

**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: 3190656793

Nome do(a) Examinado(a): SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sebastião da Silva Costa, 675, 5, 62.860-000, Centro, Pindoretama/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2009010428580

Data e local do acidente: 30/05/2019 - Pindoretama/CE

Data e local do exame: 12/12/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura luxação da clavícula esquerda

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

A avaliação do estágio clínico atual demonstra que após a realização dos tratamentos com cirurgia e osteomielite, necessidade de nova cirurgia. Resta apurada a existência de sequela permanente no ombro esquerdo, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 20°, abdução aos 40°, adução aos 15°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo.

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Ombro Esquerdo - Intenso - 75%

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


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

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656793

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDNEY ALCANTARA MACIEL

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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656793

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SIDNEY ALCANTARA MACIEL

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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656793

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDNEY ALCANTARA MACIEL

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 ombros

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: **SIDNEY ALCANTARA MACIEL**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000000716-1**

Conta: **0000031984-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656793

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 60433921358 Nome completo da vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

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

Nome completo: SIDNEY ALCANTARA MACIEL CPF: 60433921358

Profissão: VENDEDOR Endereço: JV. SEBASTIÃO DA SILVA COSTA Número: 1073-5 Complemento: _____

Bairro: CENTRO Cidade: PINHOZETAMA Estado: CEARA CEP: 62.860-000

E-mail: SIDNEYBASS23@GMAIL.COM Tel. (DDD): _____

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRB DESCO

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

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

TESTEMUNHAS

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: PINHOZETAMA 30/10/2018 1ª Nome: _____
Nome: SIDNEY ALCANTARA MACIEL CPF: _____
CPF: 60433921358
Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Sidney Alcantara Maciel
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA
 Impresso nº 2818685889



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 573 - 1105 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 27/09/2019 13:36:11
Data / Hora da Ocorrência: 30/05/2019 18:05:00
Endereço da Ocorrência: ROD CE 040, ZONA RURAL - CAPIM DE ROÇA
PINDORETAMA/CE
Ponto de Referência: ENTRADA DO MANGUERAL

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: SIDNEY ALCANTARA MACIEL
Nascimento: 12/02/1993 CPF: 604.339.213-58
RG: 2009010428580 Orgão Emissor: SSPDS UF: CE
Filiação: FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA
FRANCISCO CIRINEU MACIEL
Endereço: TRAVESSA SEBASTIÃO DA SILVA COSTA, 675 CASA
Bairro: CENTRO
Município: PINDORETAMA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: (85) 98538-2907

Histórico

Que estava pilotando a motocicleta de PLACA PMF-7384, CHASSI 9C2KC167DFR20S611, ANO 2015, COR PRETA, MODELO HONDA CG 150 START EM NOME DE SIDNEY ALCANTARA MACIEL, quando perdeu o controle da moto ao bater em um cachorro que atravessou a rodovia; Que foi socorrido pela ambulância do hospital de Cascavel-ce, sendo levado para hospital de Pindoretama-ce com fratura na Clavicular esquerda; Que diante a exposto procurou esta DPC para comunicar o ocorrido,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Sidney Alcantara Maciel

VISTO DO DELEGAD(A):

CESAR EDILACU NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 60433921358 Nome completo da vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

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

Nome completo: SIDNEY ALCANTARA MACIEL CPF: 60433921358

Profissão: VENDEDOR Endereço: AV. SEBASTIÃO DA SILVA COSTA Número: 1073-5 Complemento: _____

Bairro: CENTRO Cidade: PINHOZETAMA Estado: CEARA CEP: 62.860-000

E-mail: SIDNEYBASS23@GMAIL.COM Tel. (DDD): _____

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRB DESCO

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

TESTEMUNHAS	
1ª Nome: _____	CPF: _____
Assinatura	
2ª Nome: _____	CPF: _____
Assinatura	

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: PINHOZETAMA 30/05/2018
Nome: SIDNEY ALCANTARA MACIEL
CPF: 60433921358

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Sidney Alcantara Maciel
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

BANCO: 237

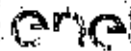
AGÊNCIA: 00716-1

CONTA: 000000031984-8

Nr. Autenticação

BRDESCO2012201905000000000023700716000000031984253125 PAGO

A Tante Social da Energia Estrangeira
do Estado pelo Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Brasileira de Energia
Fla. Petróleo Nacional, 160
CEP 80135-000 | Fone/Fax: 011
0800-0800-70 | CEP 08.102-218-3



॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO 04 - ESSE B-4-1 Nº 047524282
 Data: 20/06/2018 08:06:00 - 4 Data de Emissão: 20/10/2018
 Nome: FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA
 End. Postal: RU SEBASTIÃO DA SILVA COSTA 06675
 CENTRO - PINDORETETA - 02860000

Medidor 1245875
Clase B1 - 01-RESISTENCIAL 07-BX RENDA MONOFASICO
RG/CF/CMFJ 892430723/05
CGF

Accountable, Not Responsible

[illegible]

Base de Cálculo (R\$)		Alíquota	Valor do Imposto	DUCR = 8,93 %			Pessoa Individual			Apurção Individual		
1%	4%	27,2%	51,42	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
1%	4%	27,2%	51,42	DUC	5,25	11,46	22,41	17,82	6,08	17,82	6,08	17,82
				FIC	3,36	6,72	19,35	2,00	6,00	18,00	6,00	18,00
				DIMC	1,20	3,60	10,80	0,75	2,25	6,75	2,25	6,75

INFORMAÇÕES SOBRE O ESTABELECIMENTO DO CONSUMIDOR

Year	U.S. Imports	Cons. Excl.	Consumption (MVA)	Cons. Incl.	Cons. Res.	Tariffs (Billion)	Value (Bil.)
1985	57.74	1.00	237	8.08	30	B. 2.16	14.40
					73	Q. 48.27	33.76
					123	B. 77.20	85.40
1990	114				17	B. 100.74	135.88

DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
9/10/18	31 DIAS	142,66
09/09/18	VALOR CONSUMO DO MES	142,66
	CMIS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA - CONV. CONFAZ 079	12,91
	ULTA MORATORIA REF 09/2018	2,06
	PROJ. DO MES	1,22
	ARRÉSCAO QUOTIDIANA DO MES	1,70
	QUOTIDIANO PUBLICA MUNICIPAL	39,69
	S-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	3,76
	IDENTIFICACAO MENSAL DMIC	-9,49
	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 13,62)	

VENCIMENTO 06/11/2018

TOTALA	194,51
PAGAR (R\$)	

COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE CONSUMO

HISTOIRE DE CONSUM' IN

Energy	52.73
Transportation	5.34
Food/Beverage	28.54
Entertainment/Recreation	7.76
Utilities (EXC. P&G-CP&NE)	65.42
TOTAL	159.83

199	237	194	203	206	214	216	191	184	177	209	178	195
192	232	194	203	206	214	216	191	184	177	209	178	195

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ POR KM

Compensação Basi Emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensação kg (CO₂) Compensação Emissões kg (CO₂)

92.52 6.00

CONTAS EM ATRASO

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
 O Sr. (Nome, completo) e, nos casos comerciais, também, a empresa (Nome, completo) e o estabelecimento do Distrito, O meu endereço atual, situado em: (Endereço, completo), com possibilidade de suspensão de fornecimento de energia elétrica em 15 dias, desde a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEL 414/08, Art. 172 e/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E A ESTABILIDADE FINANCEIRA, Caso da falta efetuada o consumo, ficará desconsiderado a partir de:

GENERAL INFORMATION

09-2018 146.38

Consta desta fatura de R\$ 15,00 referente a PIS e COFINS (s) quotas: PIS: 1,29% e COFINS: 6,59%
 PIS: 9.000. 100/0009 - 00000. 0111111. 10.607-02 e 10.603-03

Para mais informações, ligue para 0800-010000 ou visite www.inec.org.br



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

NÃO ALOCANDO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:

2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

INSTITUTO PRAXIS

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **SIDNEY ALCANTARA MACIEL**

PRONTUÁRIO:

5620724

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

708603024823683

8 - DATA NASCIMENTO:

12/02/1993

09 - SEXO

() M () F

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI:

FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

N.I

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):

SEBASTIAO DA SILVA COSTA 575 CENTRO

16 - MUNICÍPIO:

PINDORETAMA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE CLAVICULA**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FX.CLAVICULA

24 - CID 10

S420

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CLAVICULA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408010150

29 - CLÍNICA:

TRAUMATO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO

09/06/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 ALVARO WYNE FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 282884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número 201921002898 Data 09/06/2019 Hora 17:31 Convenio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH

Origem do Paciente IJP Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA

Médico Solicitante 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES Médico Responsável 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Procedimento Solicitado 0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA Dias 2

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome SIDNEY ALCANTARA MACIEL Sexo MASCULINO

Nascimento Idade Raca/Cor Estado Civil Religião
12/02/1993 26 Anos PARDA SOLTEIRO(A) NÃO INFORMADO

Mãe FRANCISCO CIRENEU MACIEL Pai FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTAR

Conjuge Responsável RUIVALDO ALVES DO NASCIMENTO Prontuário 2451481

CMS Registro Documento Informado
708603024023583 201902570002481 RG: 200981042B500 Emissão: 12/02/1993

País Município de Naturalidade CEP
BRASIL PINDORETAMA/CE 62860-000

Município de Residência Logradouro
PINDORETAMA/CE RUA SEBASTIAO DA SILVA COSTA

Número Complemento Bairro
575 CENTRO

Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência
(85)9919-5400 (85)9848-3228

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / VENDEDOR DE COMERCIO VAREJISTA

==[CONTATO/ACOMODACÃO]==

Em caso de emergência avisar RUIVALDO ALVES Acomodação/Leito 224/3

Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 03

Aferentes: Pesena Data: 09/06/2019 Hora: 17:36:33 Tempo: 00:04:48

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

RUIVALDO ALVES DO NASCIMENTO, abaixo assinado, responsável pelo paciente SIDNEY ALCANTARA MACIEL, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TAVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 09 de Junho de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2553
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

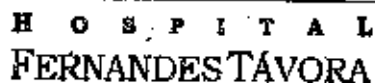
Data: 10 / 06 / 19

Nome do paciente: Sidney Aleantana Maciel	
Nº Prontuário: 2451401	Categoria:
Clínica: Cirúrgica	Leito:
Cirurgião: Dr. Cláudio	
Anestesista: Dr. Paulo	
Tipo de Anestesia: Bloq + sed.	
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora: Elisabeth	
Circulante: Amy	
Diagnóstico Pré-Operatório: Lesão de tendão do m. b. G.	
Tipo de Operação/ Código: LGS Mgnt	
Diagnóstico Pós-Operatório: 0508010152	
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo
Anestesia Ocorrências Principais		Classificação da Cirurgia:
		LIMPA:
		POT. CONTAMINADA:
		CONTAMINADA:
		INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MEDICINA ANESTESIOLOGISTA
MEDICO DO TRABALHO
CRM-CE 3332
Assinatura Anestesista



Date: 10 / 06 / 19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: EDUARDO ALEMANO PASCEL									
Nº Prontuário: 2431401			Nº Controle:			Enf.:		Leito:	
Cirurgião: Dr. Claudio			Tempo de Sala:			Tempo de Oxigênio:			
IDADE 26		PESO		ALTURA		SEXO M		TEMP	
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA	
RESP.		PULSO		PR. ART. MAXIM.		URÉIA		URINA	
Aspiração nasofaríngea sem						Asma			
Aspiração orofaríngea sem						Bronquite			
Aspiração laríngea sem						E.C.G.			
Aspiração traqueal sem						Alergia:			
Diagnóstico Pré-Operatório: ANESTESIA GERAL						Estado Mental: Bom			
Anestésias Anteriores:						Sintomas:			
Medicação Pré-Anestésica:						Condições:			
Aplicada às:						Hipotensores:			
Efeito:						Outras Drogas:			
Agentes Anestésicos		INDUÇÃO							
Líquidos		Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excl. <input type="checkbox"/>							
CÓDIGO		Tosse							
P. Arterial O. Pulso O. Respiração		Laringoespasmo <input type="checkbox"/> Lenta							
Anestesia O. Operação		Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		Outros							
POSICÃO		MANUTENÇÃO							
AGENTES		X - Drogas O							
TÉCNICA		de plano							
OPERAÇÃO		básico							
CIRURGIÕES		O. de 100% a							
ANESTESISTAS		até							
TEMPO DE ANESTESIA: 16:50 hrs. a 17:10 hrs. = 20 minutos		Dr. Paulo Fernando Silveira Braga MÉDICO ANESTESIOLOGISTA MÉDICO DO TRABALHO CRM-CE 3332							
Anestésia:		Anestésias Satisfatórias <input type="checkbox"/> NÃO							
		DESPERTAR							
		Reflexos na S.O.							
		Obstr. <input type="checkbox"/> CO2							
		Excit. <input type="checkbox"/> Náuseas							
		Vômitos <input type="checkbox"/> Outras							
		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>							
		Condições							
		Perda sanguínea aprox.							
		Volume sanguíneo repouso							

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
(11) 3031-1022

MODELO 2.1

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921002898 09/06/2019 17:31 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
224/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
SIDNEY ALCANTARA MACIEL MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
12/02/1993 26 Anos NÃO INFORMADO 2451401 201902570002481

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA
Procedimento Realizado
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
Data Hora Motivo
11/06/2019 15:48 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente SIDNEY ALCANTARA MACIEL, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 11 de junho de 2019

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: karoline.pontes

Data: 11/06/2019 Hora: 15:49:02

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

ambien
gravel ref
Pneu
Espinha
Cabo lig
Rede
Pneu
Pneu
Cabo lig
Linha

CLAUDE EMBRE
10/05/2007

MODELO B.1

ESPELHO DA AIH

O.E: M238440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 07/2019

DATA: 27/06/2019

Num AIH: 231910257038-9 ✓ Situação: APURADA Tipo: B1-INICIAL Apresentação: 07/2019 Data de Emissão: 09/06/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0224 ✓ Leito: 0083 ✓
Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clín.: 210150059320008 Doc médico solíc: 201591461720008
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 700603024023683
Paciente: SIDNEY ALCANTARA MACIEL ✓ Prontuário: 2451401 ✓ Laudo: ✓
Data Nasc.: 12/02/1993 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2009810428588
Responsável pac.: SIDNEY ALCANTARA MACIEL Nome da Mãe: FRANCISCO CIRINEU MACIEL ✓
Endereço: SEBASTIAO DA SILVA COSTA, 575 - CENTRO Raça/Cor: PARDA
Município: 231005 - PINDORETAMA UF: CE CEP: 62060-000 Telefone: (05)9840.32126
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Diag. principal: S431-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE
Diag. complementar: ✓ Causa Óbito: -
Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 09/06/2019 Data saída: 11/06/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: ✓

====[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo com a previdência: - CBO: -

====[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha	Ato/Proced	PF	IE	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	Descrção
1	04.08.01.018-5	201591461720008	1	225270	201591461720008	3969800	1 062019 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATUR
2	04.08.01.018-5	101004263590001	6	225151	101004263590001	3969800	1 062019 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATUR
3	04.08.01.014-2	201591461720008	1	225270	201591461720008	3969800	1 062019 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (IN
4	04.08.01.014-2	101004263590001	6	225151	101004263590001	3969800	1 062019 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (IN
5	03.02.01.001-6	✓	0	3969800	3969800	✓2	062019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
6	04.01.01.001-5	201591461720008	0	225270	201591461720008	3969800	✓1 062019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7	02.02.02.030-0	6913326	0	6913326	3969800	1	062019 HEMOGRAMA COMPLETO ✓
8	02.02.01.009-4	6913326	0	6913326	3969800	✓1	062019 DOSAGEM DE UREA ✓
9	02.02.01.031-7	6913326	0	6913326	3969800	1	062019 DOSAGEM DE CREATININA ✓
10	02.02.01.003-5	6913326	0	6913326	3969800	✓1	062019 DOSAGEM DE SODIO ✓
11	02.02.01.000-0	6913326	0	6913326	3969800	✓1	062019 DOSAGEM DE POTASSIO ✓
12	02.02.02.013-4	6913326	0	6913326	3969800	✓1	062019 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
13	02.02.02.014-2	6913326	0	6913326	3969800	✓1	062019 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PRO
14	02.04.04.006-8	3969800	0	3969800	3969800	2	062019 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ✓

====[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar + + - - - - - Serviço Profissional - - - - - + + - - - - -							
	+ - - - - Direto - - - - + + - - - - - Direto - - - - + + - - - - - Rateado - - - - + + - - - - -							
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Total +-
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40
04.08.01 CINTURA ESCAPULAR	437,91	0,00	0,00	0,00	235,42	0,00	0,00	673,33
03.02.01 DIARIAS	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,00
Total Geral	486,31	0,00	0,00	0,00	235,42	0,00	0,00	721,73

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12800110574
NÚMERO DA AIH: 2319102570389

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 12/02/1993 - 26 anos

NOME DA MÃE: FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA SEBASTIÃO DA SILVA COSTA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231085 - PINDORETAMA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 986437348

BAIRRO:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S420 - Fratura da clavícula

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408010150-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 709704045322290 - ALEXANDRE JOSE MONTALVERNE SILVA

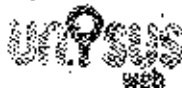
CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 09/08/2018 - 15:13 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 14/08/2019 - 11:29

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA


LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
Paciente: SIDNEY ALCANTARA MACIEL
CPF: 2319102570389



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS



SISTEMA DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE ATENDIMENTO - CRESUS - PORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação


Siga os passos abaixo:
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE	SIDNEY ALCANTARA MACIEL 
NOME DA MÃE	FRANCISCA CRISTIANE DOS SANTOS ALCANTARA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5820724
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	12/02/1983 - 26 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(85) 888437343
ENDEREÇO	RUA SEBASTIÃO DA SILVA COSTA
BARRIO	
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	PINDORETAMA
Plantonista	
MÉDICO	10469533353 - ALEXANDRE JOSE MONTALVERNE SILVA
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32556000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA : INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO	12600110574
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - PORTALEZA
DATA - HORA	09/06/2019 - 15:13
PROFISSIONAL	10469533353 - ALEXANDRE JOSE MONTALVERNE SILVA
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0430010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRÚRGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	6 - URG/EMERGÊNCIA AIIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	5 - INTERNAÇÃO LOCAL
Justificativa de Internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S420 - Fratura da clavícula
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM FRATURA DE CLAVÍCULA , NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EX. FÍSICO + EX. LABORATORIAIS
Causas externas	
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA

[Voltar](#)

Caso deseja cancelar a solicitação de internação você pode:

[Cancelar solicitação](#)

Caso deseja acessar as ocorrências da solicitação você pode:

[Acessar ocorrências](#)


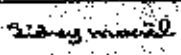



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Atto para as devidas
fins, que Sidney Alcântara
Moliz foi vítima de oli-
dente de trânsito sofrendo
lesões Acômio-Abriçes
EAg. Foi submetido a
cirurgia. Apresenta alto de-
finitiva, com os proci-
mentos, e os ossos do
M-S EAg.. Portanto, com se-
quela permanente.

$$\begin{array}{r} 04 \\ 02 \\ \hline 20 \end{array}$$

Francisco Rodrigues Filho
Ortopedista - Traumatologista
CPF: 212.260.373-40 CRM: 6304

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITADO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABITADO	
NOME: SIDNEY ALCANTARA MACIEL	
	
CPF: 000.010.428.580	RG: 604.339.213-56
DATA DE NASCIMENTO: 12/02/1993	
FILIAÇÃO: FRANCISCO CYNTHIO MACIEL	
EL	
FRANCISCA CRISTIANE DO	
S. SANTOS ALCANTARA	
PROFISSÃO: ACABADOR	DATA DE EMISSÃO: 27/06/2013
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA	
	
LOCAL: BELEM, PA	DATA DE VIGÊNCIA: 01/06/2016
	
12090236618 8A250791900	
DETRAN - PA (PARA)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 1051964196 0000000000 2019

SIDNEY ALCANTARA MACIEL
PINDORETANA/CE

60433921358
PINDORETANA/CE

60433921358
PINDORETANA/CE

PAS/MOTOCICLO/NBO APLIC. GASOLINALCO

HONDA/CG150 STANT

2E/OCV/1490C

PRETA

15 15 15

80 11 0.32 84.58 09/00/0000

15 15 15

15 15 15

15 15 15

15 15 15

15 15 15

15 15 15

15 15 15

15 15 15

15 15 15

CE Nº 014637647289 BILHETE DE SEGURO DPVAX

60433921358 2019

PMF 7384

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAX
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

MURZ.SEGURADORA@GMAIL.COM

SAC DPVAX 0800 022 1304

014637647289 08553180844

01 60433921358

1051964196 HONDA/CG150 STANT

2015 09 902HC1670FR205611

PRÊMIO TARIFÁRIO

86.85 01 01 84.58

4.15 0.32 84.58

09/00/0000

LOTE/DCS 014637647289

MOTOR: KC16B7205611

FORNECER O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

14637647289

PMF 7384

1051964196

COD. RENAVAM

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415192/19

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

CPF: 604.339.213-58

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SIDNEY ALCANTARA MACIEL : 604.339.213-58

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: 25/11/2019
Nome: SIDNEY ALCANTARA MACIEL
CPF: 604.339.213-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415192/19

Número do Sinistro: 3190656793

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

CPF: 604.339.213-58

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 06/02/2020
Nome: SIDNEY ALCANTARA MACIEL
CPF: 604.339.213-58

SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656793

Cidade: Pindoretama

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SIDNEY ALCANTARA MACIEL

Data do acidente: 30/05/2019

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura luxação da clavícula esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 20°, abdução aos 40°, adução aos 15°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, fratura luxação da clavícula esquerda. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos com cirurgia e osteomielite, necessidade de nova cirurgia. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou alteração de mecanismo acromio clavicular. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no ombro esquerdo.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, grau intenso.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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