
M16 completa, parcial-
mente amputada*

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 95 *ppm*

PA: 130x80

FR: 18

GLU: -

O2MM: 96%

TEMP: -

*Atropelamento por moto**pedestre com fratura exposta M16**parcialmente amputada, alcancado**mais vitais estavam. Fecho AVP + 1000ml SRL*

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Paciente 60 anos vítima de atropelamento por moto com rotura exposta em MLE completa, perneira amputada, borbote sangrento, pulso pediátrico ausente presente, TEC < 20. Feito ressuscitador de manguito, AVP + 1000 ml SRL e encaminhado ao UF adulto pelo SIB M01.

ASS. CRM: 101000
Dr. Fábio Góes
Médico
CRM/SC 20 454

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizado primeiros atendimentos pelo U54 M01 em aguado aberto pelo U54 M01. Paciente em semi-transporte de escotilha inferior exposta, manguito anestésico e transportado para U56 entre pelo U54 M01.

ASS. COREN: M. M. Costa Mello
Enfermeiro
CRM/SC 20 454

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: HUT centro BOLETIM EMERG: _____
LIBERADO RECLUSA REMOVIDO POR TERCEROS OUTRO: _____

ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PORTE ACOMPANHADO: SIM NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:
DO RESPONSÁVEL:

EM: / / hs hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

SPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

SCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

SAL:

EM: / /

DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECLUSA

RG / CPF

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

SIGNATURA:

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 96517-6147
 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 m/c, orientado.
 Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE
 Discriminador: PELE CRÍTICA
 Autoagressão: Não
 Sato/02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: P脉so/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.:

Exa: 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 M/E

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, EM USO DE COLAR CERVICAL

PA=124X74 FC=88 BPM STO2=97% GLUC=97

GLASGOW15, SEM DEFÍCIT MOTOR, PIFR+

ACP FISIOLOGICO

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	DENISE SALES ARACANJO
13/11/2019	19:31	ACIDENTE COM PEDESTRE	PELE CRÍTICA	DENISE SALES ARACANJO

13/11/2019
 03 03 2020
 51021
 Mário Vaz

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-001 - 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: Pulo/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 FISIOLOGICO

ABD - RHA+, GLOBOZO, 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

03 03 2020

51022

Antônio Viana

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

Admissão: 13/11/2019 19:25

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509369415254

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

CEP 6074084 Bairro: ITAPERI

Endereço: RUA SIRIA

Município: FORTALEZA

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 HEMACIAS - TRANSFUNDIR 15GTS/MIN POR 15 MINUTOS E SE NÃO HOUVER REAÇÃO AUMENTAR GOTEJAMENTO PARA 45 GTS/MIN, NO MÍNIMO EM 1 HORA E MÁXIMO 4 HORAS QTD: 4	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS 6/6H	10/20 10/20 10/20
REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL 03X POR DIA	10/20 10/20 10/20
ORIENTAÇÕES EXTRAS VACINA ANTITETÂNICA - 01 AMP, IM, DOSE ÚNICA	10/20 10/20 10/20
ORIENTAÇÕES EXTRAS CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA	10/20 10/20 10/20
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	10/20 10/20 10/20
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA	10/20 10/20 10/20
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30°-45°	10/20 10/20 10/20
FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	10/20 10/20 10/20
GLICEMIA CAPILAR 6/6H	10/20 10/20 10/20
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	10/20 10/20 10/20
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA SE DX<70MG/DL	10/20 10/20 10/20
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	10/20 10/20 10/20
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	10/20 10/20 10/20
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	10/20 10/20 10/20

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 VOMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 3 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

 Alta, Conduta Observação Referência para: Óbito

início de infarto
 2015
 000 80 80

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

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

#PACIENTE ALCOOLIZADO, ADMITIDO NO IJF EM 13/11/19 POR ATROPELAMENTO POR MOTO, EVOLUINDO COM FX EXPOSTA DE Perna ESQUERDA COM LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES -> TTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE Perna ESQUERDA -> PASSAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 913/1/19).ENXERTO DE PELE PARCIALEM MIE EM 07/01/20 (DR. MAURÍCIO).TRATAMENTO CIRURGICO 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 EXCÉNTRICA 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.

30 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)

Endereço: RUA SIRIA

Num: 165

CEP: 6074084

Sexo: Masculino

Pront.: 5644405

Bairro: ITAPERI

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clinica: UNIDADE 25

Enfermaria: 255

Leito: 2521

Intemação 13/11/2019

23:33

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Médico: MARIA EUGENIA BALTAZAR GUIMARAES

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	RAJMUNDO 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 AGUARDO 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
Geriatra - RQE 7887
CREMEC 10.556**

RECEITUÁRIO

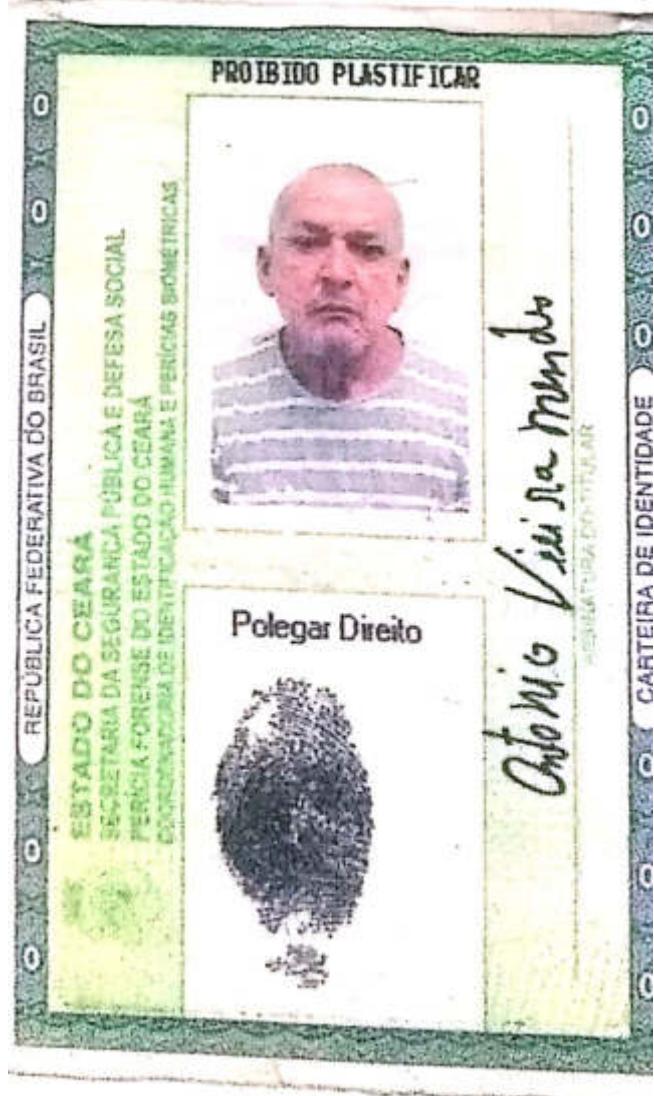
LAUDO

Pe compe Antropofílume
Mentes super retruqix-
Retaf se perde 159 + li-
sos gessent via ixesse
un perles mely em
13/11/2019, submetido e frete.
Mentes viuq e gess u cricão
11 xce co + mixest o di 70
a Vincempos per 70 qd
In cperados unien
Membros perdeu 159, perdes
e mabs gessas linsta-
cas das moinhos, de
mochas (casigut), de
offe mtdice di hntive.

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

Fortaleza, 23/01/2020

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2000747357-1
DATA DE EXPEDIÇÃO	18/09/2018
NAME	ANTONIO VIEIRA MENDES
FILIAÇÃO	JOSÉ VIEIRA IRMÃO
	CECILIA MENDES PIRES
NATURALIDADE	Sousa - PB
DOC. ORIGEM	DATA DE NASCIMENTO
	21/06/1953
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO:202806 FOLHA:69	
LIVRO:A-271 FORTALEZA - CE	
CPF: 359.221.253-20	
RG: ANT: 301109982 P.: 8	
2 VIA	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.110 DE 29/08/83	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085336/20

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

CPF: 359.221.253-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/11/2019

Titular do CPF: ANTONIO VIEIRA MENDES

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO VIEIRA MENDES

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 atrofias 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 repercutem 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 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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/11/2019

Titular do CPF: ANTONIO VIEIRA MENDES

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO VIEIRA MENDES

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085336/20

Vítima: ANTONIO VIEIRA MENDES

CPF: 359.221.253-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/11/2019

Titular do CPF: ANTONIO VIEIRA MENDES

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO VIEIRA MENDES

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA