



Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01538259-1** em **04/11/2020 14:35:43**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0258493-43.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01538259-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 04/11/2020 14:35:43

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2762808_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2762808_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-11.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215995

Vítima: JEOVA ALMEIDA PINTO

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEOVA ALMEIDA PINTO

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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215995

Vítima: JEOVA ALMEIDA PINTO

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JEOVA ALMEIDA PINTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215995

Vítima: JEOVA ALMEIDA PINTO

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEOVA ALMEIDA PINTO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JEOVA ALMEIDA PINTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000081786168-8

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

62023943-06

4 - Nome completo da vítima:

Jeovani Almeida Pinto

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

5 - Nome completo:

Jeovani Almeida Pinto

6 - CPF:

62023943-06

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Jacaúma

9 - Número:

197

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sequeira II

12 - Cidade:

Batalha

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60732-340

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 98781-6626

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1379

CONTA:

1000471

3

(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)

☐ Divorciado

☐ 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 (a) (s)? ☐ 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

impressões digitais da vítima ou beneficiário não são obrigatórias

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, Batalha, 16 de Junho 2020

x Jeovani Almeida Pinto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020351444



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 834 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/06/2020 15:57:26**
Data / Hora da Ocorrência: **07/04/2019 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R RIO GRANDE DO SUL, BELA VISTA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEOVA ALMEIDA PINTO**
Nascimento: **30/05/1996** CPF: **620.239.943-06**
RG: **20088569068** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS**
JOAO BATISTA PINTO
Endereço: **RUA JACANAU, 36**
Bairro: **SIQUEIRA II**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99737-9511**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXN6119** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC30213R602793** Renavam: **792646460** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KSE** Ano Fabricação: **2002** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HXN-6119 NA RUA RIO GRANDE DO SUL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE. ///////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB. PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

62023943-06

4 - Nome completo da vítima:

Jeovani Almeida Pinto

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

5 - Nome completo:

Jeovani Almeida Pinto

6 - CPF:

62023943-06

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Jacaúma

9 - Número:

197

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sequeira II

12 - Cidade:

Batalha

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60732-340

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 98781-6626

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:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1379

CONTA:

1000471

3

(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)

☐ Divorciado

☐ 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 (a) (s)? ☐ 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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, Batalha, 16 de Junho 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Jeova Almeida Pinto** - C.P.F. - 620.239.943-06, no dia **07/04/2019**, às 23h21min, na Rua Rio Grande do Sul, no Bairro Bela Vista, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P947223/2019**.

Fortaleza, 18 de Novembro 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


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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P- 947223/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 75B J4 PONTO DE APOIO: 03A Nº DA OCORRÊNCIA: 1234
DATA: 07/04/2019 TURNO: noturno EQUIPE: Adriano + Puelário
NOME: Georça Almeida Pinto IDADE: 22 SEXO: M
ENDEREÇO: Rio Grande Sul 373 BAIRRO: Bela Vista
REFERÊNCIA: Igreja Mameas
QTY: 23:07 QUS: 23:21 QUY: 23:45 QUU: 00:20
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro/moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

Vital Signs

B
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

C
Circulação

PULSO

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

PELE

☒ CORADA
☐ PÁLIDA
☐ CIANÓTICA

☐ SUDOREICA
☐ SECA
☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☐ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☒ SIM
☐ NÃO

LOCAL:

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

ABERTURA OCULAR

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

TOTAL:

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

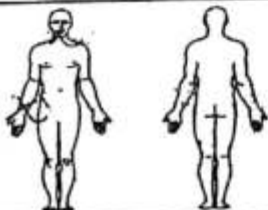
RESPOSTA MOTORA

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

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E
Exposição

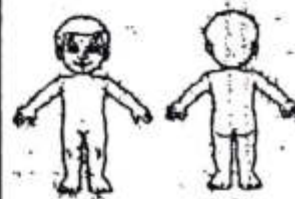
ADULTO



LESÕES

Fratura Radio "D" ?
Sangramento importante hábio inferior Região (Mentomima)

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: PA: FR: GLC: OXIM.: TEMP.:

Paciente relata Colisão carro/moto o mesmo trazegava no veículo motocicleta, Relata pontas capote no momento da colisão, sem tomcope, segundo o mesmo, Retirada do capacete por terceiro, paciente apresentava x sintoma. O mesmo nega alergias, DM e HAS.

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizo avaliação primária e secundária, curativo compressivo com gaze acobreada e atadura.

ASS. / COREN: *Adriana Guia*

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

eam - CE
717821

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: *ISF Centro*

BOLETIM EMERG:

☒ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL: *cunhada*

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

Fernando Rabelo
Emergência
CRP 1112

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

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

ASSINATURA:

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: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEOVA ALMEIDA PINTO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000081786168-8

Nr. da Autenticação A9FE2981ACAD5BA8



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única 1 | N°

084504501

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei n° 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de
05/2020

N° DO CLIENTE

5727932

DV

VENCIMENTO

05/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

146,92

DATA EMISSÃO

21/05/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome JOSY ALMEIDA PINTO DE MENESES

Endereço RU JACANAU 00197

60732-340 MARACANAU SIQUEIRA II

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1785119-FAE-006 - MA114U18

CPF / CNPJ

026.687.033-38

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

20C1.0BB9.243B.507B.7CB7.FC65.7D56.21DC

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
20/04/2020	21/05/2020	22/05/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	32418.00	32262.00	156.00	0.00	0.00	0.00	1.00	156.00	156.00	0.77064	120.22

DESCRIÇÃO DA CONTA

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
Consumo

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

156

0.77064

20.70

120.22

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês
-----------------	----------	-----------	------------------------	-----------------------

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
-------------------------------	----------------------------------	---

0

Tributo:

Base (R\$):

Alíquota (%):

Valor (R\$):

PIS/PASEP

120.22

0.7700

0.93

COFINS

120.22

3.5300

4.24

ICMS

120.22

27.00

32.46

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
---------	-----------

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 21/04 - 21/05

83890000001-3 46920031200-9 00356003407-0 00005727932-2



Registro de Atendimento Emergencial

Por: ANA MARIA EVANGELISTA DE GOES

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 07/04/2019 23:48:39	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 705408453844390	NOME: JEOVA ALMEIDA PINTO		Registro: 4851294		
CPF:	RG:	D. NASC: 30/05/1996	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR:
NOME DA MÃE: EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS			NOME DO PAI: JOAO BATISTA PINTO		
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: R. SANTA CATARINA		Nº: 162	BAIRRO: PANAMERICANO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: Fortaleza	UF: CE	CEP:	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SHEILA SAMPAIO GOMES		PARENTESCO: CUNHADA		TELEFONE: 0301010040	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: colisão moto carro, apresenta sangramento em mento, fx radio D, desorientação					
OBSERVAÇÕES: trauma maior, dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICO GERAL					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese: Paciente vítima de acidente de trânsito					
Exame Físico: no tórax no abd. e membros					
Conduta: sangramento no mento					
Realizoso: Sutura					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Dr. Ana Maria E. de G.
Enfermeira
COE-CE 88047

0301060061
CONSULTA MÉDICA

Nome: J. E. Costa
Contato: 03 2020
eleitdo bopes



PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____h

fractura rádio ulna
+ CS. ① lateralmente

Dr. Guilherme Victor de Abreu
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM 16787

+ Dr. Charles

CONDUTA: _____

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO: _____

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____h

0301080029
CONSULTA MÉDICA
COM OBSERVAÇÃO

CONDUTA: _____

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO: _____

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____h

CONDUTA: _____

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO: _____

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: _____

Data: ____/____/____ às ____:____h

CONDUTA: _____

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (____h) SN(____)

P.A: _____

T: _____

FC: _____

FR: _____

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evas

☐ Óbito

Data: ____/____/____ às ____:____h Ass./Carimbo Médico: _____

ÓBITO

Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não

Data: ____/____/____ às ____:____h

corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico: _____

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 06/2019

DATA: 20/05/2019

Num AIH: 231910222821-2 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 06/2019 Data de Emissão: 11/04/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0002
 Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018
 CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 785408453644396
 Paciente: JEOVA ALMEIDA PINTO Prontuário: 2450578 Laudo:
 Data Nasc.: 30/05/1996 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 62023994306
 Responsável pac.: JEOVA ALMEIDA PINTO Nome da Mãe: EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS
 Endereço: AMADEU FURTADO, 1278 - PARQUELANDIA Raça/Cor: PARDA
 Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (85)9881.75995
 Procedimento solicitado: 04.08.02.046-6 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO Muda Proc.?: Sim

Procedimento realizado: 04.08.02.042-3 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)
 Diag. principal: S524-FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [U Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE
 Diag. complementar: Causa Óbito:
 Caracter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
 Data internação: 11/04/2019 Data saída: 14/04/2019 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/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.08.02.042-3	182215039540018	1 225270	182215039540018	3969800	1 042019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISAR
2 04.08.02.042-3	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 042019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISAR
3 08.02.01.001-6		0	3969800	3969800	3 042019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
4 04.01.01.001-5	182215039540018	0 225270	182215039540018	3969800	1 042019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
5 02.04.04.001-9	3969800	0	3969800	3969800	1 042019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO

==[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +----- Serviço Profissional -----+ +-----+ +---- Direto -----+ +---- Direto -----+ +---- Rateado -----+ +-----+ Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro +- Total --						
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40
04.08.02 MEMBROS SUPERIORES	375,19	0,00	0,00	0,00	172,11	0,00	547,30
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00
Total Geral:	431,59	0,00	0,00	0,00	172,11	0,00	603,70

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 1, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Apogio Carlos Parente Siqueira
Médico Auxiliar SMS/CNPJ 5227
CPF-203.463.100-00



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600106530
NÚMERO DA AIH: 2319102228212

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 705408453844390 - JEOVA ALMEIDA PINTO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 30/05/1996 - 22 anos

NOME DA MÃE: EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS

NOME DO RESPONSÁVEL: JEOVA ALMEIDA PINTO

ENDEREÇO: RUA: SANTA CATARINA, Nº 162

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 32555040

BAIRRO: PANAMERICANO

CEP: 60440795

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S621 - Fratura de outro(s) osso(s) do carpo

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020466-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170156166780008 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 11/04/2019 - 11:29 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 23/04/2019 - 12:59

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

Dr. Carlos Parente Siqueira
Médico Autor SUS - 2019/05/12/2021
CPF: 201.063.103-00



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



POP/60 12600406530

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: **1111111**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **JEOVA ALMEIDA PINTO** 6 - Nº PRONTUÁRIO: **4851294**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **705408453844390** 8 - DATA NASCIMENTO: **30/05/1996** 9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR: **10.1 - ETNIA**
11 - NOME DA MÃE/ PAI: **LUÍZA GLEOTERIO DE SOUSA** 12 - TELEFONE DE CONTATO:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **N.I** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **R.SANTA CATARINA 162 PANAMERICANO**
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **FORTALEZA** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **CE** 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA N INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA DE PUNHO**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DE PUNHO** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S621** 25 - CID10 SECUNDARIO: **Dr. Praxim GLEOTERIO DE SOUSA** 26 - CID 10 CAUSAS AFILIADAS: **OFTALMOLOGIA**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGÊNCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **11/04/2019** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Adriano Calvo** 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: **527** 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH)

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



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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: charlene.nobre - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

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

705408453844390 - JEOVA ALMEIDA PINTO



NOME DA MÃE

EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

4851294

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

30/05/1996 - 22 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

JEOVA ALMEIDA PINTO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 32555040

ENDEREÇO

RUA: SANTA CATARINA, Nº 162

BAIRRO

PANAMERICANO

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555040

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERA TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO INSTITUTO PRÁXIS.

Solicitação

NÚMERO

12600106530

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

11/04/2019 - 11:29

PROFISSIONAL

04957326304 - GERSIVAM GOMES DE LIMA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020466- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S621 - Fratura de outro(s) osso(s) do carpo

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO****DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS****PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**PACIENTE COM FRATURA DE
PUNHO, NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRÚRGICO.**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS.

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX.

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

[Voltar](#)

Caso deseje cancelar a solicitação de Internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]==

Número 201921001834 Data 11/04/2019 Hora 15:32 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento URGENCIA SISREG AIH
Origem do Paciente IJF Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO Médico Responsável 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
Procedimento Solicitado 0408020466 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO Dias 2
===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome JEOVA ALMEIDA PINTO Sexo MASCULINO
Nascimento 30/05/1996 Idade 22 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião NÃO INFORMADO
Mãe EUGENIR ALMEIDA PAULA DE FREITAS Pai JOAO BATISTA PINTO
Conjuge Responsável JEOVA ALMEIDA PINTO Prontuário 2450578
CNS 705408453844390 Registro 201902570001580 Documento Informado RG: 62023994306 Emissão: 06/04/2017
País BRASIL Município de Naturalidade FORTALEZA/CE CEP 60010-000
Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA AMADEU FURTADO
Número 1278 Complemento Bairro PARQUELANDIA
Fone Móvel (85)9881.75985 Fone Fixo Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO INFORMAL / ENTREGADOR DE PUBLICAÇÕES

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

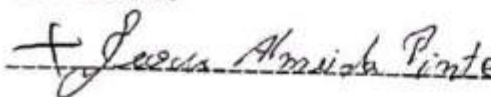
Em caso de urgência avisar JOSUE ALMEIDA PINTO - IRMAO Acomodação/Leito 222/2
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03
Atendente: daiane.mariano Data: 11/04/2019 Hora: 15:35:57 Tempo: 00:03:52
===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

JEOVA ALMEIDA PINTO, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 11 de abril de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS





HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 13/04/19

Nome do paciente:	Leandro Almeida Lima
Nº Prontuário:	
Clinica:	
Cirurgião:	Dr. [Signature]
Anestesista:	Dr. [Signature]
Tipo de Anestesia:	Endovenosa
1 Auxiliar:	
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora:	
Circulante:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	Leandro do Anterior D
Tipo de Operação/ Código:	10408020483
Diagnóstico Pós-Operatório:	Ortuito Pulso D
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:

[Signature]

Assinatura da Enfermeira(o)

32769

[Signature]

Assinatura Anestesista

22505085213/07

MODELO 80

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1) Retirada do duto do

2) Anestesia do duto

3) Lavagem do duto com solução

4) Preenchimento do duto com
material de enchimento

5) Fixação do duto

6) Verificação do duto

7) Encerramento

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandesavora.com.br E-mail: hospitalfernandesavora@ig.com.br

Data: 27/04/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>João Almeida Porto</u>							
Nº Prontuário: <u>1000</u>	Nº Controle: <u>1000</u>	Enf./	Leito:				
Cirurgião: <u>Dr. Valter</u>	Tempo de Sala: <u>1h</u>	Tempo de Oxigênio: <u>1h</u>					
IDADE: <u>74</u>	PESO: <u>74</u>	ALTURA: <u>1,67</u>	SEXO: <u>M</u>	TEMP: <u>36</u>	PLASQ: <u>92</u>	RESP: <u>13</u>	PR. ART. MAX/MIN: <u>100/60</u>
TIPO SANGÜÍNEO: <u>A</u>	HEMACIAS: <u>4.10 mm</u>	HEMOGLOBINA: <u>133 g/l</u>	HEMATÓCRITO: <u>38.11</u>	GLICEMIA: <u>110</u>	URÉIA: <u>32 mg/dl</u>	CREATININA: <u>1,0 mg/dl</u>	
Ap. Respiratório: <u>sem problemas</u>				Asma: <u>sem</u> Bronquite: <u>sem</u>			
Ap. Circulatório: <u>sem problemas</u>				E.E.G.: <u>sem alterações</u>			
Ap. Digestivo: <u>sem problemas</u>				Alergia: <u>sem</u>			
Ap. Urinário: <u>sem problemas</u>				Estado Mental: <u>claro</u>			
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>arterioesclerose</u>				Risco: <u>1</u>			
Anestésicos Anteriores: <u>sem</u>				Ataraxicos: <u>sem</u>			
Medicação Pré-Anestésica: <u>sem</u>				Corticóides: <u>sem</u>			
Aplicada às: <u>11:30h</u>				Hipotensores: <u>sem</u>			
Efeito: <u>ritmo</u>				Outras Drogas: <u>sem</u>			
Agentes Anestésicos		INDUÇÃO					
Líquidos		Satisf. <u>sim</u> Excit. <u>sim</u>					
		Tosse <u>sim</u>					
		Laringoespasm. <u>sim</u> Lenta <u>sim</u>					
		Náuseas <u>sim</u> Vômitos <u>sim</u>					
		Outros <u>sim</u>					
CÓDIGO		MANUTENÇÃO					
P. Arterial O Pulso O Respiração		1) <u>sem problemas</u>					
Anestesia O Operação		2) <u>sem problemas</u>					
		3) <u>sem problemas</u>					
		4) <u>sem problemas</u>					
		5) <u>sem problemas</u>					
		6) <u>sem problemas</u>					
		7) <u>sem problemas</u>					
		8) <u>sem problemas</u>					
		9) <u>sem problemas</u>					
		10) <u>sem problemas</u>					
		11) <u>sem problemas</u>					
		12) <u>sem problemas</u>					
		13) <u>sem problemas</u>					
		14) <u>sem problemas</u>					
		15) <u>sem problemas</u>					
		16) <u>sem problemas</u>					
		17) <u>sem problemas</u>					
		18) <u>sem problemas</u>					
		19) <u>sem problemas</u>					
		20) <u>sem problemas</u>					
		21) <u>sem problemas</u>					
		22) <u>sem problemas</u>					
		23) <u>sem problemas</u>					
		24) <u>sem problemas</u>					
		25) <u>sem problemas</u>					
		26) <u>sem problemas</u>					
		27) <u>sem problemas</u>					
		28) <u>sem problemas</u>					
		29) <u>sem problemas</u>					
		30) <u>sem problemas</u>					
		31) <u>sem problemas</u>					
		32) <u>sem problemas</u>					
		33) <u>sem problemas</u>					
		34) <u>sem problemas</u>					
		35) <u>sem problemas</u>					
		36) <u>sem problemas</u>					
		37) <u>sem problemas</u>					
		38) <u>sem problemas</u>					
		39) <u>sem problemas</u>					
		40) <u>sem problemas</u>					
		41) <u>sem problemas</u>					
		42) <u>sem problemas</u>					
		43) <u>sem problemas</u>					
		44) <u>sem problemas</u>					
		45) <u>sem problemas</u>					
		46) <u>sem problemas</u>					
		47) <u>sem problemas</u>					
		48) <u>sem problemas</u>					
		49) <u>sem problemas</u>					
		50) <u>sem problemas</u>					
		51) <u>sem problemas</u>					
		52) <u>sem problemas</u>					
		53) <u>sem problemas</u>					
		54) <u>sem problemas</u>					
		55) <u>sem problemas</u>					
		56) <u>sem problemas</u>					
		57) <u>sem problemas</u>					
		58) <u>sem problemas</u>					
		59) <u>sem problemas</u>					
		60) <u>sem problemas</u>					
		61) <u>sem problemas</u>					
		62) <u>sem problemas</u>					
		63) <u>sem problemas</u>					
		64) <u>sem problemas</u>					
		65) <u>sem problemas</u>					
		66) <u>sem problemas</u>					
		67) <u>sem problemas</u>					
		68) <u>sem problemas</u>					
		69) <u>sem problemas</u>					
		70) <u>sem problemas</u>					
		71) <u>sem problemas</u>					
		72) <u>sem problemas</u>					
		73) <u>sem problemas</u>					
		74) <u>sem problemas</u>					
		75) <u>sem problemas</u>					
		76) <u>sem problemas</u>					
		77) <u>sem problemas</u>					
		78) <u>sem problemas</u>					
		79) <u>sem problemas</u>					
		80) <u>sem problemas</u>					
		81) <u>sem problemas</u>					
		82) <u>sem problemas</u>					
		83) <u>sem problemas</u>					
		84) <u>sem problemas</u>					
		85) <u>sem problemas</u>					
		86) <u>sem problemas</u>					
		87) <u>sem problemas</u>					
		88) <u>sem problemas</u>					
		89) <u>sem problemas</u>					
		90) <u>sem problemas</u>					
		91) <u>sem problemas</u>					
		92) <u>sem problemas</u>					
		93) <u>sem problemas</u>					
		94) <u>sem problemas</u>					
		95) <u>sem problemas</u>					
		96) <u>sem problemas</u>					
		97) <u>sem problemas</u>					
		98) <u>sem problemas</u>					
		99) <u>sem problemas</u>					
		100) <u>sem problemas</u>					
		101) <u>sem problemas</u>					
		102) <u>sem problemas</u>					
		103) <u>sem problemas</u>					
		104) <u>sem problemas</u>					
		105) <u>sem problemas</u>					
		106) <u>sem problemas</u>					
		107) <u>sem problemas</u>					
		108) <u>sem problemas</u>					
		109) <u>sem problemas</u>					
		110) <u>sem problemas</u>					
		111) <u>sem problemas</u>					
		112) <u>sem problemas</u>					
		113) <u>sem problemas</u>					
		114) <u>sem problemas</u>					
		115) <u>sem problemas</u>					
		116) <u>sem problemas</u>					
		117) <u>sem problemas</u>					
		118) <u>sem problemas</u>					
		119) <u>sem problemas</u>					
		120) <u>sem problemas</u>					
		121) <u>sem problemas</u>					
		122) <u>sem problemas</u>					
		123) <u>sem problemas</u>					
		124) <u>sem problemas</u>					
		125) <u>sem problemas</u>					
		126) <u>sem problemas</u>					
		127) <u>sem problemas</u>					
		128) <u>sem problemas</u>					
		129) <u>sem problemas</u>					
		130) <u>sem problemas</u>					
		131) <u>sem problemas</u>					
		132) <u>sem problemas</u>					
		133) <u>sem problemas</u>					
		134) <u>sem problemas</u>					
		135) <u>sem problemas</u>					
		136) <u>sem problemas</u>					
		137) <u>sem problemas</u>					
		138) <u>sem problemas</u>					
		139) <u>sem problemas</u>					
		140) <u>sem problemas</u>					
		141) <u>sem problemas</u>					
		142) <u>sem problemas</u>					
		143) <u>sem problemas</u>					
		144) <u>sem problemas</u>					
		145) <u>sem problemas</u>					
		146) <u>sem problemas</u>					
		147) <u>sem problemas</u>					
		148) <u>sem problemas</u>					
		149) <u>sem problemas</u>					
		150) <u>sem problemas</u>					
		151) <u>sem problemas</u>					
		152) <u>sem problemas</u>					
		153) <u>sem problemas</u>					
		154) <u>sem problemas</u>					
		155) <u>sem problemas</u>					
		156) <u>sem problemas</u>					
		157) <u>sem problemas</u>					
		158) <u>sem problemas</u>					
		159) <u>sem problemas</u>					
		160) <u>sem problemas</u>					
		161) <u>sem problemas</u>					
		162) <u>sem problemas</u>					
		163) <u>sem problemas</u>					
		164) <u>sem problemas</u>					
		165) <u>sem problemas</u>					
		166) <u>sem problemas</u>					
		167) <u>sem problemas</u>					
		168) <u>sem problemas</u>					
		169) <u>sem problemas</u>					
		170) <u>sem problemas</u>					
		171) <u>sem problemas</u>					
		172) <u>sem problemas</u>					
		173) <u>sem problemas</u>					
		174) <u>sem problemas</u>					
		175) <u>sem problemas</u>					
		176) <u>sem problemas</u>					
		177) <u>sem problemas</u>					
		178) <u>sem problemas</u>					
		179) <u>sem problemas</u>					
		180) <u>sem problemas</u>					
		181) <u>sem problemas</u>					
		182) <u>sem problemas</u>					
		183) <u>sem problemas</u>					
		184) <u>sem problemas</u>					
		185) <u>sem problemas</u>					
		186) <u>sem problemas</u>					
		187) <u>sem problemas</u>					
		188) <u>sem problemas</u>					
		189) <u>sem problemas</u>					
		190) <u>sem problemas</u>					
		191) <u>sem problemas</u>					
		192) <u>sem problemas</u>					
		193) <u>sem problemas</u>					
		194) <u>sem problemas</u>					
		195) <u>sem problemas</u>					
		196) <u>sem problemas</u>					
		197) <u>sem problemas</u>					
		198) <u>sem problemas</u>					
		199) <u>sem problemas</u>					
		200) <u>sem problemas</u>					
		201) <u>sem problemas</u>					
		202) <u>sem problemas</u>					
		203) <u>sem problemas</u>					
		204) <u>sem problemas</u>					
		205) <u>sem problemas</u>					
		206) <u>sem problemas</u>					
		207) <u>sem problemas</u>					
		208) <u>sem problemas</u>					
		209) <u>sem problemas</u>					
		210) <u>sem problemas</u>					
		211) <u>sem problemas</u>					
		212) <u>sem problemas</u>					
		213) <u>sem problemas</u>					
		214) <u>sem problemas</u>					
		215) <u>sem problemas</u>					
		216) <u>sem problemas</u>					
		217) <u>sem problemas</u>					
		218) <u>sem problemas</u>					
		219) <u>sem problemas</u>					
		220) <u>sem problemas</u>					
		221) <u>sem problemas</u>					
		222) <u>sem problemas</u>					
		223) <u>sem problemas</u>					
		224) <u>sem problemas</u>					
		225) <u>sem problemas</u>					
		226) <u>sem problemas</u>					
		227) <u>sem problemas</u>					
		228) <u>sem problemas</u>					
		229) <u>sem problemas</u>					
		230) <u>sem problemas</u>					
		231) <u>sem problemas</u>					
		232) <u>sem problemas</u>					
		233) <u>sem problemas</u>					
		234) <u>sem problemas</u>					
		235) <u>sem problemas</u>					
		236) <u>sem problemas</u>					
		237) <u>sem problemas</u>					
		238) <u>sem problemas</u>					
		239) <u>sem problemas</u>					
		240) <u>sem problemas</u>					
		241) <u>sem problemas</u>					
		242) <u>sem problemas</u>					
		243) <u>sem problemas</u>					
		244) <u>sem problemas</u>					
		245) <u>sem problemas</u>					
		246) <u>sem problemas</u>					
		247) <u>sem problemas</u>					
		248) <u>sem problemas</u>					
		249) <u>sem problemas</u>					
		250) <u>sem problemas</u>					
		251) <u>sem problemas</u>					
		252) <u>sem problemas</u>					
		253) <u>sem problemas</u>					
		254) <u>sem problemas</u>					
		255) <u>sem problemas</u>					
		256) <u>sem problemas</u>					
		257) <u>sem problemas</u>					
		258) <u>sem problemas</u>					
		259) <u>sem problemas</u>					
		260) <u>sem problemas</u>					
		261) <u>sem problemas</u>					
		262) <u>sem problemas</u>					
		263) <u>sem problemas</u>					
		264) <u>sem problemas</u>					
		265) <u>sem problemas</u>					
		266) <u>sem problemas</u>					
		267) <u>sem problemas</u>					
		268) <u>sem problemas</u>					
		269) <u>sem problemas</u>					
		270) <u>sem problemas</u>					
		271) <u>sem problemas</u>					
		272) <u>sem problemas</u>					
		273) <u>sem problemas</u>					
		274) <u>sem problemas</u>					
		275) <u>sem problemas</u>					
		276) <u>sem problemas</u>					
		277) <u>sem problemas</u>					
		278) <u>sem problemas</u>					
		279) <u>sem problemas</u>					
		280) <u>sem problemas</u>					
		281) <u>sem problemas</u>					
		282) <u>sem problemas</u>					
		283) <u>sem problemas</u>					
		284) <u>sem problemas</u>					
		285) <u>sem problemas</u>					
		286) <u>sem problemas</u>					
		287) <u>sem problemas</u>					
		288) <u>sem problemas</u>					
		289) <u>sem problemas</u>					
		290) <u>sem problemas</u>					
		291) <u>sem problemas</u>					
		292) <u>sem problemas</u>					
		293) <u>sem problemas</u>					
		294) <u>sem problemas</u>					
		295) <u>sem problemas</u>					
		296) <u>sem problemas</u>					
		297) <u>sem problemas</u>					
		298) <u>sem problemas</u>					
		299) <u>sem problemas</u>					
		300) <u>sem problemas</u>					
		301) <u>sem problemas</u>					
		302) <u>sem problemas</u>					
		303) <u>sem problemas</u>					
		304) <u>sem problemas</u>					
		305) <u>sem problemas</u>					
		306) <u>sem problemas</u>					
		307) <u>sem problemas</u>					
		308) <u>sem problemas</u>					
		309) <u>sem problemas</u>					
		310) <u>sem problemas</u>					
		311) <u>sem problemas</u>					
		312) <u>sem problemas</u>					
		313) <u>sem problemas</u>					
		314) <u>sem problemas</u>					
		315) <u>sem problemas</u>					
		316) <u>sem problemas</u>					
		317) <u>sem problemas</u>					
		318) <u>sem problemas</u>					
		319) <u>sem problemas</u>					
		320) <u>sem problemas</u>					
		321) <u>sem problemas</u>					
		322) <u>sem problemas</u>					
		323) <u>sem problemas</u>					
		324) <u>sem problemas</u>					
		325) <u>sem problemas</u>					
		326) <u>sem problemas</u>					
		327) <u>sem problemas</u>					
		328) <u>sem problemas</u>					
		329) <u>sem problemas</u>					
		330) <u>sem problemas</u>					
		331) <u>sem problemas</u>					
		332) <u>sem problemas</u>					
		333) <u>sem problemas</u>					
		334) <u>sem problemas</u>					
		335) <u>sem problemas</u>					
		336) <u>sem problemas</u>					
		337) <u>sem problemas</u>					
		338) <u>sem problemas</u>					
		339) <u>sem problemas</u>					
		340) <u>sem problemas</u>					
		341) <u>sem problemas</u>					
		342) <u>sem problemas</u>					
		343) <u>sem problemas</u>					
		344) <u>sem problemas</u>					
		345) <u>sem problemas</u>					
		346) <u>sem problemas</u>					
		347) <u>sem problemas</u>					
		348) <u>sem problemas</u>					
		349) <u>sem problemas</u>					
		350) <u>sem problemas</u>					
		351) <u>sem problemas</u>					
		352) <u>sem problemas</u>					
		353) <u>sem problemas</u>					
		354) <u>sem problemas</u>					
		355) <u>sem problemas</u>					
		356) <u>sem problemas</u>					
		357) <u>sem problemas</u>					
		358) <u>sem problemas</u>					
		359) <u>sem problemas</u>					
		360) <u>sem problemas</u>					
		361) <u>sem problemas</u>					
		362) <u>sem problemas</u>					
		363) <u>sem problemas</u>					
		364) <u>sem problemas</u>					
		365) <u>sem problemas</u>					
		366) <u>sem problemas</u>					
		367) <u>sem problemas</u>					
		368) <u>sem problemas</u>					
		369) <u>sem problemas</u>					
		370) <u>sem problemas</u>					

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número 201921001834 Data 11/04/2019 Hora 15:32 Convênio/Plano INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado 0408020466 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

===[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito 222/2 Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==

Nome JEOVA ALMEIDA PINTO Sexo MASCULINO
Nascimento 30/05/1996 Idade 22 Anos Religião NÃO INFORMADO Prontuário 2450578 Registro 201902570001580

===[DADOS DA ALTA]==

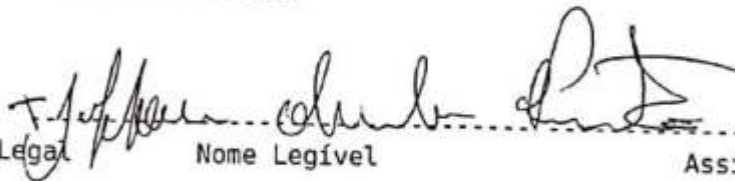
Diagnóstico Principal S621 - FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO
Procedimento Realizado 0408020466 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO
Data 14/04/2019 Hora 10:41 Motivo ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

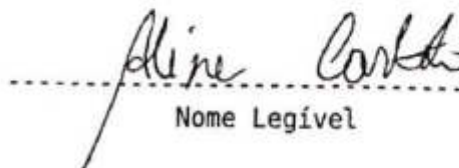
O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente JEOVA ALMEIDA PINTO, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre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

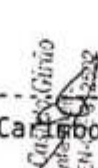
FORTALEZA(CE), 14 de abril de 2019

Responsável/
Representante Legal


Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação


Nome Legível Assinatura/Cam

Assinatura/Cam

Assinatura/Cam

Usuário responsável: aline.castelo

Data: 14/04/2019 Hora: 10:41:17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
ARTESÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JEOVA ALMEIDA PINTO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20088569068 SSP CE

CPS DATA NASCIMENTO
620.239.943-06 30/05/1996

FAM.ÇÃO
JOAO BATISTA PINTO
EUGENIR ALMEIDA PAULA
DE FREITAS

PERMISSÃO ACC CATIAS
AB

Nº REGISTRO VALIDADE Nº HABILITAÇÃO
06580674856 28/10/2021 11/03/2016

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Jeova Almeida Pinto
ASSINATURA DO PORTADOR

CIDADE DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE 06/04/2017

João Vascunelos Ponte
ASSINATURA DO EMISSOR
67408406062
CE158853300

CEARÁ

VÁLIDA EM
O TERRITÓRIO NACIONAL
1471665370

PROIBIDO PLASTIFICAR
1471665370

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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\$1.00 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima de ím ou 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 sucessores (herdeiros)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário e do representante

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, 30 de Junho 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167435/20

Vítima: JEOVA ALMEIDA PINTO

CPF: 620.239.943-06

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA ALMEIDA PINTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEOVA ALMEIDA PINTO : 620.239.943-06

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: 17/06/2020
Nome: JEOVA ALMEIDA PINTO
CPF: 620.239.943-06

JEOVA ALMEIDA PINTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200215995 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEOVA ALMEIDA PINTO **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 05 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 10 //

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200215995 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEOVA ALMEIDA PINTO **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 05 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 10 //

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167435/20

Vítima: JEOVA ALMEIDA PINTO

CPF: 620.239.943-06

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEOVA ALMEIDA PINTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEOVA ALMEIDA PINTO : 620.239.943-06

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: 17/06/2020
Nome: JEOVA ALMEIDA PINTO
CPF: 620.239.943-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

JEOVA ALMEIDA PINTO

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA