
Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009944

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009944

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009944

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000926

Conta: 0000056535-7

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 786554553-34 4 - Nome completo da vítima: Carlos Sergio Lima da Silva

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

5 - Nome completo: Carlos Sergio Lima da Silva 6 - CPF: 786.554.553-34
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Pmacicaba 9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Planalto Pici 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60510-550
15 - E-mail: NRD POSSUI 16 - Tel(DDD): (05) 98551-9585

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: 0926 CONTA: 56535 7 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (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, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu 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 nascido (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 - Inscrição digital da vítima ou beneficiário não habilitado
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 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 28/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4002 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 12:59:22**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2019 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CARNEIRO DE MENDONÇA, DEMOCRITO ROCHA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA**
Nascimento: **30/03/1977** CPF: **786.554.553-34**
RG: **94002574207** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ALDENORA LIMA DA SILVA**
Endereço: **RUA PIRACICABA, 13**
Bairro: **PLANALTO PICI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.510-550**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99678-8377**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POF8147** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2500JR141464** Renavam: **1164847519** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 START** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ELIANA PATRICIA P DE SOUSA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

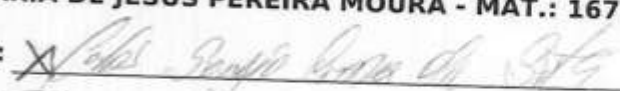
Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 08 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, TRAFEGAVA NA AVENIDA CARNEIRO DE MENDONÇA, NA MOTOCICLETA, HONDA CG 160 START, PLACA POF8147, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA, VINDO, O DECLARANTE, A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE A VÍTIMA VEIO A SOLO, FRATURANDO O PUNHO, ENTRE OUTRAS LESÕES; QUE PERMANECERAM EM SOLO AGUARDANDO A AMBULÂNCIA DO SAMU; QUE FOI SOCORRIDO POR AQUELE ÓRGÃO ATÉ O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE. E NÃO MAIS DISSE.

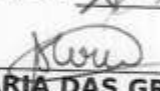
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A) :


MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009944 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA COM EXTENSÃO ARTICULAR DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO MODERADO DE FLEXÃO E GRAVE DE EXTENSÃO E DESVIO RADIAL DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO PUNHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**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: 3200009944
Nome do(a) Examinado(a): Carlos Sergio Lima da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Piracicaba, 13
Pici Fortaleza CE CEP: 60510-550
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 94002574207
Data local do acidente: [08/10/2019]
Data local do exame: [29/01/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMINUTIVA COM EXTENSÃO ARTICULAR DO RÁDIO DISTAL DIREITO

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

Tratamento: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM

Data da Alta: 19/12/2019

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

BLOQUEIO MODERADO DE FLEXÃO E GRAVE DE EXTENSÃO E DESVIO RADIAL

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não

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

SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO PELA PERDA PARCIAL DA 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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

D. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 786554553-34 4 - Nome completo da vítima: Carlos Sergio Lima da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Carlos Sergio Lima da Silva 6 - CPF: 786.554.553-34
7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: Rua Pmacicaba 9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Planalto Pici 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60510-550
15 - E-mail: NRP POSSUI 16 - Tel.(DDD): (05) 98551-9585

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0926 CONTA: 56535 7 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 e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu 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 (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 - Imprescindível digital da vítima ou beneficiário caso não for assinado
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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 28/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00926

CONTA: 000000056535-7

Nr. da Autenticação B5B185A8C847D621



Nº de Inscrição:

001064894

DADOS DO CLIENTE

Nome: CARLOS SERGIO L DA SILVA

End. Lateral: RUA PIRACICABA, 13, PICA

Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

Cidade:

CEP: 60510-550

Local: 001 Setor: 033 Quadra: 0165 Lote: 0203 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: Medidor: 110F251537 Leitura Anterior: 704 Leitura Atual: 719 Volume: 15 Medida Semestral: 15

CONTAS

Leitura Atual: 15/11/2019 Emissão: 15/11/2019 Leitura Anterior: 15/10/2019 Problema Leitura: 14/12/2019 Leitura Água: 2373535 Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras: 05/2019
Exigidas: 526 Turbidez: 526 Cor: 125 Coliformes Totais: 526 Escherichia Coli: 526
Analisadas: 529 Turbidez: 529 Cor: 529 Coliformes Totais: 529 Escherichia Coli: 529
Em conformidade: 526 Turbidez: 526 Cor: 526 Coliformes Totais: 516 Escherichia Coli: 529

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 13 m3 | META: 10 m3.

Agradecemos sua pontualidade Água tratada e saúde
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
TARIFA DE CONTINGÊNCIA

Valor (R\$):

66,45

31,35

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
nov/18	15	0
dez/18	15	0
jan/19	15	0
fev/19	16	0
mar/19	14	0
abr/19	15	0
maí/19	16	0
jun/19	15	0
jul/19	15	0
ago/19	15	0
set/19	16	0
out/19	17	0

PREVISÃO DE PAGAMENTO DE FATURAMENTO

Data de vencimento: 11/12/2019 Valor (R\$): 97,80

MÊS/ANO: 11/2019

Valor (R\$): 97,80
Valor (R\$): 0,00
TOTAL A PAGAR: 97,80

TOTAL A PAGAR (R\$): 97,80

0800 2/7 5000

O usuário deve manter seu cadastro atualizado e em conformidade com as regras estabelecidas pela Agência Reguladora de Serviços Públicos de Saneamento Ambiental do Estado do Ceará - ARSCE.

A Agência Reguladora de Serviços Públicos de Saneamento Ambiental do Estado do Ceará - ARSCE, criada pela Lei nº 13.035/2014, tem o prazer de informar que o usuário pode acessar o site da ARSCE para obter mais informações sobre os serviços e tarifas. O site da ARSCE é: www.arsce.ce.gov.br. O telefone da ARSCE é: 0800 2/7 5000. O e-mail da ARSCE é: atendimento@arsce.ce.gov.br. O endereço da ARSCE é: Rua da Assembleia, 100, Fortaleza, CE. O CEP da ARSCE é: 60010-000.



DECLARAÇÃO



192

REGIONAL FORTALEZA

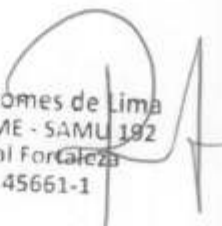
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Carlos Sergio Lima da Silva** - C.P.F. - **786.554.553-34**, no dia **08/10/2019**, às **19h**, na **Avenida Carneiro de Mendonça**, no **Bairro Demócrito Rocha**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido pelo Sr. **Francisco Wellington Lima dos Santos** por meio do Processo nº **P900505/2019**.

Fortaleza, 16 de Outubro de 2019.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45890-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: U51-07

PONTO DE APOIO: HMF

Nº DA OCORRÊNCIA: 0777

DATA: 08/10/19

TURNO: UT

EQUIPE: Amanda / Wilian / Jean

NOME: Carlos Sergio Lima da Silva

IDADE: 42a

SEXO: M

ENDEREÇO: AV. Carneiros de Meidasa, 541.

REFERÊNCIA:

QTY: 19:00

QUS: 19:00

QUY:

BAIRRO: Domício Rocha

QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão moto x cachorro

Abordagem

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTEA
Vias aéreas☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

B
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUNÉICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:C
Circulação

PULSO

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

PELE

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

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☒ SIM
☐ NÃOD
Neurológica

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

ABERTURA OCULAR

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

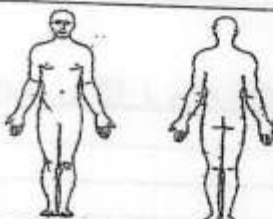
RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
LOCALIZA A DOR ☐ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1TOTAL: 15
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADASE
Exposição

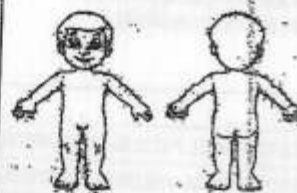
ADULTO



LESÕES

Joelho Esquerdo
Tornozelo Esquerdo
Punho Direito
Mão Direita

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 94

PA: 130x70

FR: -

GLIC: -

OXIM.: 98%

TEMP.: -

Pt. Vítima de colisão moto x cachorro, apresentando dor no Joelho (E) e tornozelo (E) e abimonia de punho (D) e punho (D). Pt. diabético em uso de Metformina. Voz de grito mediterrânea.

Paciente refere que estava se dirigindo ao trabalho.

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



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
62612478



07/11/2019 16:07:54

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019197	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	M	30/03/1977	42
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	78655455334		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA PIRACICABA 13,13 - PLANALTO DO PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60510550				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986033846	986033846			

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
80216000042005018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/10/2019	19:24		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE CI PRONTUÁRIO
FELIPE 27856
Assinatura



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
62720180



07/11/2019 16:08:07

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019197	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	M	30/03/1977	42
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	78655455334			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA PIRACICABA 13,13 - PLANALTO DO PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60510550				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
986033846	986033846			

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
80216000042005018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
14/10/2019	09:32		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
62914325



OK

23/10/2019 15:58:43

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
12019197	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA		M	30/03/1977	42
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
	78655455334			2-SOLTEIRO	
Endereço					
R RUA PIRACICABA 13 13 PLANALTO DO PICI FORTALEZA-CE CEP:60510550					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe			
986033846	986033846	ALDENORA LIMA DA SILVA			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/10/2019	05:22		
Médico Atendente			Clinica
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

23/10

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	PERES SERVICOS DE SEGURANCA LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
80216000042005034		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
37835413	99996666	D34617019	INTERNACAO
37835413	30720095	D34617019	FRATURA E/OU LUXACOES INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 3
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 6
			Material - 99800411 - PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM - QTDE: 3
			Material - 99832715 - PLACA EM T 3,5mm inclui PARAFUSOS - QTDE: 1
37835413	30721237	D34617160	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
37835413	30732026	D34617091	ENXERTO OSSEO
42983937	32030118	D36098982	RAIOX PUNHO A.P - LAT - OBLIQUAS

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/11/2019 16:05

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/03/1977

Atendimento: 62720180

Prontuário: 12019197

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]

Nº: 45479152 14/10/2019 às 09:44

ANAMNESE

Queixa Principal

RETORNO DE FRATURA DO PUNHO DIREITO.
SOLICITO RX
CURATIVO

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

CID10

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/03/1977

Atendimento: 62612478

Prontuário: 12019197

07/11/2019 16:04

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

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

Nº: 45255106 08/10/2019 às 19:31

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR NO PUNHO
DIREITO
DOR NO TNZ E PUNHO
CD: RX

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM
ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM
ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

[1]

CID10

V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM
ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

PELIZZI 27391

Assinatura



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do Atendimento: 14/10/2019

RECEITA

PACIENTE COM FRATURA DE PUNHO /ANTEBRAÇO DISTAL COM ENCURTAMENTO E TRAÇO INTRARTICULAR
COM LUX RADIOLUNAR DISTAL . SOLICITO 01 PLACA VOLAR D EPUNHO , 06 PARAFUSOS CORTICAIS , 03
PARAFUSOS ESPONJOSOS E 3 FIOS DE KIRSCNHER DE 1,5

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

RP3000N

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

14/10/2019 14:59

192.85.4.101



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HAPFOR
NºPedido: 33398503

Data 08/10/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 12019197 CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Nascimento...: 30/03/1977 Sexo: M

Endereco...: R RUA PIRACICABA 13 13 PLANALTO DO PICI FORTALEZA CE 60510551 Tel.: 986033846

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 80216000042005018

Solicitante: Dr(a) ANTONIO LUIZ VIEIRA

CPF.: 78655455334

Queixa Principal:

Exame:

TC PUNHO DIREITO

!a`;qB"

6261247831

O estudo tomográfico computadorizado do punho direito, realizado com aquisição volumétrica e reconstruções axiais, coronais e sagitais, sem a administração do meio de contraste endovenoso, mostra:

Presença de aparelho gessado.

Fratura cominutiva da cabeça do rádio, com extensão intra-articular de pequeno desalinhamento entre as peças ósseas.

Pequeno derrame articular rádio cárpico.

Leve edema difuso da pele da tela subcutânea.

Demais estruturas ósseas de coeficientes de atenuação normais, de corticais íntegras, sem evidências de lesões líticas, escleróticas ou de traços de fraturas.

Demais espaços articulares preservados.

Leonardo Ellery Marinho

LEONARDO ELLERY MARINHO - CRM 9484-CE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 08:59

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/03/1977	Atendimento: 62914325	Prontuário: 12019197
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	
Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA, MEDICO, CRM 16610 [1]	Nº: 45849720	22/10/2019	às 08:52

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S525	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S525	[1]

ANESTESIA

Anestesia Local	BLOQUEIO DE PLEXO + SEDAÇÃO	[1]
-----------------	-----------------------------	-----

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	22/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	08:53	[1]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO	[1]
Cirurgião	DR. EDUARDO GUEDES	[1]
1º Auxiliar	DR. CESAR AUGUSTO	[1]

Descrição Cirúrgica	1) PCTE EM DDH SOB ANESTESIA 2) ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3) REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO + FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE K 2,0MM (OBS: UTILIZADO MAIS UM FIO DE K 2,0MM, O QUAL FOI DANIFICADO) 4) REALIZADO ENXERTO ÓSSEO NO FOCO DE FRATURA COM FRAGMENTOS RETIRADOS DO CALO DA FRATURA 5) REPARO LIGAMENTAR DO CARPO 6) CONTROLE RADIOGRÁFICO OK 7) CURATIVO ESTÉRIL+ TALA GESSADA 8) À SRA	[1]
---------------------	---	-----

Códigos Dos Procedimentos	30720095 - FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO 30732026 - ENXERTO ÓSSEO 30721237 - REPARO LIGAMENTAR DO CARPO	[1]
---------------------------	--	-----

Dr. César Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 16610 / TEOT: 16544 / RQE:10142

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 08:38

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/03/1977

Atendimento: 62914325

Prontuário: 12019197

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): CÉSAR AUGUSTO LIMA DA SILVA, MÉDICO, CRM 16610 [1]

Nº: 45848753 22/10/2019 às 08:34

IDENTIFICAÇÃO

Nome

CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

[1]

Sexo

MASCULINO.

[1]

Idade

42

[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

MORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

[1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias

2 Dias

[1]

Dr. Cesar Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CREMOC: 16610 / TEOT: 16544 / RQE:10142

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 08:52

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/03/1977

Atendimento: 62914325

Prontuário: 12019197

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA, MÉDICO, CRM 16610 [1]

Nº: 45849542 22/10/2019 às 08:49

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE ADMITIDO POR FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO COM FIOS DE K, SEM INTERCORRÊNCIAS.

[1]

CD: 1) ANTIBIOTICOPROFILAXIA + ANALGESIA
2) TALA GESSADA
3) À SRA

CID 10

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

Dr. César Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 16610 / TEOT: 16544 / RQE:10142

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/10/2019 08:31

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	Dt. Nasc.: 30/03/1977	Atendimento: 62914325	Prontuário: 12019197
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1018/1	
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1]		Nº: 45898554	23/10/2019 às 08:30

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	1 PO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO D EVOLUI SEM QUEIXAS	[1]
	CD: ALTA HOSPITALAR	
CID 10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]



Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEOT 15349

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/11/2019 16:05

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/03/1977

Atendimento: 62720180

Prontuário: 12019197

Convênio: HAPVIDA

Posto:

Leito: /

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]

Nº: 45497769 14/10/2019 às 14:55

ANAMNESE

Queixa Principal

SOLCITO PRE OPD E FRATURA DE PUNHO D

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 06:13

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/03/1977

Atendimento: 62914325

Prontuário: 12019197

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] Nº: 45844800 22/10/2019 às 06:11

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

06:11 - C.S.L.S., 42 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA DE PRÉ-OPERATÓRIO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO COM DR. EDUARDO GUEDES. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO. VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE. COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE E SEM AVP. NEGA ALERGIAS E REFERE DIABETES. SSVV: PA: 140 X 90 MMHG, FC: 83 BPM, FR: 16 MRPM, SATO2: 100%, T°: 36.2°C. AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AGUARDA IDA PARA O CC. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Não

[1]


Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - ENF

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: Carlos Sergio Lima Silva Data: 22/10/19
 Idade: 42 Peso: 70 Sexo: F () M (X)
 Prontuário: 12039397 Convênio:
 Diagnóstico: fratura punho 10
 Cirurgia: Eduardo Guedes Anestesia:
 Cirurgião: Eduardo Guedes ASA: II

A.	HORA
G	O ₂
E	N ₂ O
N	Ar
T	
E	
S	

LÍQUIDOS

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
--------------	----------------------	------------	-------------------	------------------

SAT O₂
 ETC O₂

PVC 07:30h 08:30h

220	
200	
180	
160	
140	<u>V</u>
120	
100	
80	<u>M</u>
60	
40	
20	

DROGAS	EVENTO
1. Alfentanil 0,25g	A Identificado
2. Alfentanil 100mg	B Monitorizado
3. Propofol 0,25g	C Clonidine 1mg
4. Ondansetron 0,5mg	D Bloqueio de plexo intercostal
5. Metoprolol 0,5mg	E Colérico com estímulo
6. Metoprolol 10mg	F de plexo Respiração 15-20
7. Propofol 100mg	G 20-25 Et Expiração 21-20
8. Midazolam 0,5g	H
	I
	J

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Oro	Naso	Sonda:
R	500				Respiração:	Espon.	Assist.	Mecân.
F	500				Absorvedor de:	Sem	Com	

Condição final op:

Intercorrências per.op:

Marceli Casali
 Médica Anestesiologista
 CREMIEO 11280

Ass. Anestesiista - CRM

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/11/2019 16:06

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Dt. Nasc.: 30/03/1977

Atendimento: 63070444

Prontuário: 12019197

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9329 [1]

Nº: 46133985 28/10/2019 às 13:27

ANAMNESE

Queixa Principal

revisao de fratura do punho direito 22/10
solicito radiografia para avaliar

[1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

CID10

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 22/10/2019 09:00

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Dt. Nasc. 30/03/1977

Convênio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 24300055

22/10/2019 às 08:40

Atendimento: 62914325

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 13341003

Prontuário: 2019197

Peso: 80,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	33h	ORAL				CRM-16610
2. Hidratação Venosa SORO FISIOLÓGICO 0,9%	Fase Única 20,83	Vol. Total ml ml/cálculo	500 ml 500 ml	7,00 g/min	Acesso Periférico	CRM-16610
3. CEFALOTINA (1,00g) (D1/1)	Soro Fisiológico 0,9%	1g	1 FRAP (FRAP CI 1GR) 100 ml	6/6h	EV	CRM-16610
4. CAPTOPRIL (25,00mg)		25mg	1 COMP (COMP CI 25MG) 8/8h	ORAL		CRM-16610
5. CETOPROFENO IV (100,00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1 FRAP (FRAP CI 100MG) 100 ml	8/8h	EV	CRM-16610
6. DILIRONA AMP (500,00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2 ML (AMPL CI 500MG) 18 ml	6/6h	EV	CRM-16610
7. TRAMADOL (50,00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2 ML (AMPL CI 100MG) 100 ml	8/8h	EV	CRM-16610
Alta vigilância						
8. PLAMEI (5,00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2 ML (AMPL CI 10MG) 18 ml	8/8h	EV	CRM-16610
9. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						CRM-16610
10. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA						CRM-16610
11. PUNÇÃO CI JELCO						CRM-16610
12. SINAIS VITAIS						CRM-16610
13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						CRM-16610
14. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						CRM-16610
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						CRM-16610
16. COMPRESSÃO COM ETER						CRM-16610

Profissionais: CRM-16610

CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

Dr. Cesar Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 16610 / TEOR: 16544 / RQE: 10142

RP1541

CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

IP: 192.85.4.101

22/10/2019 09:00

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 30/03/1977
Nº Prescrição: 0024300055
Leito: 133410/3

Atendimento: 62914325
22/10/2019 às 08:40

Prontuário: 12019197

Emissão 22/10/2019 11:02

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

2. Hidratação Venosa

Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min Acesso Periférico

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

20.83

ml/Kcal/dia 500 ml

14:00 ;

3. CEFALOTINA (1.00g) (D1/1)

Soro Fisiológico 0,9%

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR)

6/6h

EV

12:00 ; 18:00 ; 23/10-06:00 ;
23/10-06:00 ;

4. CAPTOPRIL (25.00mg)

25 mg

1 COMP (COMP C/ 25MG) 8/8h

ORAL

SN

01 CP, VO, SE
PAS >= 160 OU
PAD >= 110MMHG.
REPETIR ATÉ DE
30/30MIN, SE
NECESSÁRIO.
MÁXIMO DE 3 DOSES.

5. CETOPROFENO IV (100.00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

100 mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG)

8/8h

EV

09:00 ; 16:00 ; 23/10-06:00 ;

5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000 mg

2 ML (AMP C/ 500MG)

6/6h

EV

12:00 ; 18:00 ; 23/10-00:00 ;
23/10-06:00 ;

5. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100 mg

2 ML (AMP C/ 100MG)

8/8h

EV

SN

Alta vigilância

PLAMET (5.00mg/ml)

Água Destilada

10 mg

2 ML (AMP C/ 10MG)

8/8h

EV

14:00 ; 22:00 ; 23/10-06:00 ;

SONDAGEM VESICAL DE ALVIO

SN

CURATIVO MEDIO+SF+GAZE
ACOLCHOADA

12:00 ;

12:00 ;

Assinado digitalmente
Vanessa Viana Monteiro

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão 22/10/2019 11:02

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA
Convenio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 30/03/1977
Nº Prescrição: 0024300055
Leito: 133410/3
Atendimento: 62914325
22/10/2019 às 08:40
Peso: 80.00 kg

Prontuário: 12019197

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		HORÁRIOS
11. PUNCAO C/ JELCO	SN	12:00 ;
12. SINAIS VITAIS		
13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		
14. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN	12:00 ;
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO		
16. COMPRESSÃO COM ÉTER	SN	12:00 ;

estornado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.

Vanessa Wiana
22/10/2019 11:02

CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
ASTOS

DL. Nasc.: 30/03/1977 Nº Prescrição: 0024300055 Leito: 133410/3	Atendimento: 62914325 22/10/2019 às 08:40 Peso: 80,00 kg
---	---

Prontuário: 12019197

Emissão 22/10/2019 11:02

Vanessa
11/11/2011
Dum

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNAMENTO DA PARANÁ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	
	IDC-EMPREGADO / CDS-EMPREGO UF 94002574207 SSP CE
	CPF DATA NASCIMTO 786.554.553-34 30/03/1977
	FUNÇÃO NADA CONSTA
	ALDENORA LIMA DA SILVA
PASSAGEM	ACC CASUAL AB
Nº REGISTRO 04864655728	VALIDADE 27/09/2024
1ª HABILITAÇÃO 19/01/2010	
OBSERVAÇÕES	
EAR;	
Assinatura do Portador: <i>[Handwritten Signature]</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 02/10/2019
Assinatura do Emisor: <i>[Handwritten Signature]</i>	
IDOR NASCONCELOS PONTES	
Assinatura do Emisor: _____	
CEARÁ	
PENETRAÇÃO PROIBIDA	

DETRAN - CE Nº 01503979103
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

DIG 1 1164847519 **RATC** 0000000000 **EXERCICIO** 2019

ELIANA PATRICIA P DE SOUZA SILVA
FORALEZA / CE

80899285369 **PLACA** FOR8147/CE

2P/00V/162CC **WOMBA/CG 160 START** **2018** **2019**

2P/00V/162CC **WOMBA/CG 160 START** **2018** **2019**

80.12 **0.32** **34.58** **10/03/2019**

FORALEZA **10/03/2019**

CE Nº 01503979103 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

80899285369 **FOR8147 / CE**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

1503979103 **SAC DPVAT 0800 022 1204** **25321098690**

2019 **27/07/2019**

2164847519 **WOMBA/CG 160 START** **2018** **2019**

80.12 **0.32** **34.58** **10/03/2019**

FORALEZA **10/03/2019**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Carlos Sérgio Lima da Silva
 Data do Acidente: 08/10/2019 CPF da vítima: 786.554.553-34
 Portador da documentação:
 Qualificação do Portador: ☒ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Endereço do portador:
 Número: 13 Complemento: Rua Pinacelândia Bairro: Planalto Pici
 Cidade: Fortaleza UF: CE CEP: 60510-550 Telefone: (81) 996788374
 E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: 10/11/2019
 Identidade: 9400257A207
 Assinatura: Carlos Sérgio Lima da Silva

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receitaário médico (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:
 Nome:
 Assinatura:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009020/20

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

CPF: 786.554.553-34

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA : 786.554.553-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/01/2020
Nome: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA
CPF: 786.554.553-34

CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva