
Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102288

Vítima: ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

Data do Acidente: 23/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------------|---|
| Documentação médico-hospitalar | Apresentar a cópia simples da solicitação médica dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. Lembramos que não é necessário apresentar as películas/chapa dos exames. |
|---------------------------------------|---|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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, 27 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102288

Vítima: ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

Data do Acidente: 23/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------------|---|
| Documentação médico-hospitalar | Apresentar a cópia simples da solicitação médica dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis. Lembramos que não é necessário apresentar as películas/chapa dos exames. |
|---------------------------------------|---|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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, 13 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102288

Vítima: ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

Data do Acidente: 23/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

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

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

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: **ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

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

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000030077610-4**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210102288 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO RENE RODRIGUES **Data do acidente:** 23/12/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
BALTAZAR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.10/11_CIRURGIA
PÁG.12/13/14/15/16_EXAME DE IMAGEM

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 |

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DIAMAS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 6841271370 4 - Nome completo da vítima: Antonio Rene Rodrigues Baltazar

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

5 - Nome completo: Antonio Rene Rodrigues Baltazar 6 - CPF: 6841271370
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Colombo 9 - Número: 260 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ITAOCA 12 - Cidade: Sorocaba 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60421-285
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 37381-6626

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ative uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: NUBANK
 AGÊNCIA: 0001 CONTA: 30077610 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascituros)? 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) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Sorocaba - 23 de março 2021
x Antonio Rene Rodrigues Baltazar



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 567 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **15/02/2021 11:34:30**
 Data / Hora da Ocorrência: **23/12/2020 22:50:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV DOUTOR SILAS MUNGUBA, SERRINHA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **BIG MONSTER**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO RENÉ RODRIGUES BALTAZAR**
 Nascimento: **09/03/1999** CPF: **611.412.713-70**
 RG: **20083023040** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **LUZINEIDE BANDEIRA RODRIGUES**
ROBERTO STENIO COELHO BALTAZAR
 Endereço: **RUA COLUMBIA, 260**
 Bairro: **ITAOCA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.421-235**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98608-3383**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POK4135** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2210LR007745** Renavam: **1210646495** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2020** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AZUL**
 Proprietário: **FRANCISCA FABIOLA L DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA POK-4135-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. DOUTOR SILAS MUNGUBA NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E QUE ESTAVA NA FAIXA DA DIREITA E SEM SINALIZAR MUDOU BRUSCAMENTE PARA A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO EM QUE VINHA A VITIMA NA VIA OCASIONANDO A COLISÃO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO:DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 567 / 2021

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antônio Luiz Rodrigues Filho

VISTO DO(A) DELEGADO(A): 2020
DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DIAMAS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 6841271370 4 - Nome completo da vítima: Antonio Rene Rodrigues Baltazar

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

5 - Nome completo: Antonio Rene Rodrigues Baltazar 6 - CPF: 6841271370
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Colombo 9 - Número: 260 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ITAOCA 12 - Cidade: Sorocaba 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60421-285
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 37381-6626

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ative uma opção)
 Bradesco (237) Itai (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: NUBANK
 AGÊNCIA: 0001 CONTA: 30077610 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascituros)? 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) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Sorocaba - 23 de março 2021
x Antonio Rene Rodrigues Baltazar



DECLARAÇÃO



**SAMU
192**

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Antonio Rene Rodrigues Baltazar** - C.P.F. - 611.412.713-70, no dia 23/12/2020, às 23h04min, na Avenida Doutor Silas Munguba, no Bairro Serrinha. 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 N° P008975/2021, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo N° P008975/2021.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento dos campos (Nome, Endereço & Bairro); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Antonio Rene Rodrigues Baltazar), Endereço (Avenida Doutor Silas Munguba) & Bairro (Serrinha).

Fortaleza, 15 de Janeiro de 2021.

Atenciosamente,

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

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: *M.O.S* PONTO DE APOIO: *Parque* Nº DA OCORRÊNCIA: *1060*
 DATA: *23/01/2024* TURNO: *Pré-hospitalar* EQUIPE: *Larissa / ...*
 NOME: *Antonio Manoel Rodrigues Sobrinho* IDADE: *21* SEXO: *M*
 ENDEREÇO: *Av. do ...*
 REFERÊNCIA: *Bl. ...* BAIRRO: *Parque*
 HORA: *22:58* QUS: *23:09* QUR: *23:26* QU: *...*
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: *obscuro como ...*

RESPOSTA AO CHAMADO: RESPONSIVO / NÃO RESPONSIVO
 EXPANSÃO TORÁCICA: PRESENTE / AUSENTE
 PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO): PRESENTE / AUSENTE

A PÉRVIAS / OBSTRUÍDAS
B PADRÃO RESPIRATÓRIO: EUPNEICO / TAQUIPNEICO / BRADIPNEICO / AGÔNICA/AUSENTE
 INSPEÇÃO: NORMAL / ALTERADA
 PALPAÇÃO/PERCUSSÃO: NORMAL / ALTERADA
 AUSCULTA: NORMAL / ALTERADA

C PULSO: NORMOCÁRDICO / TAQUICÁRDICO / BRADICÁRDICO / AGÔNICA/AUSENTE
 CHEIO: / FILIFORME / IMPALPÁVEL
 PELE: CORADA / PÁLIDA / CIANÓTICA / SUDORÉICA / SECA / QUENTE / FRIA
 ENCHIMENTO CAPILAR: ≤ 2 seg / > 2 seg
 SANGRAMENTO EXTERNO: SIM / NÃO
 LOCAL: *Arde*

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

E ADULTO: LESÕES: *lesão eletiva em membro direito* / *lesões* PEDIÁTRICO:

SAMPLA: PA: *160x80* FR: *18* GLIC.: *...* OXIM.: *94* TEMP.: *...*
Não obstruções contribuídas / *pele suada*

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM#

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

feito avaliação 1º e 2º + SSVU + mobilização de membro superior com vendagem para manter posicionamento susp. do membro (bóculo) o cinto.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

João 18/11
127004

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- UNIDADE DE SAÚDE: Fac. Municipal
- LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS ÓBITO
- ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE
- PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO
- ASS. DO RESPONSÁVEL: _____

BOLETIM EMERG:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE SAÚDE

Dr. João 18/11
127004

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____
DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECLUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.
ASSINATURA: _____

2390479



A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 24 de abril de 2002

Facultamos aos consumidores, além de outras
ações que possam ser tomadas.

COMPANHIA ENERGÉTICA DE SANTA
RITA DO PARANA S.A. - CESP
RUA PÉDRO VENTURA, 700
CEP: 84001-900 - PARANÁ - PR
CNPJ: 07.040.205/0001-70 - CEF: 06.701.540/0

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | DÉBITE CÚMICA | Nº 0999615427

Ponto FORTALEZA - 311600 Subestação 12/2020

Nome LIZINEIDE BANHEIRA RODRIGUES

Endereço RUA COLIMBI, 86258, ITAOKA, 60421-235, FORTALEZA

Classificação Residência Plena
Modalidade Tarifa BI RESIDENCIAL
Emissão 09/12/2020
Medidor 3290372-CPN 101

ÁREA RESIDENCIAL AO FISCO ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO SIMN

DATAS DE LEITURA 7.3.3 8 641

| Período | Anterior | Atual | Próximo período |
|---------|------------|------------|-----------------|
| Período | 01/12/2020 | 01/12/2021 | 01/01/2022 |

DADOS DA MEDIÇÃO

| Período | Leitura | Consumo | Consumo | Consumo | Tarifa | Valor |
|---------|------------|------------|---------|---------|---------|---------|
| Período | 01/12/2020 | 01/12/2021 | Consumo | Consumo | Consumo | Consumo |
| Período | 01/12/2020 | 01/12/2021 | Consumo | Consumo | Consumo | Consumo |

DADOS DO FATURAMENTO

| Item | TARIFA | VALOR (R\$) |
|--------------------------------|---------|-------------|
| CIP - ILMAS PMS PREF MUNICIPAL | - | 34,46 |
| CONSUMO | 0,76711 | 230,48 |
| ADICIONAL BANC. VERMELHA | 0,02624 | 7,19 |
| CMIC | - | -1,55 |
| COS OCIDENTO ART - 3292 4444 | - | 25,90 |

| Imposto | Bases (R\$) | Alíquota (%) | Valor (R\$) |
|---------|-------------|--------------|-------------|
| ICMS | 217,59 | 27,00 | 58,74 |
| PIS | 154,85 | 0,45 | 6,78 |
| COFINS | 154,85 | 2,10 | 3,22 |

VENCIMENTO 20/12/2020 TOTAL A PAGAR 276,40

CONSUMO CONSERVANTE CPM/CSP 212, 189, 123-34

Índice de Qualidade de Energia Elétrica (IQAEE) 100,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Esta unidade consumidora está apta a suspender os fornecimentos por motivo a partir de 20/12/2020 ou a qualquer momento por motivo de manutenção ou rearranjo de rede. Os fornecimentos serão retomados em 2 ciclos de fornecimento após a suspensão de fornecimento. Caso não tenha efetuado o pagamento, recomendamos:

Período: Verde: Tarifa: Verde: 18/11 - 30/11
Vermelha: 01/12 - 05/12

Se o consumidor do GRUPO B (Residência Plena) não pagar a tarifa Verde em 18/11 e a Vermelha em 01/12, será a energia e mais caro. Para minimizar o impacto no valor da conta, fique atento ao consumo de energia. Quando o consumo for maior que o previsto, será cobrado o adicional de energia.

Para saber mais sobre a Lei Geral de Proteção de Dados e como a Enel trata os dados de seus clientes, clique aqui: [enel.com.br/legislaçao](#)

Nº do Cliente: 2390479 Subestação: 12/2020 V | 1.8.16.2 |
 Data de Emissão: 09/12/2020 Tarifa e Preço: 0,76711
 Nº do Nota Fiscal: 0999615427 Nº da Conta: 329037214





REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|--|--|---|------------------------------|
| NOME COMPLETO ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR | | Nº DO REGISTRO 205755 | Nº DA UNIDADE 24000 |
| CATEGORIA PACIENTE | | TIPO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA | TIPO DE PACIENTE PACIENTE |
| DOCUMENTOS CARTERA DE IDENTIDADE (RG): 2080622040; CADASTRO DE PESSOA FISICA (CPF): 87141271073 | | | |
| MUNICÍPIO RESPONSÁVEL FORTALEZA | | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DA CLASSE MAYRA BEATRIZ ALMEIDA BARRETO | |
| CEP 60.421-170 | | CONTATO 800 3075-4774 | |

OCCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PCTE TRAZIDO PELO SAMU SOB SUSPENSÃO DE VEÍCULO. SOFREU COLISÃO CARRO X MOTO, QUEDA BIALGIA EM UMBIGO DIREITO. USAVA CAPACETE. NEGA SINCOPE

TIPO DE OCORRÊNCIA
COLISÃO CARRO X MOTO

TIPO DE LESÃO
EM UMBIGO

SINAIS VITAIS

| | | | | |
|------------------------|---|-------------------------|--|---------------|
| POSO NI KG | PRESSÃO ARTERIAL 100/60 | DETADE 34% | FREQ. M 91 | TEMP. M 36 |
| TEMPERATURA NI °C | ALCANTARAS NEGA | RESPOSTA DE 20/20/20 | | |
| CLASSIFICAÇÃO VERDE | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MAYRA BEATRIZ ALMEIDA BARRETO | | DATA E HORA DE 20/12/2020 20:35:47 | |

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Relato da vítima
Fratura do Umero Direito
Ap. Equil.*

EXAMES COMPLEMENTARES

HC SU US ABDOMINAL TC CRÂNIO RAIO-X GASTRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTOS | APARELHAMENTO | SEROSIFICAÇÃO |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| <i>Relato da vítima de Ap. Equil.</i> | | |

TIPO DE ALCANTARAS

ALCANTARAS

DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO ÚBERO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IM. ANAT. PATOL.

Atestado por Mayra Beatriz Almeida Barreto em 20/12/2020 às 20:35:47

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de responder nas sanções previstas no art. 230 do Código Penal.

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

Relato da vítima de Ap. Equil.

Mayra Beatriz Almeida Barreto

20/12/2020
20:35:47



M&M Traumatologia-Ortopedia e Reabilitação Funcional

Rua Barão do Rio Branco - 2027 - Sala 1 - José Bonifácio

Tel: (85)98975-2700 / (85)98649-9831

Instagram: @_mmfisioterapia

LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

Fortaleza, 15 de abril de 2021.

Declaro que o Sr. Antonio Rene Rodrigues, CPF: 611.412.713-70, sofreu acidente de trânsito dia 23 dezembro 2020, onde se trata de colisão moto x carro, sendo encaminhado ao frotinha da parangaba, diagnosticado com **fratura do cotovelo direito**, sendo submetido à processo cirúrgico e implantação de hastes metálicas.

Realizou avaliação fisioterapêutica dia 25/01/2021 em consultório de fisioterapia na rua Barão do Rio Branco nº 2027 – Sala 1 – José Bonifácio, queixando-se de “ **Retrição de mobilidade do ombro e dor ao movimento do antebraço direito**”.

Conforme avaliação observou-se que o paciente apresentava dor constante em extensão do ombro e do antebraço, restrição de mobilidade severa do ombro e antebraço, rigidez articular em ambas articulações, comprometimento de movimentos para flexão, abdução do ombro (acima de 55º), adução e extensão (acima de 20º) e antebraço direito para flexão e extensão acima de 40º, fraqueza muscular (força grau 3) – CONSIDERÁVEL, afetando sua coordenação motora e funcionalidade.

Apresenta como diagnóstico funcional: **Bloqueio articular do ombro e antebraço direito pós traumático**.

Os objetivos propostos para seu tratamento foram: Diminuição dos sinais flogísticos da inflamação, ganho de amplitude de movimento, recuperação da mobilidade, coordenação motora e funcionalidade.

Os objetivos propostos para seu tratamento são: analgesia, ganho de amplitude de movimento, melhora da estabilidade, do equilíbrio estático, dinâmico e fortalecimento muscular.

A proposta terapêutica selecionada consiste em eletroterapia, terapia manual, alongamento ativo livre, cinesioterapia, fortalecimento gradual com carga.

Ao término das 30 intervenções fisioterapêuticas, o paciente apresenta os seguintes déficits funcionais: restrição de mobilidade considerável para os movimentos funcionais do ombro e cotovelo, fraqueza muscular persistente e dores constantes, ocasionando incapacidade funcional e inaptidão física. O paciente não se encontra apto ao retorno de suas atividades esportivas e laborais.

Dra. Maynara Camurça
Fisioterapeuta
CREFITO 286828-F

MAYNARA DOS SANTOS LIMA CAMURÇA
FISIOTERAPEUTA - CREFITO: 286828-F

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: **ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR**

Nº DE IDENTIFICACAO: **289763** Nº DO BE: **345543**

DATA DE NASCIMENTO: **09/03/1999(21 ANOS)** SEXO: **M** RAÇA/COR: **PARDO**

DOCUMENTOS: **700604985902068**

CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): **20083023040**; CADASTRO DE PESSOA FISICA (CPF): **61141271370**

NOME(S) DA MÃE: **LUZINEIDE BANDEIRA RODRIGUES**

ENDEREÇO: **RUA COLÔMBIA 260 ITAOCA**

CIDADE: **FORTALEZA** UF: **CE**

CEP: **60.421-170** CONTATO: **(85) 98730-4774**

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSE: **PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO E MOTO, REFERE QUE FOI ATENDIDO NESSE HOSPITAL DIA 23.12 COM TRAUMA MSD, REFERE DOR E EDEMA NO LOCAL**

MOTIVO: **AVLIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA**

ESCALA DE DOR: **99 (ADULTO)**

SINAIS VITAIS

PROB. NI KG: **NI**

PRESSÃO ARTERIAL: **145/86**

SAT. O2: **98%**

PULSO: **100**

GLUCOSE: **NI**

ALERGIAS: **NAO**

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO**

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: **25/12/2020 22:00:20**

AREA ATENDIMENTO

AREA DE ATENDIMENTO: **TRAUMATOLOGIA**

ATENDIMENTO MÉDICO

*Pcte vitima de quim moto (segunda intanço pte),
HAVENDO FRAT. LOMBAR @, SEM DO ANTERIO CONSERVADAMENTE
ENTRETANTO VOLV. E PIEDA DA DEFORMIDADE*

DIAGNOSTICO

EXATIDÃO: HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|---|-------------|-------------|
| <i>CONTINUA NA MÃO HOSP</i> | | |
| <i>TALA - PUNÇA DE COMPRESSÃO</i> | | |
| <i>PCTA ALTA QUE VAI PL CAR, ANOTANDO H.M.A.H.A</i> | | |

Dr. Ronaldo Gu...
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17017

DECISÃO MÉDICA: A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO ÓBITO

DESTINO DO CORPO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO: FAMÍLIA IML ANAT. PATOL.

CARECE ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA machado em 25/12/2020 as 22:00:24
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

NA BANCADA AP/PP

Antonio Rene Rodrigues Baltazar
ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

(Comarcado)

Dr. Ronaldo Gu...
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17017

Hospital Distrital Dr. José Barroso de Oliveira
Assento e cópia contém autêntica original
Manuel Brito
Adala Cavalcante
Matrícula 2238



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

| | | | | | |
|--|--|---|--|------------------------------------|-----------------|
| Nº DE LAUDO | | 16000129694 | | Nº DA AIH | |
| UNIDADE HOSPITALAR | | | | CGC/CNPJ | |
| HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA | | | | 04885197000900 | |
| DADOS DO PACIENTE | | | | | |
| NOME: Antonio Rene Rodrigues | | | | DATA DE NASC: 9/3/199 | |
| NOME DA MÃE: Luzinete Bandeira Rodrigues | | | | | |
| SEXO: M | | ESTADO CIVIL: | | | |
| ENDEREÇO: Rua Colombia 260 J | | | | MUNICÍPIO: Fortaleza | |
| BAIRRO: Itaco | | CEP: | | | |
| DADOS DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| CPF DO MÉDICO SOLICITANTE | | CPF E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL | | CPF E ASSINATURA DO DIRETOR MÉDICO | |
| CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | DATA DA EMISSÃO |
| | | | | | / / |
| LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | | |
| <p>1 cte vítima de trauma havendo fratura diafise variz</p> | | | | | |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | | |
| Risco Complicado | | | | | |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICAS | | | | | |
| Ampliação ex-fisica radiografia | | | | | |
| DIAGNÓSTICO FINAL | | | | | |
| Fratura diafise variz | | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | |
| Internamento Hospitalar | | | | | |
| CRM DO MÉDICO SOLICITANTE | | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE | | DATA | HORA |
| | | Dr. Ronaldo Guedes 0111 e Transmologia CREMEO 17019 | | 25/1/19 | |

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
 Anexo 1 - Rua Colombia 260 - J - Itaco - Fortaleza - CE
 Assinatura: *Ronaldo Guedes*
 Assinatura do Diretor Médico: *Ronaldo Guedes*
 Assinatura do Médico Responsável: *Ronaldo Guedes*

- TIPO DE CLÍNICA
- 1. CLÍNICA CIRÚRGICA
 - 2. CLÍNICA OBSTÉTRICA
 - 3. CLÍNICA MÉDICA
 - 4. CLÍNICA FISIOTERAPÊUTICA
 - 5. CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
 - 6. CLÍNICA PEDIÁTRICA
 - 7. OUTROS

FROTINHA DE PARANGABA
 Av. Góes de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará
 Telefone (85) 3131-7322

RESULTADO DE EXAMES DA BIOQUÍMICA

Nome: Antônio Lima Rodrigues Balhoga N° Reg: 2136

Solicitante: Dr (a) _____ Data: 26/12/20

| EXAME | RESULTADO | VALOR DE REFERÊNCIA | MÉTODO |
|----------------------|-----------|---------------------|------------------|
| Ácido Úrico | 1 | 2,5 a 7,0 mg/dl | LABMAX |
| Albumina | 1 | 3,5 a 5,5 g/dl | LABMAX |
| Amilase | 1 | 25 a 125 U/L | LABMAX |
| Bilirrubina Total | 1 | Até 1,2 mg/dl | LABMAX |
| Bilirrubina Direta | 1 | Até 0,4 mg/dl | LABMAX |
| Bilirrubina Indireta | 1 | Até 1,0 mg/dl | LABMAX |
| Cálcio Iônico | 1 | 1,15 a 1,32 mmol/L | POTOCIQUIMÉTRICO |
| Cloro | 103 | 98 a 110 mmol/L | LABMAX |
| Creatinina | 1 | 0,5 a 1,2 mg/dl | LABMAX |
| Fosfatase Alcalina | 1 | 27 a 100 U/L | LABMAX |
| Fósforo | 1 | 2,5 a 4,8 mg/dl | LABMAX |
| Gama GT | 1 | 7 a 58 U/L | LABMAX |
| Glicose | 1 | 65 a 110 mg/dl | LABMAX |
| Lipase | 1 | 10 a 60 U/L | LABMAX |
| Magnésio | 1 | 1,58 a 2,56 mg/dl | LABMAX |
| PCR | 1 | Até 6 mg/dl | LABMAX |
| Potássio | 1 | 3,4 a 4,5 mmol/L | FOTOCOLIMÉTRICO |
| Proteínas Totais | 1 | 6,0 a 8,0 g/dl | LABMAX |
| Sódio | 1 | 134 a 146 mmol/L | FOTOCOLIMÉTRICO |
| TGO | 1 | 10 a 39 U/L | LABMAX |
| TGP | 1 | 10 a 45 U/L | LABMAX |
| Ureia | 24 | 15 a 45 mg/dl | LABMAX |

OBS: _____

 Fabiana Luiza D. Costa
 Biomédica
 CRBM - 6748
 ANACIETA

FROTINHA DE PARANGABA
 Av. Góes de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará
 Telefone (85) 3131-7322

RESULTADO DE EXAMES DA HEMATOLOGIA

Nome: Antônio Lima Rodrigues Balhoga N° Reg: 2136

Solicitante: Dr (a) _____ Data: 26/12/20

| EXAMES | VALORES ENCONTRADOS | VALORES NORMAIS |
|----------------|---------------------|--|
| Leucócitos | 30.900 | 5.000 a 10.000 /mm ³ |
| Neutrófilos | 75 % | 50 - 73 % |
| Mielócitos | 1 | 0 - 5 % |
| Metamielócitos | 1 | 0 - 1 % |
| Bastões | 1 | 0 - 5 % |
| Segmentados | 75 % | 50 - 68 % |
| Eosinófilos | 01 % | 2 - 4 % |
| Basófilos | 1 | 0 - 1 % |
| Linfócitos | 20 % | 23 - 35 % |
| Monócitos | 04 % | 1.500 - 3.500 /mm ³ 200 - 800 /mm ³ |

Atopia em _____ Ausência de degeneração leucocitária
 Ausência de Eosinófilo na Extra-contagem Presença de Eosinófilo na Extra-contagem
 Plaquetas aparentemente normais

| EXAMES | VALORES ENCONTRADOS | VALORES NORMAIS |
|----------------------------|---------------------|---|
| Hemácias | 5.460.000 | Homem: 4,5 - 5,5 Milhões /mm ³ Mulher: 3,9 - 5,0 Milhões /mm ³ |
| Hemoglobina | 15,6 | Homem: 13,0 - 11,0g /100ml Mulher: 11,0 - 14,0g /100ml |
| Hematócrito | 46,9 | Homem: 42 - 50% Mulher: 38 - 45% |
| Volume Corpuscular Médio | 85,8 | 76 - 96 uug |
| HB, Corpuscular médio | 28,5 | 27 - 30 uug |
| Conc HB, Corpuscular Médio | 33,2 | 32 - 34 ^g |
| Plaquetas | 269.000 | 150.000 - 450.000 /mm ³ |

Hemácias Normocíticas e Normocrômicas Hemácias Anisocíticas Anisocrômicas

Observações: _____

Analista: Fabiana Luiza D. Costa Data: 26/12/20
 Biomédica
 CRBM - 6748

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Antônio Reme Rodrigues Baltazar

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

25/12/2020

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA

EVOLUÇÃO

25/12/20

ADMISSÃO HOSPITALAR

Pela vítima de trauma 23/12/20

HAVENDO FRAT. DIAPHR. VENTRO, SA-AD

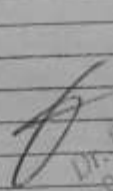
CONDUZIDO E CONSERVADO NA UTI, SEM

EVOLUIR CI PIONA DO DESVIL.

EM VIRTUDE DISSO, INTERNOU POTE

PI FRAT. CILINDRICO

EF: MENO VASCULAR PRESERVADO


 Dr. Ronaldo Cavalcas
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 17619

26/12

Presente agudo.

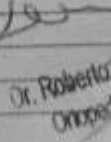
Sintomas similares.

Sem dor no membro

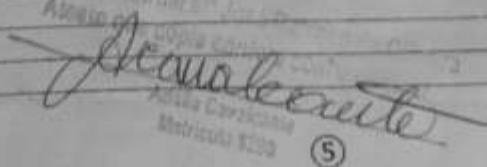
27/12

Presente agudo.

Conti me


 Dr. Roberto Mendes Rodrigues
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 4917

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira


 Acuaribeiro
 Médico

EVOLUÇÃO

27/12/2020 A.R.R.B. 21 anos, masculino, HB: Fratura de úmero @, evolui consciente, orientado, verbalizando, responde em os ambiente, aceita dieta oferecida U.O, nega comorbidades e alergia medicamentosa. Segue com cuidados da equipe. Encaminhado para posto 1. 1-103.

Dr. Bruno
COTEN 123456

27/12/2020 A.R.R.B. 21a, masculino, HB: 4t de úmero de úmero @. Evolui consciente, orientado, um AA: Aceitando de fato. nega alergia e comorbidades sem queixas que os cuidados da equipe de enfermagem

Dr. Bruno
COTEN 123456

28/12/2020 Fr. úmero
Sólo 1/1

Dr. Bruno
COTEN 123456

23/12/2020 A.R.R.B. 21 anos, masculino, HB: Fratura de diáfise úmero @, evolui consciente, orientado, verbalizando, responde em os ambiente, aceita dieta oferecida U.O, nega comorbidades e alergia medicamentosa, RUP em MSE positivo e sem sinais positivos. Segue com cuidados da equipe.

Dr. Bruno
COTEN 123456

30/12/2020 Fratura úmero
Sólo 1/1

Dr. Bruno
COTEN 123456

Dr. Bruno
COTEN 123456

HDMF
NOME DO
PRONT
AN

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Antônio Rene Rodrigues Baltarosa

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO: / /

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA

EVOLUÇÃO

31/12

Fratura Unifocal Distal

da 5ª metacarpiana

Dr. Antonio Luiz Viana
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10000
CREMEP - 10000

05/01/21

Recuperando-se

Arualcanta

01/01/21 A. R. R. B. 21 anos, masculino, HB: Fratura de número 5; evolui comente, orientado, reabilitado, eufórico, em ambiente aberto dieta líquida U.O, não comorbidades caloria medicamentosa. Segui em quiquex no momento e aos cuidados da equipe.

Bueno

02/01/21

Recuperando-se

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10000

03/01/21

A. R. R. B. 21 anos, HB: Fratura de número 5; evolui comente, orientado, reabilitado, eufórico, em ambiente aberto dieta líquida U.O, não comorbidades caloria medicamentosa. Segui em quiquex no momento e aos cuidados da equipe.

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
CRM 10000

05/01/21

De alta hospitalar saiu acompanhado de sua família para o S. C. e F. J. O.

EVOLUÇÃO

DATA
03/01/2021

A.R.R.B. 21 anos, musculoso, MO. Fratura de diáfise do úmero D, evolui com anti-coagulante, verbalizando, eufórico, em ambiente tranquilo, dieta líquida V.O, seguir com medicamentos.

Primo

04/01/2021

Paciente submetido a tratamento cirúrgico do fêmur do úmero direito sem alterações.

Dr. Nelson Silva Macias
Ortopedia e Traumatologia
CREMBC 14.957 TEST 1.6417

05/01/2021

A.R.R.B. 21 anos, musculoso, MO. Fratura de fêmur do úmero D. Seguido, com anti-coagulante, verbalizando, eufórico, em ambiente tranquilo, dieta líquida V.O, seguir com medicamentos.

Dr. Roberto Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CREMBC 14.957

05/01/2021

Primo

Dr. Roberto Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CREMBC 14.957

06/01/2021

De alta hospitalar, sem acompanhamento de medicação.

Dr. W. de Souza
COREN-CE 306109-ENF

Dr. João Batista de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CREMBC 14.957
Matrícula 2258

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá ser seguida obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 11: | | | |
| 16: | | | |
| 20: | | | |
| 06: | | | |

| | | | |
|------------|--|--|--|
| HORÁRIO: | | | |
| P.A.: | | | |
| TEMP.°: | | | |
| P./MIN.: | | | |
| M.V./MIN.: | | | |

NOME: Antônio Raimundo Batista IDADE: 21 ENF.: B LEITO: 103 Nº. PRONTUÁRIO: 289363

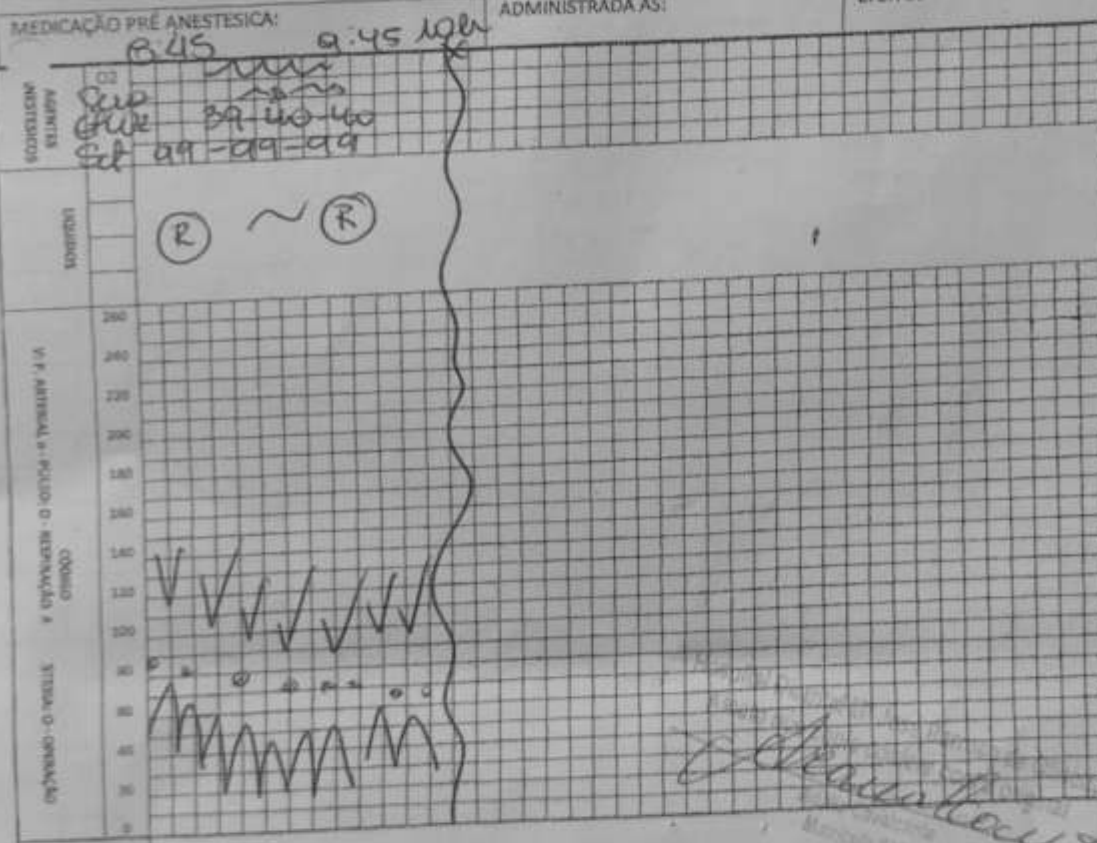
| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÃO | RUBRICA (Incl. Dieta) |
|-----------|---|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| <u>05</u> | DIETA GERAL IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 HS DIPIRONA 01 AMP+18 CC SF EV 6/6 HS SN TRAMMAL 100 mg + 100 ml SF EV SN CEFALOTINA 1gr EV 6/6 HS SINAIS VITAIS | | <u>ste-pain da alta hospitalar</u> | |
| <u>05</u> | | | | |
| <u>07</u> | | | | |

[Handwritten signatures and stamps]
 Assinatura: [Signature]
 Nome: [Name]
 Cargo: [Title]
 Assinatura: [Signature]
 Nome: [Name]
 Cargo: [Title]

FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Anto Rene Rodrigues Ballozan PRONTUÁRIO 289363 ENFER./LEITO: _____

| | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|--|--|--------------------|---------|--------------|
| DATA DA CIRURGIA: <u>04/01/21</u> | PRESSÃO ARTERIAL: <u>120x80</u> | RESPIRAÇÃO: <u>12</u> | SATURAÇÃO: <u>100</u> | PULSO: <u>90</u> | PESO: | ALTURA: | TEMPERATURA: |
| TIPO SANGÜÍNEO: | HEMACIAS: | HEMATOCRITO: | HEMOGLOBINA: | GLICEMIA: | URÉIA: | OUTROS: | |
| APARELHO URINÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/> | | | | DIURESE: | | | |
| APARELHO RESPIRATORIO: <input checked="" type="checkbox"/> | | | ASMA: <input checked="" type="checkbox"/> | BRONQUITE: <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| APARELHO CIRCULATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> | | | | ELETROCARDIOGRAMA: <u>normal</u> | | | |
| APARELHO DIGESTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> | | | | DENTES: | PESCOÇO: | | |
| ESTADO MENTAL: <u>consciente</u> | | ATARÁXICO: | ALEGIAS: <input checked="" type="checkbox"/> | CORTICOIDES: | HIPOTENSORES: | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: <u>Fratura de osso</u> | | | | ESTADO FÍSICO: <u>Boa</u> | RISCO: <u>Ax 2</u> | | |
| ANESTESIAS ANTERIORES: | | | | TEMPO DE JEJUM PRÉ-ANESTÉSICO: | | | |



- INDUÇÃO
- SATISF.: _____ EXCIT.: _____
 - LENTA: _____ TOSSE: _____
 - NAUSEA: _____ VÔMITOS: _____
 - LARINGO ESPASMO: _____
 - OUTROS: _____
- MANUTENÇÃO
- Aluprina 2g IV
 - Diprivena 2g IV
 - Oxometazona 8mg
 - Propofol 200mg
 - Atorvastatina 20mg
 - Febrofil 200mg
 - Propofol 200mg
 - Succinil 50mg
 - Midazolam 2mg BP
 - Dromil 200mg

ANESTESIA SATISF.: SIM NÃO

NÃO, POR QUÊ? devido a
higiene de pele

DESPERTAR

REFLEXOS NA S.O.:

- OBSTR.: _____ CO2: _____ EXCIT.: _____
- NAUSEA: _____ VÔMITOS: _____
- OUTROS: _____

COM CÂNULA PARA O LEITO:

SIM NÃO

CONDIÇÕES:

Sat = 99%

etamp

AGENTES: Plaq deplexo moquid via reproduzível +

TÉCNICA: Cuel Balonceca CÂNULAS: 7.5/1 cuff

CIRURGIA: TC de fratura de osso + enxerto osso

ANESTESISTAS: Dr Patrícia

CIRURGIÕES: Dr Rafael + Dr Nelson

OBSERVAÇÕES:

PERDA SANGÜÍNEA:

 Patrícia Santos
Médica Anestesiologista
CRM/CE 15987
RQE 10402

Paciente: Antônio Rene Rodrigues Baltozar

Data da Operação: 04/01/21 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: Dr. Nelson Matias 1º Auxiliar: Dr. Rafael Cavalcante

2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. Patrício

Tipo de Anestesia: Bloqueio + Geral

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura comunitiva de umero (D)

Tipo de Operação: Ho. Cr. fratura de umero 30718058

luxerto osseo 30732026

Diagnóstico Pós-operatório: _____

Relatório Imediata Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____
Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: Contaminada Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- 1) PDD + AAS + Campos
- 2) Acesso anterior ao umero direito
- 3) Redução de fratura e fixação com placa de 4,5mm
- 4) Acesso sobre o olecrano por meio do luxerto autólogo metáfisario
- 5) Aposição de luxerto em fatur do foco de fratura
- 6) Controle radiográfico
- 7) Lavagem do ferido
- 8) Sutura de pele
- 9) Curativo

Hospital Municipal Dr. José Barros de Oliveira
Atendimento Ambulatorial
Rafael Cavalcante
Atalaia Cavalcante
Município 6208

Rafael da Silva Cavalcante
Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 14.370/RQE-ES/RT/CE: 14.316

Nelson Matias
Dr. Nelson Matias
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 14.370/RQE-ES/RT/CE: 14.316

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR
289763
9-March-1999 M

CXDI Cor
28-December

R

DX
LittleEndianExplicit
Images: 2/2
Series: 1

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR
289763
9-March-1999 M

CXDI Control
28-December

R

DX
LittleEndianExplicit
Images: 1/2
Series: 1

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR
289763
9-March-1999 M

CXDI Control Software N
4-January-2021 16:09:39

R

DX
LittleEndian
Images: 1/1
Series: 2

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR
289763
9-March-1999 M

CXDI Control Software
4-January-2021 16:09

R

DX
LittleEndianExplicit
Images: 1/1
Series: 1

ANTONIO RENER RODRIGUES BALTAZAR(OBS 020XDI Control Software
289763
9-March-1999 M
R

27-December-2025

DX
LittleEndianExplicit
Images: 1/1
Series: 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20083023040 SSP CE

CPF
611.412.713-70

DATA NASCIMENTO
09/03/1999

FILIAÇÃO
ROBERTO STENIO COELHO
BALTAZAR
LUZINEIDE BANDEIRA
RODRIGUES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
07315265672

VALIDADE
13/06/2024

1ª HABILITAÇÃO
13/08/2019

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1854985880

OBSERVAÇÕES
A ;

Antonio Rene Rodrigues Baltazar

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
01/12/2020

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

48858705034
CE178435040

CEARÁ

1854985880

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086208/21

Vítima: ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

CPF: 611.412.713-70

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/12/2020

Titular do CPF: ANTONIO RENE
RODRIGUES BALTAZAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR : 611.412.713-70

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: 24/03/2021
Nome: ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR
CPF: 611.412.713-70

ANTONIO RENE RODRIGUES BALTAZAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2021
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ