



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA

@-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01598590-3** em **04/12/2020 16:07:27**.
- 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 : 0203280-86.2019.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01598590-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 04/12/2020 16:07:27

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* : 2770917_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2770917_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-22.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190529629 **Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA**
Data do Acidente: 06/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001563**

Conta: **00000134533-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529629

Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

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



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: 656 615.093-87 4 - Nome completo da vítima: *Veronica Maria Silveira de Franca*

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

5 - Nome completo: <i>Veronica Maria Silveira de Franca</i>	6 - CPF: <i>656 615.093-87</i>		
7 - Profissão: <i>Necro</i>	8 - Endereço: <i>Rua Matos Braneiro</i>	9 - Número: <i>193</i>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <i>Panambi como.</i>	12 - Idade: <i>fortaleza</i>	13 - Estado: <i>CE</i>	14 - CEP: <i>60110-000</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: <i>1563</i>	CONTA: <i>345.33</i>	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
----------------------	----------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 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 Lider 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 da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheira(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo:
--	---	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos, Informar vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, Informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro/vivozinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, Informar vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - <input type="checkbox"/> NÃO AFETIZADO	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido:
---	---

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido
---	--

38 - 1º Nome: _____	39 - 2º Nome: _____
-----------------------	-----------------------

CPF: _____	CPF: _____
------------	------------

Assinatura da testemunha:	Assinatura da testemunha:
---------------------------	---------------------------

40 - Local e Data: <i>Fortaleza, 12 de Setembro 2019</i>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Veronica Maria Silveira de Franca</i>
--	---

42 - 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 2019601057



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2901 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **29/08/2019 12:34:03**
 Data / Hora da Ocorrência: **06/04/2019 06:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV CORONEL CARVALHO, 3750, ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **VAPT VUPT**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VIRLANE MARIA SILVA DE FRANÇA**
 Nascimento: **26/04/1980** CPF: **656.615.083-87**
 RG: **97002234486** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANÇA**
ANTONIO RODRIGUES DA FRANÇA
 Endereço: **RUA MATO GROSSO , 192**
 Bairro: **DEMOCRITO ROCHA**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL**



Telefone: **(85) 98753-7022**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIH7494** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4120CR578829** Renavam: **471722839** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **ROXA** Proprietário: **MARIA HELENA PEREIRA NEGREIROS HENRIQUE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma a declarante que na data, hora e local acima citados, trafegava como garupeira na motocicleta de placa OIH7494, pilotada por Jorge Luiz Negreiros Henrique, quando foram "trancados" por um carro (placa não anotada), no que o piloto perdeu o controle do veículo e este derrapou, tendo ambos (piloto e garupeira) caído ao solo, mas somente a declarante saiu lesionada, sendo socorrida pelo Samu para o Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura (Frotinha de Antonio Bezerra); QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; QUE, nada mais disse.///////// Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do C.P.B.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

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:

656.615.083-87

4 - Nome completo da vítima:

Vultane Maria Sílvia de Franco

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

5 - Nome completo:

Vultane Maria Sílvia de Franco

6 - CPF:

656.615.083-87

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Mato Grosso

9 - Número:

192

10 - Complemento:

Florim e Canto.

11 - Bairro:

Florim e Canto.

12 - Cidade:

Tatia

13 - Estado:

Re

14 - CEP:

60110-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 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 um só opção)

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1563

CONTA: 34533

4

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

22 - DECLARAÇÃO DE 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 cobertura de invalidez permanente pelo 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 Lider 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

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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/vínculo?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vôzis vivos?

Sim

Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data:

Tatia 2 de Setembro 2019

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Vultane Maria Sílvia de Franco

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Virlane Maria Silva de França** - C.P.F. - **656.615.083-87**, no dia **06/04/2019**, às **06h58min**, na **Avenida Coronel Carvalho**, no **Bairro Antônio Bezerra**, 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 **P783229/2019**.

Fortaleza, 24 de Julho de 2019.

Atenciosamente,



Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAME 192
Regional Fortaleza
Mat. 45551-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Marcelo Cesar Campos Cabral
SAME/SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45640-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-78322919

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M06	PONTO DE APOIO: UFC	Nº DA OCORRÊNCIA: 0252
DATA: 06/04/2022	TURNO: NOITE	EQUIPE: Somia / Cauê
NOME: VIRGÍLIO MARIA SENA DE FREITAS	ENDEREÇO: Coronel Aranha 3750	IDADE: 38
REFERÊNCIA: VAP vul		SEXO: F
QTY: 06:48	QUS: 06:58	QUY: 07:15
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: moto colisão (Fratura de MSO).		QUU: 07:25

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:

B	PADRÃO RESPIRATÓRIO	DE INSPEÇÃO	PALPACAO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	
<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO				
<input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE				

C	PULSO	PELE	MIGRAÇÃO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> < 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLUIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA			
LOCAL:	<input type="checkbox"/> SUDOREICA			
	<input type="checkbox"/> SECA			
	<input type="checkbox"/> QUENTE			
	<input type="checkbox"/> FRIA			

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)			
D	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1 TOTAL: _____	ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA	<input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS		OBEDECE A COMANDOS LOCALIZA A DOR MOVIMENTO DE RETIRADA FLEXÃO ANORMAL EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA	

E	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
SAMPLA			

FC: 89 PA: - FR: 20 GLIC: - OXIM: 95% TEMP: -
 (ST 38°, desidratação, sangue contínuo de moto, com dor na
 lombar, nega náusea. Apresentava lesões na face e
 escoriações em MSO's. FC: 89; FR: 20; Sat 95%. m. AA femea
 STW, encaminhada a Fratário de Antônio Bezerra.

Resposta C10
Emergência
100% de 250

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: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000134533-4

Nr. da Autenticação 48EE22C064AE37AC

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARIA HELENA PEREIRA NEGREIROS HENRIQUE,

RG nº 2015168613-1, data de expedição 16/11/2015

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 761 403 423 68,

com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de

CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) EUA ESTADO DO RIO, nº 535,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

VIOLANTE MARIA SILVA DE FRANÇA, cujo o condutor era

JORGE LUIZ NEGREIROS HENRIQUE.

Veículo: UNIVERSAL Modelo: MONDIAL G 12 STAN Ano: 2012

Placa: 0149494 Chassi: 9CWC4120CES76829

Data do Acidente: 06/04/19

Local e Data:

10 SET 2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Cavalcanti Filho

Rua José Freire, 168 - CEP: 60210-000 - Fortaleza - CE

Tel.: (85) 3232-0247 - Fax: 3243-2908 - E-mail: cavalcantifilho@bol.com.br

Reconheço por autenticidade a firma abaixo:

MARIA HELENA PEREIRA NEGREIROS HENRIQUE

R. Dos Teles, Fortaleza, 10 de setembro de 2019, 13:40:42. Zaf.: (3457762292100)

Assunto: Término de Contrato de Seguro Automóvel

Valor: R\$ 3,29 TAXAS: R\$ 7,19 Total: R\$ 7,47 Faz: Jaqueline

Válido somente com o selo de autenticidade.

PLACADO O VEÍCULO TIPO 1

Nº 3311 ATQ. CONFORME

REGISTRO DO TJ CE, NA

DATA: 10/09/2019 AUTONOMIA

DATA: 10/09/2019 AUTONOMIA

DATA: 10/09/2019 AUTONOMIA

DATA: 10/09/2019 AUTONOMIA

EMBRANCO



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: 12600106246
NÚMERO DA AIH: 2319102127485

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 706800700499322 - VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 26/04/1980 - 38 anos

SEXO: FEMININO

NOME DA MÃE: FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANCA

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DO RESPONSÁVEL: A MESMA

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: RUA MATO GROSSO, Nº 192

BAIRRO: DEMOCRITO ROCHA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S423 - Fratura da diáfise do úmero

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020393-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704808 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

ESPEC. CLÍNICA GERAL

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 07/04/2019 - 11:32 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 07/04/2019 - 11:32

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



2021/2023 Página 1 de 2024
2022 - Anexo SUS 004-521
CPF: 30200000000-00

MS-DATAUS

VERSAO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 05/2019

DATA: 07/04/2019

Num AIH: 231918212748-5 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 05/2019 Data de Emissão: 07/04/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0284 Leito: 0003

Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clin.: 210158059320008 Doc médico solic: 201591461720008

CNES: 3969000 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 786800700499322

Paciente: Virlane Maria Silva de Franca ✓

Prontuário: 2450522 ✓

Laudo:

Data Nasc.: 26/04/1980 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 18 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 97802234485

Responsável pac.: Virlane Maria Silva de Franca

Nome da Mae: Francisca Lucia Silva de Franca

Endereço: MATO GROSSO, 192 - DEMOCRITO ROCHA

Raça/Cor: Parda

Município: 238440 - FORTALEZA

UF: CE CEP: 66810-000 Telefone: (85)9877.64938

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.? Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: 5423-FRATURA DA DIÁFISE DO UMERO

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAIAMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Obito:

Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 07/04/2019 Data saída: 10/04/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

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

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo com a previdência: - CBO: -

==[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]==

Linha Ato/Proced	PF	IE	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1 04.08.06.019-0	201591461720008	1-225270	201591461720008	3969800			1 042819 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO
2 04.08.06.019-0	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800			1 042819 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO
3 04.08.02.039-3	201591461720008	1 225270	201591461720008	3969800			1 042019 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE
4 04.08.02.039-3	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800			1 042019 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE
5 07.02.03.090-2	89069959000158	0	89069959000158	3969800			1 042019 PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 4,5 MM ESTR
6 08.02.01.001-6		0	3969800	3969800			1 042019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERTO)
7 04.01.01.001-5	201591461720008	0 225270	201591461720008	3969800			1 042019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.02.02.038-0	6913326	0	6913326	6913326			1 042019 HEMOGRAMA COMPLETO
9 02.02.02.013-4	6913326	0	6913326	6913326			1 042019 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
10 02.02.02.014-2	6913326	0	6913326	6913326			1 042019 DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PRO
11 02.04.04.005-1	3969800	0	3969800	3969800			1 042019 RADIOGRAFIA DE BRAÇO

==[VALORES DA PRÉVIA]==

+ - Serv. Hospitalar + + +	Serviço Profissional + + +
+ + + Direto + + +	+ + + Direto + + +
Próprio Terceiro	Próprio Terceiro

Forma de Organização

Próprio Terceiro	Próprio Terceiro	Próprio Terceiro	Total
--------------------	--------------------	--------------------	-------

04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS		32,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,48
04.08.02 MEMBROS SUPERIORES		242,51	0,00	0,00	0,00	144,37	0,00	386,88
04.08.06 GERAIS		460,58	0,00	0,00	0,00	163,16	0,00	623,74
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA		235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
08.02.01 DIARIAS		24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00
	Total Geral:	995,37	0,00	0,00	0,00	367,53	0,00	1.362,90

==[DADOS DAS ORTESES/PRÓTESES]==

Linha Nota Fiscal CNPJ Fornecedor Lote Série Registro ANVISA CNPJ Fabricante

5 28794 ✓ 09.069.959/0001-58 ✓

Número de Nascedos

Número de Saidas

N. Pré-Natal

vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

Raposo Cesar
Assinatura: Raposo Cesar
Data: 20/04/2019
CNPJ: 02.000.000/0001-52



* MS-DATAUS
VERSAO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

O.E: M238440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 05/2019

PAG.: 2
DATA: 30/04/2019

Num AIH: 231910212748-5 . Situação: APURADA Tipo: 81-INICIAL Apresentação: 05/2019 Data de Emissão: 07/04/2019

"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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

LICENCIAMENTO / UNIDADE DE HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA FORTALEZA

Operação:

Consultar Dados do Laudo

Siga os passos abaixo:

Seleção da solicitação de internação

Pesquisar paciente

Dados do laudo

Dados do laudo - Internação

Lista de ocorrência

Visualização da ocorrência

Inclusão de ocorrência

DADOS DO LAUDO - SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Para realizar uma nova consulta de laudo clique em Voltar.

NÚMERO DO LAUDO 12670025377

Identificação do paciente

PACIENTE VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

NOME DA MÃE FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANCA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO 210006

DATA DE NASCIMENTO - IDADE 26/04/1980 - 38 anos

SEXO FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL A MESMA

DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL (85) 999465573

ENDEREÇO RUA MATO GROSSO, N° 192

BAIRRO DEMOCRITO ROCHA

ESTADO DE RESIDÊNCIA CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO 37129066334 - ROBERTO WELTON TEIXERA DA COSTA

TELEFONE PARA CONTATO (85) 34883210

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PACIENTE RECEBEU VAGA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO EM UF

Solicitação

NÚMERO 12670025377

SITUAÇÃO SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

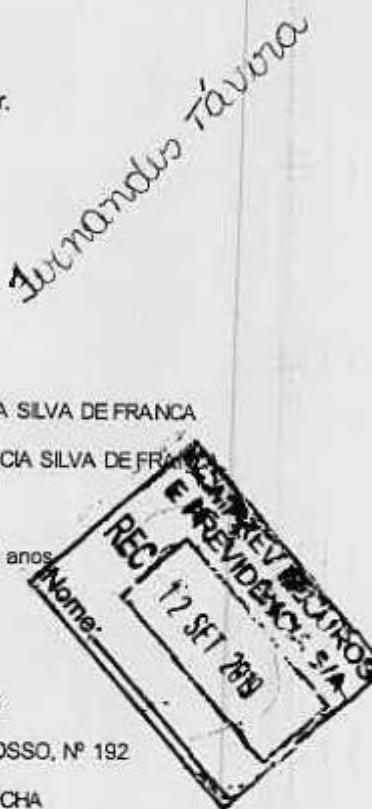
DATA - HORA 07/04/2019 - 09:20

PROFISSIONAL 37129066334 - ROBERTO WELTON TEIXERA DA COSTA

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2516683 - HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTONIO BEZERRA (FORTALEZA)

PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO

PROCEDIMENTO REALIZADO



CLÍNICA	13 - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
ESPECIALIDADE CLÍNICA		
CLÍNICA COMPLEMENTAR		
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA A PÓS INTERNAÇÃO	
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA	
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO FORTALEZA	
Justificativa da internação		
DIAGNÓSTICO INICIAL	S422 - Fratura da extremidade superior do úmero	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS		
PRINCIPAIS SINAIS		
E SINTOMAS CLÍNICOS	FRATURA DE UMERO	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	TRATAMENTO CIRÚRGICO	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	RX	
Judicial		
JUDICIAL	NÃO	
NÚMERO DO MANDATO		
OBSERVAÇÕES JUDICIAIS*		
Causas externas		
DESCRÍÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APlica	
Evolução do paciente		
DATA-HORA □ T	OPERADOR □ T	EVOLUÇÃO □ T
Nenhum registro encontrado.		

Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última

[Voltar](#)

Caso deseje acessar a lista de ocorrências da solicitação você pode:
[Acessar ocorrências](#)

Caso deseje Imprimir Laudo de Solicitação de Internação você pode:
[Imprimir Laudo de Solicitação de Internação](#)



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: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA	PRONTUÁRIO : 5610944			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 706800700499322	8 - DATA NASCIMENTO: 26/04/1980	9 - SEXO ()M ()F	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANCA	12 - TELEFONE:			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I.	14 - TELEFONE DE CONTATO:			
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): MATO GROSSO 162 BELA VISTA				
16 - MUNICIPIO: FORTALEZA	17 - CÓD. IBGE MUNICIPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE UMERO, 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. UMERO	24 - CID 10 S423	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE UMERO.	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020393
29 - CLÍNICA: TRAUMATO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGÊNCIA
31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - N° DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:	34 - DATA SOLICITAÇÃO: 07/04/2019	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):
--	---	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - N° 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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):	

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

==[ADMISSÃO]==

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201921001753	07/04/2019	16:03	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG AIH
URGÊNCIA				
Origem do Paciente	Clínica/Especialidade			
IJF	CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPÉDIA			
Médico Solicitante	Médico Responsável			
4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO	4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO			
Procedimento Solicitado	Dias			
0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIARIA DA EXTREMIDADE	4			

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome		Sexo		
VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA		FEMININO		
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
26/04/1988	38 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)	NÃO INFORMADO
Mãe			Pai	
FRANCISCA LUCIA SILVA DE FRANCA			ANTONIO RODRIGUES DE FRANCA	
Conjuge		Responsável	Prontuário	
		GERMANA SILVA DE FRANCA MARINHO	2450522	
CNS	Registro	Documento Informado		
706800700499322	201902570001516	RG: 97002234486	Emissão: 18/04/2005	
País		Município de Naturalidade		CEP
BRASIL		FORTALEZA/CE		60010-000
Município de Residência		Logradouro		
FORTALEZA/CE		RUA MATO GROSSO		
Número	Complemento	Bairro		
192		DEMOCRITO ROCHA		
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência		
(85)9877.64938				
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)				
EMPREGADO FORMAL / TECNICO DE ENFERMAGEM DE SAUDE DA FAMILIA				
==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==				
Em caso de urgência avisar		Acomodação/Leito		
GERLANA SILVA - SOBRINHA		204/3		
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem		
ENFERMARIA	CLÍNICA MÉDICA	POSTO DE ENFERMAGEM 01		
Atendente: daiane.mariano	Data: 07/04/2019	Hora: 16:11:00	Tempo: 00:07:40	
==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==				

GERMANA SILVA DE FRANCA MARINHO, abaixo assinado, responsável pelo paciente VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, 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), 07 de abril de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Germana Silva de Franca Marinhe



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

08/04/19

Nome do paciente:	Miriane da Silva de Souza	Categoria:
Nº Prontuário:		Leito:
Clinica:		
Cirurgião:	Dr. Cleopatrício Távora	
Anestesiista:		
Tipo de Anestesia:	anestesia geral com Domicina + Fentanil	
1 Auxiliar:		
2 Auxiliar:		
3 Auxiliar:		
Instrumentadora:		
Circulante:		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Síndrome do humor	
Tipo de Operação/ Código:	toracoscopia	
Diagnóstico Pós-Operatório:	osso do humor	
Relatório Imediato do Patologista:	osso do humor	
Exame Radiológico no ato:		
Acidente e Incidentes:		
Contagem de Compressas:		

	Inicio da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia	
	Inicio 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:

Flávia de Souza

Assinatura da Enfermeira(o)

327669

Flávia de Souza
CRM 2012
OP 05.065.277-0
Assinatura Anestesiista

Flávia de Souza
CRM 2012
OP 05.065.277-0

MODELO 8.0

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- aretes
- espículos e ag.
- Tumor
- Esponja óssea
- Ressecar
- Identificar nervos
- Ressecar
- Fixar
- Remover ósso
- Enxugar

DR. CIRURGICO
DR. ANESTESIOLOGO
DR. CLINICO
DR. FARMACOLOGO
DR. DIAGNOSTICO



Assinatura do Cirurgião (Carimbo)



Data: CRM 10/10/10

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: *Welone evan de Freitas*

Nº Prontuário:

Nº Controle:

Enf. /

Leito:

Cirurgião:

Tempo de Saia:

Tempo de Oxigênio:

DADE

PESO

ALTURA

SEXO

TEMP

PULSO

RESP.

PR. ART.
MAX/MIN

TIPO SANGUÍNEO

HEMOCALAS

HEMOGLOBINA

HEMATOCRITO

GLICEMIA

UREIA

URINA

33

90

1.50m

Homem

36

100

12

22

TIPO SANGUÍNEO

4.000ml

12.8g/dl

37.3%

97

11

0.7mEq/l

33

90

1.50m

Homem

36

100

12

22

33

9



HOSPITAL
FERNANDES TAVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP: 62.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228-2555

CEP 00.310-002 - Fone/Fax: (183) 3223-2555
www.hospitalfernandestavara.com.br E-mail: hospitalfernandestavara@gmail.com

PRÉ - REQUISIÇÃO - ANESTESIA

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

T E R M O D E L I B E R A Ç Ã O D E A L T A

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921001753 07/04/2019 16:03 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Médico Responsável
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado
0408020334 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROX

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clinica	Posto de Enfermagem
204/3	ENFERMARIA	CLÍNICA MÉDICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome	Sexo
VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA	FEMININO

Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	Registro
26/04/1980	38 Anos	NÃO INFORMADO	2450522	201902570001516

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

Diagnóstico Principal
S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO
Procedimento Realizado
0408020334 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROX
Data Hora Motivo
10/04/2019 16:39 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

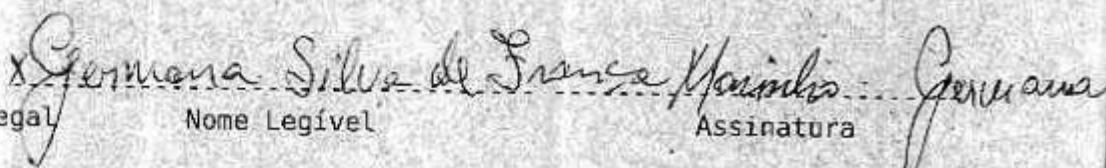
O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a)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

FORTALEZA(CE), 10 de abril de 2019

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

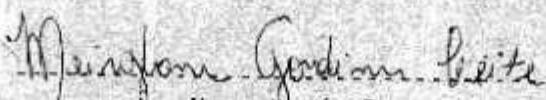
Assinatura



Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo



Meirylane Gondim Leite
COREN-CE 01040000000000000000



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

NOME : VIRLANE MARIA SILVA DE FRANÇA

SOLICITO:

1) 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

HD: FRATURA NO UMERO DIREITO

DATA: 10/06/2019

V. Gutierrez Victor da Abreu
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM 15787

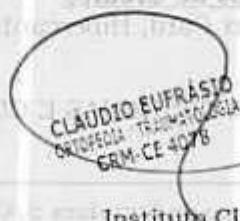


H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ANEXO MÉDICO

Atendendo à Ordem
do Dr. Francisco Sá - Fortaleza
e Alvaro Weyne
e apresentando o exame

Y. Ribeiro 20/5/03



20/5/03

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.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com



HOSPITAL DISTRITAL DR.FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



2ª Via - Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome: Dr.CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO	CRM: CRM/CE	Nº: 4078
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

PACIENTE

Nome: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA Idade: 38 ano(s)
Endereço: RUA MATO GROSSO, 192 - DEMOCRITO ROCHA - FORTALEZA/CE

R.

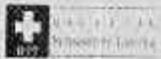
USO ORAL

- 1) CEFALEXINA 500
UMA CAPS DE 6 EM6 HORAS ==OBS= CURATIVO DIARIO... MAN
TER TIPOIA..... RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS.....
.RETORNAR PARA REVISAO. DIA 13 05 19 AS 8HS.
- 02
- 2) MELOCOX 7,5
UMM COMP DE 12 EM12 HORAS.
- 01
- 3) ETNA COMP
UM COMP POOR DIA.

FORTALEZA/CE, 8 de Abril de 2019

CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
CRM/CE 4078

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
<p>Nome: Ident. Endereço: Município: Fone:</p> <p>Órgão Emissor: UF:</p>	<p>Data: 08/04/2019</p> <p>Assinatura do Farmacêutico</p>



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE A PACIENTE VIRLANE MARIA SILVA DE FRANÇA COM FRATURA EM
UMERO DIRIETO, NECESSITA DE 180 DIAS DE REPOUSO. CID= S423

FORTALEZA/CE, 8 de Abril de 2019

CLAUDIO JOSE
CRM/CE 4078

Prezado (a)

Declaro para os devidos fins, que realizei 40 (quarenta) sessões de Fisioterapia motora a R\$73,00 reais o valor de cada atendimento ao paciente Virlane Maria Silva de França, cujo CPF: 656.615.083-87. Recebi a importância de R\$ 2920,00 (Dois Mil, Novecentos e vinte reais) referente ao pagamento do serviço prestado a domicílio. A mesma sofreu um acidente de trânsito com fratura em membro superior direito (úmero) CID 10 S42.3, encontra-se evoluindo após trauma. O tratamento iniciou-se no dia 11 de junho de 2019 e foi concluído no dia 23 de agosto de 2019.

Atenciosamente,

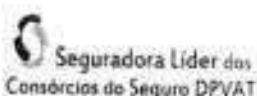



Dr. Antônio H. A. M. Oliveira
Fisioterapeuta
CRF 231879-F

Antônio Hérbelly Arcanjo Martins Oliveira
Fisioterapeuta CRF -231879-F



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316964/19

Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

CPF: 656.615.083-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/04/2019

Titular do CPF: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA : 656.615.083-87

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA
CPF: 656.615.083-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316964/19

Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

CPF: 656.615.083-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2019

Titular do CPF: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA : 656.615.083-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA
CPF: 656.615.083-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190529629 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VIRLANE MARIA SILVA DE FRANCA Data do acidente: 06/04/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P6,8,10,11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50