
Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200415333

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 03/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JAILTON DA SILVA GOMES

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, 07 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200415333

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 03/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILTON DA SILVA GOMES

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

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

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

Recebedor: JAILTON DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000004442

Conta: 0000059243-4

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: 011.670.393-86 4 - Nome completo da vítima: JAILTON DA SILVA COMES

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

5 - Nome completo: JAILTON DA SILVA COMES 6 - CPF: 011.670.393-86
7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: Rua Eufrásio de Aguiar
9 - Número: 1045 10 - Complemento: AP 303
11 - Bairro: Jardim Macaé 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60340-110
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85/985376041

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A 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: Itau

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

AGÊNCIA: 4442 (Informar o dígito se existir) CONTA: 59243 (Informar o dígito se existir) 4

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 (vai nascer)? ☐ 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 alfabetizado

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)

40 - Local e Data, Fortaleza, 10/05/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5
dias

Em até **5 dias** úteis você vai receber uma resposta por e-mail e SMS.



Sua agência e conta:

agência	conta
4442	59243-4

Importante: Sua conta está em análise e vamos te avisar assim que ela for aberta.



Acompanhe o andamento da sua conta por aqui logando com seu CPF e senha

[ir para o site do Itaú](#)

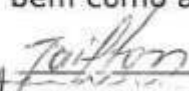




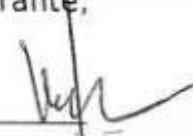
TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA JAILTON DA SILVA GOMES

INQUÉRITO Nº 113 - 382 / 2020

Aos 5 dia(s) do mês de Novembro de 2020, nesta cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, onde pela(s) 15:33 hora(s), presente achava-se **WILDER BRITO SOBREIRA**, Delegado(a), comigo **LEUMA MARIA SOBREIRA PEDROSA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JAILTON DA SILVA GOMES**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), ensino médio, vendedor, filho(a) de **LUCIO GOMES DA SILVA** e **ANTONIA MARIA DA SILVA**, nascido(a) em 26/11/1986, natural de Fortaleza/CE, CPF: 011.670.393-86, RG: 2001012038155 SSP/CE, residente à Rua do Tocantins, 1045 Apto 102, Jardim Guanabara Fortaleza/CE Brasil. Inquirido(a) pelo(a) Delegado(a), DISSE: QUE, comparece nesta delegacia para prestar declarações acerca dos fatos ora em apuração; QUE, afirma que no dia 03 de julho do ano em curso, por volta das 22h30min, pilotava a motocicleta de placa HXM3595- FAN 125, 2006, com a sua esposa na garupa, na avenida Sargento Hermínio, no sentido ANTONIO BEZERRA-CENTRO; QUE, na altura do Polo de Lazer na referida avenida, o veículo de placas HYM1757, CORSA SEDAN, de cor cinza, que trafegava na mesma avenida no sentido contrário a do declarante, no sentido CENTRO-ANTONIO BEZERRA, fez uma ultrapassagem, saindo do sentido da via em que ele trafegava, entrando na contramão, batendo de frente na motocicleta do declarante; QUE, afirma que o motorista estava com o carro em luz alta e em alta velocidade; QUE, ao bater no declarante, ele entrou numa rua à esquerda e seguiu; QUE, com a colisão, o declarante, bem como sua esposa caíram ao solo e o motorista evadiu-se do local, porém alguns motoqueiros que presenciaram o fato seguiram o motorista, o qual foi alcançado lá na frente; QUE, poucos minutos depois do ocorrido, a viatura da polícia militar passou no local, onde os policiais foram informados sobre o que ocorrera e quando os policiais saíram para diligências no sentido de capturar o motorista, alguns rapazes foram de encontro à viatura e informaram aos policias que o motorista já detido em frente a casa dele, do motorista; QUE, o SAMU foi acionado e após os primeiros atendimentos no local, o declarante, bem como a sua esposa foram socorridos para o IJF-CENTRO; QUE, o


DELEGACIA DO 3.º DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 05/11/2020 16:28:00


Pág. 1 de 3

Impresso em: 05/11/2020 16:36:33



INQUERITO Nº 113 - 382 / 2020

declarante sofreu fraturas dos dois pés, ficou internado uma semana no referido hospital, onde foi submetido a tratamento cirúrgico; QUE, afirma que familiares do declarante compareceram ao local e presenciaram o momento da prisão do infrator deste procedimento, o qual estava naquele momento visivelmente embriagado ;QUE, afirma que só hoje compareceu nesta delegacia para prestar declarações pois estava sem condições de vir; QUE, afirma que ainda encontra-se em tratamento e que não está totalmente recuperado; QUE, afirma que é autônomo e que está sem trabalhar desde quando aconteceu o fato e que está dependendo do auxílio emergencial do governo; QUE, o motorista não prestou socorro e que além de ter se evadido do local, não procurou o declarante em momento algum para saber como estava o estado de saúde do declarante e da sua esposa; QUE, em momento algum o autor prestou assistência ao declarante e nem a sua esposa; QUE, afirma que o declarante e a sua esposa tem 06 filhos menores e todos dependem do declarante e da sua esposa; QUE, o declarante mora de aluguel e encontra-se passando algumas necessidades haja vista não ter condições de trabalhar devido o seu estado de saúde, inclusive está com aluguel e algumas contas em atraso de pagamento; QUE, afirma o declarante que ainda está comprando muitos remédios e fisioterapias para a sua esposa, que foi submetida a tratamento cirúrgico também , pois ela sofreu fraturas exposta do fêmur tibial esquerdo e fratura exposta do planalto tibial esquerdo, joelho flutuante e tornozelo; QUE, hoje foi expedida uma Guia ao IML para o declarante realizar o Exame de Corpo de Delito.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou o(a) Delegado(a) encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **LEUMA MARIA SOBREIRA PEDROSA**, Escrivã(o) que o digitei.

Delegado(a) _____

Declarante _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL



INQUÉRITO Nº 113 - 382 / 2020

Escrivã(o) : _____

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: 011.670.393-86 4 - Nome completo da vítima: JAILTON DA SILVA COMES

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

5 - Nome completo: JAILTON DA SILVA COMES 6 - CPF: 011.670.393-86
7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: Rua Eufrásio de Azevedo
9 - Número: 1045 10 - Complemento: AP 303
11 - Bairro: Jardim Macaé 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60340-110
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85/985376041

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A 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: Itau

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

AGÊNCIA: 4442 CONTA: 59243 (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 (vai nascer)? ☐ 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 alfabetizado

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)

40 - Local e Data, Fortaleza, 10/05/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



P-244288/2020 RA

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

DATA: 15/11/24
 PONTA DE APOIO: _____ Nº DA OCORRÊNCIA: 1046
 TURNO: 5N EQUIPE: Bárbara S. / Silvia Helena / Marcelo
 NOME: Dr. Gailton da Silva Gomes IDADE: 33 SEXO: M
 ENDEREÇO: Av. Sargento Hermínio, 2311
 REFERÊNCIA: Viz. a Delicia do Boião
 QTY: 23:10 QUS: 23:15 QUY: 23:45 QUU: 00:35
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Polício carne x moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO: ☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE POR: _____

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO): ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

RESPIRATÓRIO: ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

PULSO: ☒ NIRMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

PELE: ☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA

ENCHIMENTO CAPILAR: ☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO: ☒ SIM ☐ NÃO

LOCAL: RADIAL

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

ABERTURA OCULAR: ☒ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

RESPOSTA VERBAL: ☒ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

RESPOSTA MOTORA: ☒ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

ESCALA: 15

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

ADULTO:

LESÕES: Edema e excoriações em MMII.

PEDIÁTRICO:

SAMPLA

70 bpm PA: 120x70 mmHg FR: — GLIC: 74 mg/dl OXIM: 92% AA TEMP: —

Pot. 33a, masculino, consciente, orientado, vítima de edema carne x moto, apresentando edema em MMII e excoriações, relatando ingestão de bebida alcoólica, resaca visível e ponteleiras, presença de ferimentos no acidente. HTU por Dr. Bianca que orientou remoção para o IJF Centro. Sem intervenções.

Carla Pereira Araújo
 COREN-CE 595.141-ENF



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a) **Jailton da Silva Gomes** - C.P.F. - 011.670.393-86, no dia **03/07/2020**, às **23h15min**, na **Avenida Sargento Herminio Sampaio**, no **Bairro São Gerardo**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo Nº **P244288/2020**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P244288/2020**.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Dia); Onde esclarecemos que a provável Data seja (03/07/2020).

Fortaleza, 11 de Setembro de 2020.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


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

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON DA SILVA GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04442

CONTA: 000000059243-4

Autenticação:

65A90A8FE1299687B19F796511D39CDD092CD66198F15B7F17E097BD60BBDA3A

Nº do Cliente: 10145036

Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 081429077

Rota F0116051 - 160835

Nome ADRELIANE ANDRADE DOS SANTOS

Endereço RU RIO TOCANTINS, 01045 - AP 303, JARDIM IRACEMA, 60340-110, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

ÁREA RESERVADA AO FISCO

Referência 09/2020

Emissão 23/09/2020

Medidor 5716563-ELF-0,6

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA S.F.: 20 dias

Anterior 24/08/2020

Atual 23/09/2020

Próximo previsto 24/10/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
17	1.935	1.855	1.00	80	0	80	0,75438	60,35

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC CONSUMO

TARIFA 0,75438

VALOR (R\$) 4,11

72,42

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	72,42	27,00	19,55
PIS	52,87	0,11	0,05
COFINS	52,87	0,71	0,37

VENCIMENTO 30/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 76,53

CONSUMO CONSCIENTE

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

Emitido kg (CO₂) 37,47

Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (100%) 0

CPF/CNPJ 034.185.923-09

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 25/08 - 23/09

Condições especiais de parcelamento: A ANEEL manteve suspensa a contagem do prazo de 90 dias para o corte e, a partir de 01/08/2020, autoriza a retomada do corte (REN 891/20). Saiba mais: www.enei.com

PERÍODO	VALOR (R\$)
08/2020	104,38
09/2020	124,96
10/2020	126,44
11/2020	143,49
12/2020	90,72
01/2021	1067,00
Total:	R\$ 1726,41

Nº do Cliente: 10145036

Data de Emissão: 23/09/2020

Nº da Nota Fiscal: 838600000000

Referência: 09/2020

Total a Pagar (R\$): 76,53

Nº de Controle: 20012293936

V: [1-0-0-15]

838600000000 0 76530031020 9 01229393607 6 00010145036 2

838600000000 0 76530031020 9 01229393607 6 00010145036 2

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509138934558 Admissão: 03/07/2020 23:55
 Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
 Pront.: 5672201 Data Nasc.: 26/11/1986 Idade: 33 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) Tel.:
 Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60340-110 Bairro: JARDIM IRACEMA
 Endereço: RUA RIO TOCANTINS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador ANDREA TOMÉ SOMBRA COREN:50801 Horário 03/07/2020 23:57
 Queixa: TRAZIDO PELO SAMU COLISAO MOTO/CARRO APRESENTANDO EDEMA EM MMII (ESPOSA COM FRAT. DE FEMUR)
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/ EDEMA
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ROMERO PINTO DE OLIVEIRA BILHAR CRM: 10585 Nº: 641902 Horário 04/07/2020 00:09
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
 Elxo: OBSERVAÇÃO 6
 Hipótese Diagnóstico: FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO COM EDEMA EM TNZ DIREITO E PE ESQUERDO E DORES EM MMII.

ALTA

Data: 07/07/2020 16:56

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
04/07/2020 01:07	ROMERO PINTO DE OLIVEIRA BILHAR	# TRAUMATOLOGIA # MASCULINO, 33 ANOS, RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 03/07/2020, FRATURA FECHADA DO TORNOZELO BILATERALMENTE + FRATURA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES EDEMA DOS MMII RELACIONADO AO TRAUMA PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS CONDUTA: INTERNAMENTO PARA CIRURGIA ELETIVA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

22 07 2020
 51022,
 JAILTON DA SILVA GOMES

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700509138934558

Admissão: 03/07/2020 23:55

Nome: JAILTON DA SILVA GOMES

Pront.: 5672201 Data Nasc.: 26/11/1986 Idade: 33 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) Tel.:

Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA

Sexo: Masculino

RG:

Município: FORTALEZA

CEP 60340-110

Bairro: JARDIM IRACEMA

Endereço: RUA RIO TOCANTINS

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLOS - INP
FÓRTEZA - CE
PELO SISTEMA SUS
DATA 22 / 07 / 2020
MATRÍCULA 51022
Paulo José

Re-DATAS

VESSAO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRAXIS DE EDUCACAO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

PAG.

ESPELHO DA AIH

Org. Emissor: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTACAO: 08/2020

DATA: 08/07/2020

Num. AIH: 232010261659-0 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 08/2020 Data de Emissão: 04/07/2020

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Orgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0222 Leito: 0003
Doc. autorizador: 121032051720001 Doc. med resp: 206633842350003 Doc. diretor clin.: 210158059320008 Doc. médico solíc: 206633842350003
INES: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS DE EDUCACAO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 70050913891450
Paciente: JAILTON DA SILVA GOMES Prontuário: 2456199 Laudo:
Data Nasc.: 26/11/1986 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc.
Responsável pac.: JAILTON DA SILVA GOMES Nome da Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA
Endereço: TOCANTINS, 1045 - JARDIM IRACEMA Raça/Cor: PARDA
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60310-010 Telefone: (85) 4856-68150
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S820-FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM
Diag. complementar: Causa Óbito:
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 04/07/2020 Data saída: 08/07/2020 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 Cmp	Descrição
1 04.08.05.057-8 206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 072020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FEMUR
2 04.08.05.057-8 210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 072020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO FEMUR
3 07.02.03.003-0 09069959000158	0	09069959000158	3969800	1 072020	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSO)
4 04.08.05.066-7 206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 072020	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAR
5 04.08.05.066-7 210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 072020	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAR
6 08.02.01.001-6	0	3969800	3969800	4 072020	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM VEHICULO)
7 04.01.01.001-5 206633842350003	0 225270	206633842350003	3969800	1 072020	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.04.06.008-7 3969800	0	3969800	3969800	3 072020	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSELA
9 02.02.02.038-0 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	HEMOGRAMA COMPLETO
10 02.02.01.069-4 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE UREA
11 02.02.01.031-7 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE CREATININA
12 02.02.01.063-5 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE SODIO
13 02.02.01.060-0 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE POTASSIO
14 02.02.03.020-2 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
15 02.02.02.013-4 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
16 02.02.02.014-2 6913326	0	6913326	3969800	1 072020	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA FIBR

VALORES DA PREVIA]

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +		+ Serv. Profissional +		+ Direto +		+ Rateado +		+ FOSAL +	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40	0,00
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	681,12	0,00	0,00	0,00	274,19	0,00	0,00	0,00	955,31	0,00
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	148,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	148,40	0,00
08.02.01 DIARIAS	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,00	0,00
Total Geral:	893,92	0,00	0,00	0,00	274,19	0,00	0,00	0,00	1168,11	0,00

DADOS DAS ORTESES/PRÓTESES]

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Serie	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 36706	09.069.959/0001-58				



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: 12600133546
NÚMERO DA AIH: 2320102616590

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 700509138934558 - JAILTON DA SILVA GOMES

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 26/11/1986 - 33 anos

NOME DA MÃE: ANTONIA MARIA DA SILVA

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA ALTO DAS PEDRINHAS, Nº 413

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PARQUE GENIBAU

CEP: 60534460

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S930 - Luxação da articulação do tornozelo

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050497-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016004175973 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 04/07/2020 - 11:31 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 06/07/2020 - 07:58

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2 5 2 9 1 4 9
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JAILTON DA SILVA GOMES			PRONTUÁRIO: 5672201	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 700509138934558	8 - DATA NASCIMENTO: 26/11/1986 - 33 ano(s)	09 - SEXO () M () F	10 - RAÇA/COR:	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: ANTONIA MARIA DA SILVA			12 - TELEFONE:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I.			14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): RUA RIO TOCANTINS 1045 AORT 303 JARDIM IRACEMA				
16 - MUNICÍPIO: FORTALEZA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM **FRATURA** DE TORNOZELO, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÃO E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX: TORNOZELO	24 - CID 10 S930	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	----------------------------	------------------------	--------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050497	
29 - CLÍNICA: TRAUMATO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO 04/07/2020	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	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:		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):		

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



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

HOME > INICIAR > CREDENCIAMENTO > CREDENCIADO > INSTITUTO DE PRONTO-SOLICITAÇÃO > CENTRAL DE REGULAÇÃO

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

700509138934558 - JAILTON DA SILVA GOMES



NOME DA MÃE

ANTONIA MARIA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5672201

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

26/11/1986 - 33 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA ALTO DAS PEDRINHAS, Nº 413

BAIRRO

PARQUE GENÍBAU

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO - INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600133546

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044051 - FORTALEZA

DATA - HORA

04/07/2020 - 11:31

PROFISSIONAL

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

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

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
202021002638	04/07/2020	16:23	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG AIH
ELETIVO				12600133546
Origem do Paciente				Clínica/Especialidade
IJF				CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante				Médico Responsável
4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO				4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
Procedimento Solicitado				Dias
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA				3

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome	Sexo
JAILTON DA SILVA GOMES	MASCULINO
Nascimento Idade Raça/Cor	Estado Civil
26/11/1986 33 Anos PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe	Pai
ANTONIA MARIA DA SILVA	
Conjuge	Responsável
	ANTONIA MARIA DA SILVA
	Documento Informado
	NÃO INFORMADO
CNS	Registro
700509138934558	202002570002231
País	Município de Naturalidade
BRASIL	FORTALEZA/CE
Município de Residência	Logradouro
FORTALEZA/CE	RUA TOCANTINS
Número Complemento	Bairro
1045	JARDIM IRACEMA
Fone Móvel	Fone Fixo
(85)9856.66158	Ponto de Referência

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

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar

ANTONIA	Acomodação/Leito
Tipo de Acomodação	222/3
ENFERMARIA	Clínica
	CLÍNICA CIRÚRGICA
Atendente: maria	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03
Data: 04/07/2020 Hora: 16:32:52 Tempo: 00:08:54	

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

ANTONIA MARIA DA SILVA, abaixo assinado, responsável pelo paciente JAILTON DA SILVA GOMES, 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), 04 de julho de 2020

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]==

Número 202021002638 Data 04/07/2020 Hora 16:23 Convênio/Plano INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇAO S
Médico Solicitante CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Médico Responsável CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado 0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

===[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito 222/3 Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]==

Nome JAILTON DA SILVA GOMES Sexo MASCULINO
Nascimento 26/11/1986 Idade 33 Anos Religião NÃO INFORMADO Prontuário 2456199 Registro 202002570002231

===[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal S930 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO
Procedimento Realizado 0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU
Data 08/07/2020 Hora 16:00 Motivo ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente JAILTON DA SILVA GOMES, 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), 08 de julho de 2020

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: lilianbaia

Data: 08/07/2020 Hora: 16:01:26

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

ALTA HOSPITALAR

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
202021002638 04/07/2020 16:23 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante Médico Responsável
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078 CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado
0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATU

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
JAILTON DA SILVA GOMES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
26/11/1986 33 Anos NÃO INFORMADO 2456199 202002570002231

===[RESERVA/AUTORIZAÇÃO]=====

Reserva: _____ Autorização: _____

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

[] Nebulização [] Ecografia [] Eletrocardiograma
[] Fisioterapia [] Hemoterapia [] Laboratório
[] Nutrição Enteral [] Nutrição Parenteral [] Órteses e Próteses
[] Raio-X [] Tomografia Computadorizada

===[DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO]=====

_____ CID10 []

_____ Código []

===[ALTA]=====

Data Hora Motivo
10/07/2020 16:00 Alta médica

===[MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA]=====

ASSINATURA

CRM/CARIMBO

Usuário responsável:

Data: Hora:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente: JULIANA

Idade: 30

Sexo: F

Endereço: Av. ...

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)	

Quilão do Cirurgião

Quilão do Anestesiologista

Minutos de Anestesia

Anestesia Ocorrências Principais

Classificação da Cirurgia
LIMPA
POT. CONTAMINADA
CONTAMINADA
INFECTADA

Assinatura da Enfermeira(o)

Dr. Marcos Marques Dantas
Anestesiologista
CRMCE-2021
CPF: 045.085.213-04



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/A Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Anjo Mayor - Fortaleza - CE
CEP 60.310-002 Fone/Fax: (85) 3233-2073
www.hospitalfernandes-tavora.com.br E-mail: hospital@fernandes-tavora.com.br

Data: 11/07/2011

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Mr. Ferreira, J. da Silva</u>							
Nº Prontuário: <u>12345</u>		Nº Controle: <u>6789</u>		Enf.: <u>Dr. Silva</u>		Leito: <u>10</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Silva</u>		Tempo de Sala: <u>1h</u>		Tempo de Oxigênio: <u>1h</u>			
IDADE: <u>45</u>	PESO: <u>70</u>	ALTURA: <u>1,70</u>	SEXO: <u>M</u>	TEMP: <u>36,5</u>	PULSO: <u>80</u>	RESP: <u>16</u>	PR. Art. <u>120/80</u>
TIPO SANGÜINEO: <u>O+</u>	HEMACIAS: <u>4,5</u>	HEMOGLOBINA: <u>14</u>	HEMATOCRITO: <u>44</u>	GLICEMIA: <u>100</u>	UREIA: <u>10</u>	LIPÍDIOS: <u>150</u>	
Ap. Respiratório: <u>Normal</u>				Aster: <u>Normal</u> Bronquio: <u>Normal</u>			
Ap. Circulatório: <u>Normal</u>				ECG: <u>Normal</u>			
Ap. Digestivo: <u>Normal</u>				Alergia: <u>Não</u>			
Ap. Urinário: <u>Normal</u>				Estado Mental: <u>Normal</u>			
Diagnóstico Pre-Operatório: <u>Normal</u>				Ataraxicos: <u>Não</u>			
Anestésias Anteriores: <u>Não</u>				Corticóides: <u>Não</u>			
Medicação Pré-Anestésica: <u>10mg Valium</u>				Hipotensores: <u>Não</u>			
Aplicada às: <u>10h</u>				Outras Diagn.: <u>Não</u>			
Efeito: <u>Normal</u>				INDUÇÃO			
				Satisf. <u>Excl</u>			
				Tosse <u>Não</u>			
Líquidos: <u>100ml</u>				Antiquessopos: <u>Excl</u>			
				Náuseas <u>Não</u>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				Vômitos <u>Não</u>			
				Outros: <u>Não</u>			
PÓSICAO: <u>Supino</u>				MANUTENÇÃO			
				1) <u>Normal</u>			
AGENTES: <u>Propofol, Fentanyl</u>				2) <u>Normal</u>			
				3) <u>Normal</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr. Silva</u>				4) <u>Normal</u>			
				5) <u>Normal</u>			
ANESTESIAS: <u>Propofol, Fentanyl</u>				6) <u>Normal</u>			
				7) <u>Normal</u>			
TEMPO DE ANESTESIA: <u>1h</u>				8) <u>Normal</u>			
				9) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				10) <u>Normal</u>			
				11) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				12) <u>Normal</u>			
				13) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				14) <u>Normal</u>			
				15) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				16) <u>Normal</u>			
				17) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				18) <u>Normal</u>			
				19) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				20) <u>Normal</u>			
				21) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				22) <u>Normal</u>			
				23) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				24) <u>Normal</u>			
				25) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				26) <u>Normal</u>			
				27) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				28) <u>Normal</u>			
				29) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				30) <u>Normal</u>			
				31) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				32) <u>Normal</u>			
				33) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				34) <u>Normal</u>			
				35) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				36) <u>Normal</u>			
				37) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				38) <u>Normal</u>			
				39) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				40) <u>Normal</u>			
				41) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				42) <u>Normal</u>			
				43) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				44) <u>Normal</u>			
				45) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				46) <u>Normal</u>			
				47) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				48) <u>Normal</u>			
				49) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				50) <u>Normal</u>			
				51) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				52) <u>Normal</u>			
				53) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				54) <u>Normal</u>			
				55) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				56) <u>Normal</u>			
				57) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				58) <u>Normal</u>			
				59) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				60) <u>Normal</u>			
				61) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				62) <u>Normal</u>			
				63) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				64) <u>Normal</u>			
				65) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				66) <u>Normal</u>			
				67) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				68) <u>Normal</u>			
				69) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				70) <u>Normal</u>			
				71) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				72) <u>Normal</u>			
				73) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				74) <u>Normal</u>			
				75) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				76) <u>Normal</u>			
				77) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				78) <u>Normal</u>			
				79) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				80) <u>Normal</u>			
				81) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				82) <u>Normal</u>			
				83) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				84) <u>Normal</u>			
				85) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				86) <u>Normal</u>			
				87) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				88) <u>Normal</u>			
				89) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				90) <u>Normal</u>			
				91) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				92) <u>Normal</u>			
				93) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				94) <u>Normal</u>			
				95) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				96) <u>Normal</u>			
				97) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				98) <u>Normal</u>			
				99) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				100) <u>Normal</u>			
				101) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				102) <u>Normal</u>			
				103) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				104) <u>Normal</u>			
				105) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				106) <u>Normal</u>			
				107) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				108) <u>Normal</u>			
				109) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				110) <u>Normal</u>			
				111) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				112) <u>Normal</u>			
				113) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				114) <u>Normal</u>			
				115) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				116) <u>Normal</u>			
				117) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				118) <u>Normal</u>			
				119) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				120) <u>Normal</u>			
				121) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				122) <u>Normal</u>			
				123) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				124) <u>Normal</u>			
				125) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				126) <u>Normal</u>			
				127) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				128) <u>Normal</u>			
				129) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				130) <u>Normal</u>			
				131) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				132) <u>Normal</u>			
				133) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				134) <u>Normal</u>			
				135) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				136) <u>Normal</u>			
				137) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				138) <u>Normal</u>			
				139) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				140) <u>Normal</u>			
				141) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				142) <u>Normal</u>			
				143) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				144) <u>Normal</u>			
				145) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				146) <u>Normal</u>			
				147) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				148) <u>Normal</u>			
				149) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				150) <u>Normal</u>			
				151) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				152) <u>Normal</u>			
				153) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				154) <u>Normal</u>			
				155) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				156) <u>Normal</u>			
				157) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				158) <u>Normal</u>			
				159) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				160) <u>Normal</u>			
				161) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				162) <u>Normal</u>			
				163) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				164) <u>Normal</u>			
				165) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				166) <u>Normal</u>			
				167) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				168) <u>Normal</u>			
				169) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				170) <u>Normal</u>			
				171) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				172) <u>Normal</u>			
				173) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				174) <u>Normal</u>			
				175) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				176) <u>Normal</u>			
				177) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				178) <u>Normal</u>			
				179) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				180) <u>Normal</u>			
				181) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				182) <u>Normal</u>			
				183) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				184) <u>Normal</u>			
				185) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				186) <u>Normal</u>			
				187) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				188) <u>Normal</u>			
				189) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				190) <u>Normal</u>			
				191) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				192) <u>Normal</u>			
				193) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				194) <u>Normal</u>			
				195) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				196) <u>Normal</u>			
				197) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				198) <u>Normal</u>			
				199) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				200) <u>Normal</u>			
				201) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				202) <u>Normal</u>			
				203) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				204) <u>Normal</u>			
				205) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				206) <u>Normal</u>			
				207) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				208) <u>Normal</u>			
				209) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				210) <u>Normal</u>			
				211) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				212) <u>Normal</u>			
				213) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				214) <u>Normal</u>			
				215) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				216) <u>Normal</u>			
				217) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				218) <u>Normal</u>			
				219) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				220) <u>Normal</u>			
				221) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				222) <u>Normal</u>			
				223) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				224) <u>Normal</u>			
				225) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				226) <u>Normal</u>			
				227) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				228) <u>Normal</u>			
				229) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				230) <u>Normal</u>			
				231) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				232) <u>Normal</u>			
				233) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				234) <u>Normal</u>			
				235) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				236) <u>Normal</u>			
				237) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				238) <u>Normal</u>			
				239) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				240) <u>Normal</u>			
				241) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				242) <u>Normal</u>			
				243) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				244) <u>Normal</u>			
				245) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				246) <u>Normal</u>			
				247) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				248) <u>Normal</u>			
				249) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				250) <u>Normal</u>			
				251) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				252) <u>Normal</u>			
				253) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				254) <u>Normal</u>			
				255) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				256) <u>Normal</u>			
				257) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				258) <u>Normal</u>			
				259) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				260) <u>Normal</u>			
				261) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				262) <u>Normal</u>			
				263) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				264) <u>Normal</u>			
				265) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				266) <u>Normal</u>			
				267) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				268) <u>Normal</u>			
				269) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				270) <u>Normal</u>			
				271) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				272) <u>Normal</u>			
				273) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				274) <u>Normal</u>			
				275) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				276) <u>Normal</u>			
				277) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				278) <u>Normal</u>			
				279) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				280) <u>Normal</u>			
				281) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				282) <u>Normal</u>			
				283) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				284) <u>Normal</u>			
				285) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				286) <u>Normal</u>			
				287) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				288) <u>Normal</u>			
				289) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				290) <u>Normal</u>			
				291) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				292) <u>Normal</u>			
				293) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				294) <u>Normal</u>			
				295) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				296) <u>Normal</u>			
				297) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				298) <u>Normal</u>			
				299) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				300) <u>Normal</u>			
				301) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				302) <u>Normal</u>			
				303) <u>Normal</u>			
Anestésia: <u>Propofol, Fentanyl</u>				304) <u>Normal</u>			
				305) <u>Normal</u>			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
COORDENADORIA DE REGISTRO CIVIL E PESSOAS IDENTIFICADAS

NOME
JAILTON DA SILVA GOMES

RELACÃO
LUCIO GOMES DA SILVA
ANTONIA MARIA DA SILVA

DATA NASCIMENTO 26/11/1986 NATURALIDADE FORTALEZA - CE
ORGÃO EMISSOR SSPDS-CE TÍTULO ATOR RM XXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

Jailton da Silva Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEIA: 16 DE 24 DE AGOSTO DE 1988

CPF XXXXXXXXXXXXXXXX GH XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL LOCAL DATA DE EMISSÃO OUTRO RG
2001012038155 P. 4 17/06/2019 2ª VIA

REGISTRO CIVIL
CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: 3ª ZONA TERMO: 0141668 FOLHA: 00000381
LIVRO: 400100 FORTALEZA - CE

NOME SOCIAL XXXXXXXXXXXXXXXX

T. ELETOR XXXXXXXXXXXXXXXX CTPS XXXXXXXXXXXXXXXX SÉRIE UF
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXX XX

PROFISSÃO XXXXXXXXXXXXXXXX IDENTIDADE PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXXX

CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX

CPF XXXXXXXXXXXXXXXX CBR XXXXXXXXXXXXXXXX

Jailton da Silva Gomes
ASSINATURA DO DETETOR

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODA A TERRITÓRIO NACIONAL

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
011.670.393-86

Nome
JAILTON DA SILVA GOMES

Nascimento
26/11/1986

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015700181235 BILHETE DE SEGURO DPVAT

07791891328

HXM3595 /CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15700181235

94201193716

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/10/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 07791891328 PLACA HXM3595

RENAVAM 888841485 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2006 CAT. TARE. 09 Nº CHASSI 9C2JC30706R908361

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 04/10/2019
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E7690

01570018
RECIBO C

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

HXM3595

CÓD. RENAVAM

888841485

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 015700181235

DIG 1 888841485 0000000000 2019

EDIVANNO BORGES DOS SANTOS
MARACANAÚ / CE

07791891328 HXM3595/CE

PLACA ANT. UF 9C2JC30706R908361

FAS/MOTOCICLO/MAR APLIC. GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN 2006 2006

2P/12CV/124CC PARTIC PRETA

DOTA UNICA VENC. COTA UNICA
P 1 1
V 2 2
A 3 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 ICDF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 04/10/2019

OBSERVAÇÕES

DATA 16/10/2019

CENº 015700181235 BILHETE DE SEGURO DPVAT

07791891328 HXM3595 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 07791891328 HXM3595

888841485 HONDA/CG 125 FAN 2006 09 9C2JC30706R908361

PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICDF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO pelo seguro (R\$) 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 04/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

RECIBO CE 015700181



HXM3595

000000000000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200415333 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 03/07/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-5-6-10-11

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

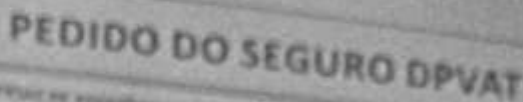
**Documentos
complementares:**

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



11

51 *Journal of Management Inquiry* 15(1) Springer

1011 670 391-75 Fulton St. N. Y. C.

[Handwritten signatures and notes at bottom of page]

60340 303
60340 110
(8) 7032-606

[illegible]

1.7. Numele corporului de reprezentanță legală:

18 - 20% der Bevölkerung leben in Armut.

24. *Methods in Representation Theory*

30 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRATAÇÃO

☒ RECEBIO INFORMAR ☐ RECEBIO A RECEBIMOS ☐ RECEBIMOS OS RECEBIMOS
☐ SEM RENDA ☐ RECEBIMOS ATE RECEBIMOS ☐ ATUALIZACAO RECEBIMOS
 70- BANCOS BANCARIOS ☒ JANEIRO DA INICIACAO ☐ INICIACAO DA INICIACAO

☐ CONTA POUANÇA (Depositar para as férias, abono, Anuário, entre outros)

☐ Salário (320) ☐ Rpi (340)

☐ Renda do Brasi (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)

☐ REPRESENTANTE GERAL DO SINDICATO DA INDÚSTRIA DE CIMENTO DO PIAUÍ

☒ CONTA CORRENTE (Saldo em espécie)

Nome do Banco: Itaú

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito de validação)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito de validação)

Banknotes e Seguros de Vida e Indemnizações na conta bancária informada, em moeda local ou estrangeira, e sobre os valores dos membros do Seguro-Estado a que se refere, respectivamente e dando, desde já e por este meio, a declaração ao mesmo, sobre os totais de cada um deles.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRECISEMENTE JORNADA PARA SUBSTITUIÇÃO DE INVALÍDEZ PESSOAL

Desdobra, visto as partes da sua parte inferior, para obter o tamanho permanente. Para obter o tamanho permanente, desdobra a parte inferior da sua parte inferior para obter o tamanho permanente. Para obter o tamanho permanente, desdobra a parte inferior da sua parte inferior para obter o tamanho permanente.

- O SBT, que atende a região do acidente ou da maior resiliência, ou
- O SBT, que atende a região do acidente ou da maior resiliência não realiza paradas para fins de segurança, ou
- O SBT, que atende a região do acidente ou da maior resiliência.

[illegible]

Declaramos que esta autorização não significa nenhuma concordância com o conteúdo ideológico manifestado no trabalho ou com o conteúdo de qualquer outro trabalho publicado ou não.

DECLARAÇÃO DE UNICA BENEFICIÁRIA: INDICATIVAMENTE CONHECER NOME COMPLETO DE SEU(A)

☐ **Stato** ☐ **Italia** ☐ **Germania** ☐ **Francia** ☐ **Gran Bretagna** ☐ **Altri** ☐ **Non so**

26 - Valore stesso comparandolo. ☐ Sì ☐ No

Alfalfa Wheat?	☐ Yes ☐ No	28 - Is trachea dilated, inflamed thickened?	☐ Yes ☐ No	29 - Alfalfa disease resistant to trachea?	☐ Yes ☐ No	30 - Alfalfa Wheat similar?	☐ Yes ☐ No	31 - Is trachea nodular, inflamed thickened?	☐ Yes ☐ No	32 - Alfalfa disease resistant to trachea?	☐ Yes ☐ No
-------------------	---	---	---	---	---	--------------------------------	---	---	---	---	---

Nota sobre: Os sur e legisladores não pagam, não devem, a indenização de danos CDPB que morte ou danos materiais ou de propriedade. Limitamos esta condição, quando ocorre, ainda, de que qualquer dano ou lesão não causados por negligência de parte de um médico, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 219 do Código Penal.

50 - Manual inginerilor de calcul electronic a partinilor de calcul

23. *Authorship by Representative David M. Kuylenstierna*

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329767/20

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

CPF: 011.670.393-86

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 03/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILTON DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILTON DA SILVA GOMES : 011.670.393-86

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: 18/11/2020
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
CPF: 011.670.393-86

JAILTON DA SILVA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200415333 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 03/07/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1-5-6-10-11

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329767/20

Vítima: JAILTON DA SILVA GOMES

CPF: 011.670.393-86

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 03/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILTON DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAILTON DA SILVA GOMES : 011.670.393-86

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: 18/11/2020
Nome: JAILTON DA SILVA GOMES
CPF: 011.670.393-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

JAILTON DA SILVA GOMES

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA