
Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553772

Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553772

Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Recebedor: **JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004690**

Conta: **0000014817-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

165.869.213-68 JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS
AUTÔNOMO
Rua Silveira Filho
Foz de Iguaçu
PR
85846-564

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 4690 013 CONTA: 000.148.17 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2828 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2019 12:49:19**
Data / Hora da Ocorrência: **09/07/2019 16:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA EDUARDO PERDIGÃO**
Complemento:
Bairro: **PARANGABA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO HOSP MENINO JESUS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS**
Nascimento: **09/09/1962** CPF: **165.869.213-68**
RG: **97002651915** Orgão Emissor: **SSPCE**
Filiação: **ALMIRA ALVES DE SOUZA SANTOS**
JOSE SIMPLICIO DOS SANTOS
Endereço: **RUA SILVEIRA FILHO, 1030 CASA 18**
Bairro: **JOQUEI CLUBE**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

Investprev Seguradora S/A
UF:

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CEP: **60.520-055**

Telefone: **(85) 98846-5641**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE GUIAVA UMA BICICLETA PELA RUA EDUARDO PERDIGÃO NA FAIXA DA ESQUERDA E AO TENTAR MUDAR PARA A FAIXA DA DIREITA FOI COLHIDO POR UMA MOTO DE PLACA NAO ANOTADA NA VIA QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SUA FILHA, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTEIRÃO DE PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João de Deus de Souza Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

165.869.213-68 JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS 4030 RUA SILVEIRA FILHO 4030 60520-055 Fortaleza CE 180 98846-6641

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 4690 013 CONTA: 000.148.17 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Investprev Seguradora S/A

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido. 26 SET 2019

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, não localizou atendimento em nome do Sr. **João de Deus de Souza Santos**. Porém, consta na central de regulação do SAMU, acionamento para prestar atendimento a uma vítima de trânsito, identificada apenas por **João de Deus** no dia **09/07/2019**, às **16h44min**, na **Rua Eduardo Perdigão**, no **Bairro Parangaba**.

Documento requerido pela Sra. **Kátia Moreira Santos** por meio do Processo nº **P814352/2019**.

Fortaleza, 20 de Agosto de 2019.

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Atenciosamente,

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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

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

Maurício 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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04690

CONTA: 000000014817-8

Nr. da Autenticação 9EB853BAC617907D

Cagece

007002904

ROSALBA MAREIRA SANTOS
RUA SILVEIRA FILHO, 1030, 18, JOAZEIRO CLUBE
FORTALEZA

80528-055

001	030 00	0076 00	0313	0029
001	000		008	000
AGUA	A198478156	2303	5	10
				0
13/08/2019	13/08/2019	13/08/2019	13/08/2019	13/08/2019
13/08/2019	13/08/2019	13/08/2019	13/08/2019	13/08/2019
326	326	185	326	326
545	545	545	545	545
542	537	533	529	545

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 18 m3 / META: 14 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

AGUA	28.30			
E98070	22.64	set/18	14	11
		out/18	15	12
		nov/18	16	12
		dez/18	13	19
		jan/19	13	19
		fev/19	13	18
		mar/19	10	0
		abr/19	11	0
		mai/19	12	9
		jun/19	12	9
		jul/19	13	10
		ago/19	12	9

PTS	0.48	VALOR DO SERVIÇO	73.98
COFINS	2.43	VALOR DO SUBSIDIO	23.64
		VALOR TOTAL A PAGAR	50.34

09/2019 03/10/2019 50,34

I: 358318075193833 L: 2025 H: 08:58:06 R: 032 P: 001

Cagece

Cagece

É obrigação do usuário manter-se atualizado quanto às informações e procedimentos da Agência Reguladora.
Endereço: Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados (ARCE) - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental - 0880 285 1999, Domicílio: Rua da Cidadão ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados (Arce) - Rua da Cidadão ARCE - 0880 275 3838, Domicílio: Rua da Cidadão ARCE - 0880 275 3838, Domicílio: Rua da Cidadão ARCE - 0880 275 3838.
Mais informações pelo telefone: 0800 11 11 11, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.arce.gov.br, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h.

Atenção: Não
deixar o telefone
desligado.

Cagece

358318075193833 - 2025

007002904				09/2019
001	030 00	0076 00	0313	0029
FORTALEZA			03/10/2019	50,34

82620000000 6 50940009500 6 00700290401 4 00071022015 3



CETIDÃO NARRATIVA

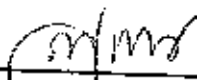
Certifico, em virtude da faculdade que me é conferida por lei, que o Sr. João de Deus de Souza Santos esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 09/07/2019 a 12/07/2019, sob o nº do prontuário 344622, com o diagnóstico de fratura de maleolar medial direito, sendo realizado tratamento cirúrgico, recebendo alta medica do profissional responsável.

Atenciosamente

Fortaleza, 17 de junho de 2019

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28


Monica Maria Saba Ferreira
Coordenadora de WAC
CPF: 259.651.154-01
Matr: 15064

Avenida Osório de Paiva, 1127 Parangaba – Fortaleza – Ceará
CEP 60.720-640 – Fone (85) 31317322

12700030977



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Informação
Pareceres Médicos, Perícias e Exames - Assistência Hospitalar - Ambulatório - 2019
257, Rua da Palma nº 2.154 - Fátima - CEP 40060-400
Fortaleza - Ceará
Telefone (85) 3184-4200

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIT (LM)

Nº LAUDO:	Nº da AIT:
	2319102748215

UNIDADE HOSPITALAR	CGC / CNPJ
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA	07.635.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: João de Deus de Souza Santos			
ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA: SILVEIRA FILHO Nº 17044			
CIDADE	MONUMENTO	UF	CEP
JORVEI CLUBE	FORTALEZA	CE	
DATA DO NASCIMENTO: 09/07/64			
SEXO: 1. ☒ MASO 2. ☐ FEM 3. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 5. ☐ FILHO 6. ☐ OUTRO DEP.			
NOME DA MÃE: ALMIRA ALVES DE SOUZA SANTOS			

CPF MÉDICO SOLICITANTE		CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL		CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO	
G. LST.	PROCEDIMENTO SOLICITADO	 DR. RÉGIS SILVEIRA TEIXEIRA CRM-CE 142270/17124			
DATA DA EMISSÃO: 09/10/2019					

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		Investprev Seguradora S/A
Acidente de moto (V. 4 de Atropelamento)		26 SET 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
Necessidade de Cuidado	ASSISTENTE QUE LOMBA CONTÉM Cópia ORIGINAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	pp. 11/11/19
Rx TEF	Mônica Saba Mat. 15986

DIAGNÓSTICO INICIAL	TIPO DE CLÍNICA
Fratura de Manguito bicipital	1. ☒ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA
	3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL
	5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA
	8. ☐ OUTROS

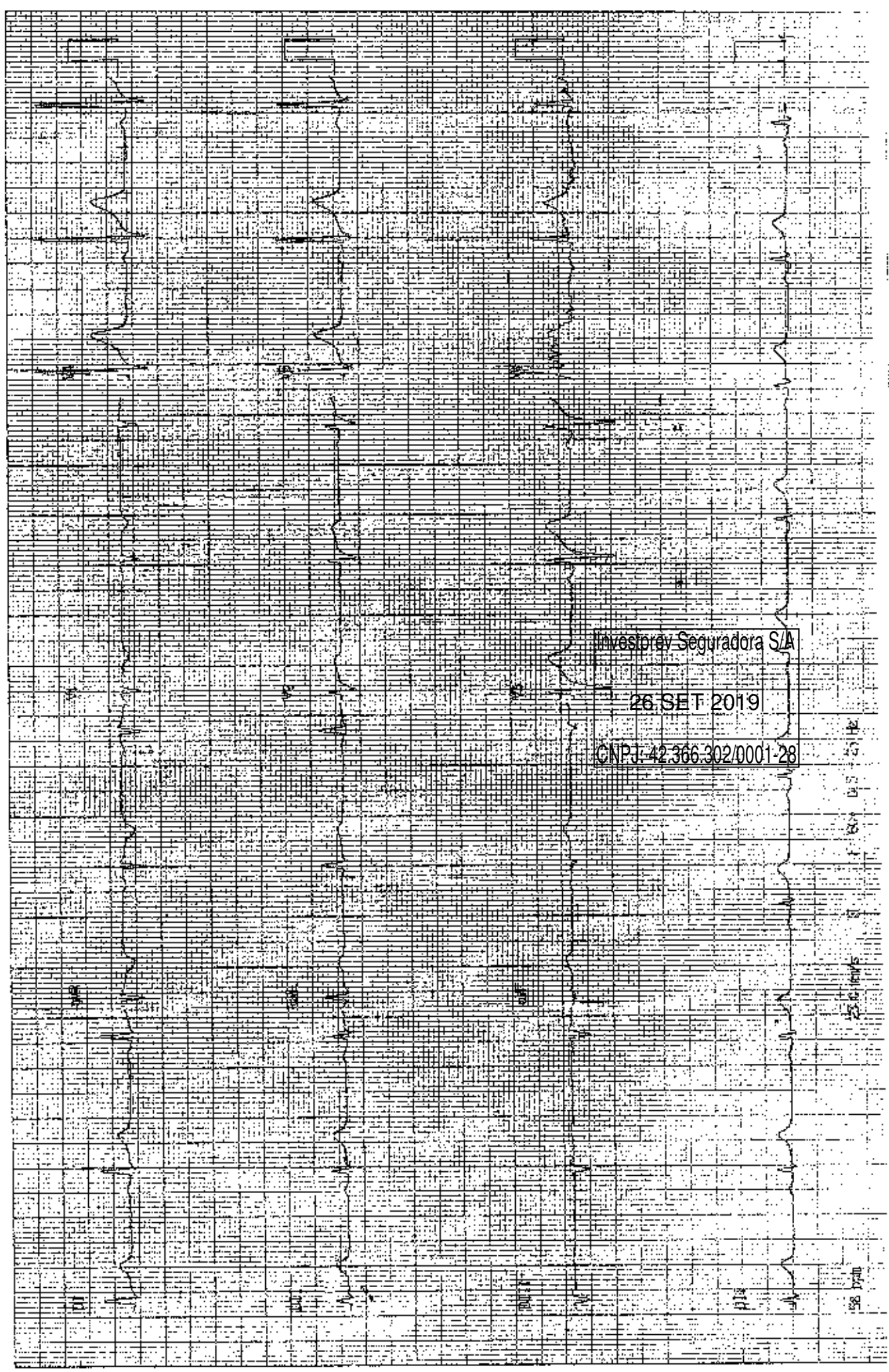
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
T = 0 Cuidado de Fr. TUB	

CRM - MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA	HORA
	 DR. RÉGIS SILVEIRA TEIXEIRA CRM-CE 142270/17124 09/10/2019		

SAVO: N
JORG DE DEUS DE SOUS

10/07/2019 08:20

FROTI PARANAGUA



Investprev Seguradora S/A
26 SET 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

DATA	EVOLUÇÃO
10 02 19	14:00 Pet, sexo M, 56a, 2H por fratura da malheta medial D. Evolui consciente, orientado, bem EG. Nega alergias. Hipertensão e diabetes. Segue aos cuidados da equipe. Ao P 1 L 108
10 03 19	S.O.S. 56 anos, admitido no pronto socorro, proveniente dos serviços de emergência, 40. Fratura de malheta medial D. Acordado, orientado, verbalizando, resp. físico qd- bil, normotensão, normomucosa. Reforço H.A.S. + D.M. em uso de SAS, losartana, glicazide, HCTZ. Segue em observação. Aguardando cirurgia. Bela Kucinski Carimbo: 33135
11 02 19	S.O.S. 56 anos, admitido no pronto socorro, proveniente dos serviços de emergência, 40. Fratura de malheta medial D. Acordado, orientado, verbalizando, resp. físico qd- bil, normotensão, normomucosa. Reforço H.A.S. + D.M. em uso de SAS, losartana, glicazide, HCTZ. Segue em observação. Aguardando cirurgia. Bela Kucinski Carimbo: 33135
11 07 19	S.O.S., masculino, 56a POE por fratura da malheta medial D. Evolui consciente, orienta- do, verbalizando, bem EG, demonstrando com auxílio. Com ar ambiente. Acute dieta VO. AUP em MSE físico. Sem queixas no momento. Exami- nações físicas presentes. Segue aos cuidados da enfermagem.
12 07 19	S.O.S., masculino, 56a POE por fratura da malheta medial D. Evolui consciente, orienta- do, verbalizando, bem EG, demonstrando com auxílio. Com ar ambiente. Acute dieta VO. AUP em MSE físico. Sem queixas no momento. Exami- nações físicas presentes. Segue aos cuidados da enfermagem.

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SANTE - Serviço de Arguimento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, de assinado e rubrica do titular da informação registrada.

TRANSMISSÃO

201

6.302/0

TRUMP

HOME:

João de Deus de Souza Santos

Exp. Segurado

ID#

SEB

366.

25

LEAD:

Nº. PRONTUÁRIO:

16:	
20:	S/A
08:	28

IRIO:	AS 20	24h		
P.A.:	440330	130x90		
TEMP.°:		36,82		
PJ MIN.:		96		
M.V. / MIN.:				

"ASTUTIA"

Unit 1 - A.10

"ASTUTIA"

SND

0902 4 Piece 1/2

② Improved 100% > £2
3564K 0007 18/12

③ 1930 - 03 Aug. - 6/164

1006 fu det. 8/84 S
⑫ 11-57 614mp + 370.27

⑤ HCT 257 okp. ok

⑤ Robertson 509 24 10

① 4th Nov 1900

6 31004

15 Arts 1003, Oshp. no. App.

[Handwritten signature]

APR 19 1966

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

Paciente admittido para
Ho internação. Condição,
estabilizada, vitais sendo
controladas, AS, digiti-
dos positivos.
Em estado de sono profundo.
Causa conhecida - desconhecida.
Sinais:
2da paciente segue vital-
mente, condição, orientada
relativa calma e dor no
abdômen médio da mus(D)
sem reaparelhada, mais com
febre baixa.

J. S. S. S.

Phosphorus

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

1º:	
2º:	
3º:	
4º:	

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida obrigatoriamente da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

HORARIO:	8
P.A.:	30/67
TEMP.°:	36
P.J. MIN.:	7-7
M.V. / MIN.:	

NOME: João de Deus de Sousa Santos

ev Segurado S/A

IDADE: 201

2.366.02/00128

ENF.: 3

LEITO: 108

Nº. PRONTUÁRIO: 341.692

12/10/21	AS: 9hs paciente recebeu alta hospitalar, com orientação orientada verbalmente, sendo encaminhado para o Hospital de Saúde da Família de São João de Deus, com endereço: Rua 15900, nº 15900, Jd. São João de Deus, Curitiba, PR.
	HOSPITAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO JOÃO DE DEUS
	ASSISTENTE SOCIAL: PRINCEZA DA PRIMAVERA
	PRINCEZA SARA
	15900

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETÓPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLÓRETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA				
DESLANDOSÍDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
DIPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCÓPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
IPILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAM 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAM 15MG	AMPOLA				
NALOXONA	AMPOLA				

Handwritten signature/initials

SEROS

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML
SORO GLICOSADO 5% 500ML
SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML
SORO RINGER LACTADO 500ML
SOL. MANITOL 20% 250ML
FRUTOSE

SANGUE-HEMODERIVADOS

PLASMA
SANGUE TOTAL
CONCENTRADO DE HEMACIAS
ALBUMINA

MATERIAS DESCARTÁVEIS

CATETER VENOSO
EXTENSOR
EQUIPO DE SORO
SONDA ASPIRAÇÃO
SONDA TRAQUEAL
SONDA NASOGÁSTRICA
SCALP
AGULHA P/PERIDURAL
AGULHA P/RAQUI
TORNEIRA 3 VIAS

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.802/0001-28

ANESTESISTA-CRM

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

HISTÓRIA CLÍNICA Nº 1052 BARBOSA DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

pp. *[assinatura]*

Mônica Sato

RECEBUE

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DATA: / /

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM

Paciente: JOÃO DE DEUS DE SOUZA
Data da Operação: 11/07/19
Operador: Dr. [assinatura] Enfermeira: [assinatura]
2º Auxiliar: CREMEC 12.5.13 1º Auxiliar: [assinatura]
Instrumentador: [assinatura] 3º Auxiliar: [assinatura]
Anestesiologista: Dr. Higuerando Neto Neto CRM 3199 TEÓF - IL 556
Tipo de Anestesia: RAQUÍ
Diagnóstico Pré-operatório: Fratura de tornozelo @
Tipo de Operação: Fixação cirúrgica de fratura de tornozelo @
Diagnóstico Pós-operatório: O mesmo
Relatório Imediato Patologista:
Exame Radiológico no ato:
Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

RESUMO DA OPERAÇÃO

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

1) Paciente em VDH sob anestesia

2) SDA

3) Acesso medial no maldito medial. Redução direta e fixação com 02 parafusos corticais 3,5mm

4) Drenagem radiográfica

5) Redução do fratura + sutura por plicno + curativo estéril + tala total

[assinatura]
CREMEC 12.5.13

HOSPITAL DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL
ATESTO QUE CÓPIA CORRESPONDE COM ORIGINAL

PP - [assinatura]
Mônica Saba
CRM 15048

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANTIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TROPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLÓRETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA				
DESLANDOSÍDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
GBPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
IPSILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA				
NALOXONA	AMPOLA				

Handwritten signature and notes in the first column.

Handwritten mark in the second column.

SOROS

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FRASCO
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO
SORO GLICOSADO 5% 500ML	FRASCO
SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FRASCO
SORO RINGER LACTADO 500ML	FRASCO
SOL. MANITOL 20% 250ML	FRASCO
FRUTOSE	FRASCO

SANGUE- HEMODERIVADOS

PLASMA	
SANGUE TOTAL	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
ALBUMINA	

MATERIAS DESCANTÁVEIS

CATETER VENOSO	UNIDADE
EXTENSOR	UNIDADE
EQUIPO DE SORO	UNIDADE
SONDA ASPIRAÇÃO	UNIDADE
SONDA TRAQUEAL	UNIDADE
SONDA NASOGÁSTRICA	UNIDADE
SCALP	UNIDADE
AGULHA P/PERIDURAL	UNIDADE
AGULHA P/RAZUI	UNIDADE
TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE

ANESTESISTA-CRM

Investprev Seguradora S/A
26 SET 2019
CNPJ: 42.386.902/0001-28
HOSPITAL MUNICIPAL DE FORTALEZA - DEPARTAMENTO DE ANESTESIA
ATESTADO QUE CONTA COM A ORIGINAL
Fórmula Sólida
1000-15304

Nome: <u>Sora de Deus de Sora Santea</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data internação	Diagnóstico
			<u>09/10/2019</u>	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
<u>09/10/19</u>	<u>Ex Malabo Medial (D)</u> <u>Nega Alergia</u> <u>HAS → L.P.</u> <u>A (D) Internado</u>
	Investprev Seguradora S/A 26 SET 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28
<u>09/10/19</u>	Paciente J. D. S. S., 06 anos, sexo feminino, internado na unidade próxima ao dx de malabo medial (D). Consciente, orientado, de ambiente com auxílio cooperativo. Evoluções satisfatórias, com boa cooperação e prudência. AUP em HSE por via. Nega alergia. Refere HAS com comorbidade, em uso contínuo de losartan, HCTZ, HAS e glicose sem queixas no período. Segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.
<u>10/10/19</u>	Paciente permanecendo em observação, sem intercorrência no momento. <i>Transmissão e conferência</i> ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL <u>PP. Santea</u> Mônica Saba Mat. 159934

PROLUNGA
Assinatura do Médico
Paciente S. S. S. S.

Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

109 SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/1962(58 ANOS)

SEXO: MA

RACIA: PARDO

ENDEREÇO: RUA SILVEIRA FILHO 11044 JOQUEI CLUBE

CEP: 70740200386779

CIDADE: FORTALEZA

UF: CE

CEP: 80.620-055

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO ENTRE MOTO E BICICLETA HOJE, REFERINDO TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO + LESÃO NO LOCAL, TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO E EDEMA INIBERADO.

CLASSE DE RISCO: 98 (ADULTO)

EXAME FÍSICO

TEMP: 36,5

PULSO: 98

RESPIRAÇÃO: 18

DIAPHRAGMA: NI

ABDOMEN: NI

EXTREMIDADES: NI

NECESSARIEDADE: NI/NI

NECESSARIEDADE: NEGA

NECESSARIEDADE: BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

ÁREA DE ATENDIMENTO: TRAUMATOLOGIA

ARMARÉM: AMARELO

DATA DE ATENDIMENTO: 08/07/2019 17:47:11

Vitima de Atro. photo el trauma

Fratura de Malleolo Medial

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OUTROS

OSSEERVAÇÕES

APRAZAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

DECISÃO MÉDICA

Impresso por Bruna Karine Amorim da Costa em 08/07/2019 às 17:47:13
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal

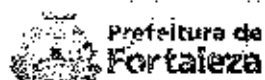
João de Deus S. Santos

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

P.P. Sousa

Mônica Saba

MAT.15984



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE SARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

JOÃO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Nº DO
PRONTUÁRIO
344822

Nº DO
CPF
279701

CNPJ
707402080386779

DATA DO
08/08/1962(56
ANOS)

SEXO
M

RACIA
PARDO

DOCUMENTOS

NOME
ALMIRA ALVES DE SOUZA
SANTOS

ENDEREÇO

NI
MUNICÍPIO
FORTALEZA
CEP
60.520-055

ENDEREÇO
RUA SILVEIRA FILHO 11044 JOQUEI CLUBE
CONTAG

DOORRÊNCIA

LOCAL DA DOORRÊNCIA: NÚMERO DO ATENDIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

QUADRO
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE MOTO E BICICLETA HOJE, REFERINDO TRAUMA EM
JOELHO ESQUERDO + LESÃO NO LOCAL, TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO E EDEMA
MOBERADO.

MOTIVO
COLISÃO MOTO X BICICLETA

SEVERIDADE
NI

SEVERIDADE DO
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

TEMP
36,0
PULSO
70
PRESSÃO
120/80

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
PULSO
NI/NI
PRESSÃO
NI/NI

TEMP
NI/NI

PULSO
NI

PRESSÃO
NI

EXAME
AMARELO

EXAME
BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA

EXAME
CLASSIFICAÇÃO
08/07/2019
17:47:11

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Vitima de Atro acidente de trânsito
em moto.

Investprev Seguradora S/A

26 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO
() CEFALIA () SU () US ABDOMINAL () TO GRANIS () RATO-X

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ATENDIMENTO

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

Impresso por Bruna Karine Amorim da Costa em 08/07/2019 às 17:47:13

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

JOÃO DE DEUS S. SANTOS

JOÃO DE DEUS DA SILVA SANTOS

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE SARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

P.P. FLORES
Mônica Saba
Mat. 15984

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553772 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.07/09 _CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553772 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.07/09 _CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334140/19

Vítima: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

CPF: 165.869.213-68

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 09/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS : 165.869.213-68

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: 26/09/2019
Nome: JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS
CPF: 165.869.213-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

JOAO DE DEUS DE SOUZA SANTOS

Antonia Daniella Ferreira da Silva