

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320041778901

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01602

CONTA: 000000004974

Número da Autenticação

73D024CC6F2033843C3B75EA33FDA6F638F86341E4FC58634996F8BBA51E4B05

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200417789

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Data do acidente: 09/08/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária do fêmur direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 55°, extensão aos 5°, abdução aos 20°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 20°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 80°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura diafisária do fêmur direito, conforme documentos de pronto atendimento de 09/08/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de redução e fixação de fratura, e tratamento medicamentoso. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da força e mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando a lesão consolidada.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior direito, em grau leve, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/12/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331801/20

Vítima: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

CPF: 620.907.553-34

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 09/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR : 620.907.553-34

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: 19/11/2020
Nome: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR
CPF: 620.907.553-34

ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331801/20

Número do Sinistro: 3200417789

Vítima: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

CPF: 620.907.553-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/08/2020

Titular do CPF: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 11/01/2021
Nome: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR
CPF: 620.907.553-34

ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200417789

Vítima: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 09/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

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

inferiores 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: **ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR**

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

Banco: **341**

Agência: **000001602**

Conta: **0000004974-2**

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



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: 620.907.533-34 4 - Nome completo da vítima: Aldenor Batista da Silva Junior

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

5 - Nome completo: Aldenor Batista da Silva Junior 6 - CPF: 620.907.533-34
7 - Profissão: recusou 8 - Endereço: Rua Silvanete de Freitas 9 - Número: 191A 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Lagoa Redonda 12 - Cidade: Fontalixa 13 - Estado: CE 14 - CEP: 608.31-495
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 85)99-245078

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 1609 CONTA: 04974
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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) Divorçado 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) _____

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

40 - Local e Data, Fontalixa 18 de Setembro de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Aldenor Batista da Silva Junior



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2138 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/11/2020 14:58:30**
Data / Hora da Ocorrência: **09/08/2020 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R JOÃO IVO, MESSEJANA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR**
Nascimento: **16/06/1982** CPF:
RG: **96002082017** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ELIANA MARIA ALBUQUERQUE DA SILVA**
ALDENOR BATISTA DA SILVA
Endereço: **AVENIDA JOSÉ LEON, 2703**
Bairro: **CIDADE DOS FUNCIONARIOS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.000-000**
País: **BRASIL** Telefone: **8595-2278**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQN3427** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC41209R086713 Renavam: **157655024** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **ARIEL DE SOUSA RODRIGUES** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

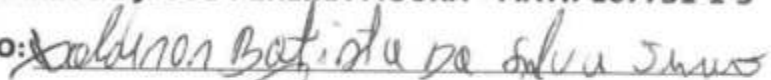
AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA, DE PLACA NQN3427 QUANDO UM VEICULO FIAT PÁLIO COR PRATA, CUJA PLACA NÃO SE RECORDA NO MOMENTO, AVANÇOU A VIA PREFERENCIAL, CAUSANDO COLISÃO COM O VEICULO DO DECLARANTE; QUE O CAUSADOR DO EVENTO DANOSO ESTAVA EMBRIAGADO; QUE SE EVADIU, MAS FOI AUTUADO EM FLAGRANTE DELITO E SOLTO MEDIANTE FIANÇA; QUE VÍTIMA SOFREU POLITRAUMATISMO NO FÊMUR DIREITO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO(A) DELEGADO(A):


JOCEL BEZERRA DANTAS - MAT.: 014399-1-X



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

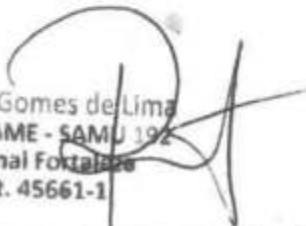
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Aldenor Batista da Silva Junior** - C.P.F. - **620.907.553-34**, no dia **09/08/2020**, às **12h02min**, na **Rua João Ivo**, no **Bairro Messejana**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, 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 P258187/2020**, 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 P258187/2020**.

Fortaleza, 29 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


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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de Fortaleza Secretaria Municipal de Saúde

R. GILMÁRIO DE SAUS 1111 1111 1111

P = 258187/20

VEÍCULO: USJ 27 PONTO DE APOIO: CABACEIRAS Nº DA OCORRÊNCIA: 0369
 DATA: 09/08/2020 TURNO: AM EQUIPE: LARISSA / LOPES / SAUNDY
 NOME: Anderson Batista da Silva Junior IDADE: 38a SEXO: M
 ENDEREÇO: R. João Ivo, 372
 REFERÊNCIA: Esq. com Chico França BAIRRO: MESSASNA
 QTY: 11:57 QUS: 12:02 QUR: - QUY: 12:29 QUU: 13:00
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: COLISÃO MOTO X CARRO

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

PÉRVEAS OBSTRUÍDAS POR: _____

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

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input checked="" type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> TAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input checked="" type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input checked="" type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO

LOCAL: RUA DE BELÉM

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

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6
A VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
A DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
TOTAL: 15	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2
		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1

PUPILAS: NORMAIS (=OTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS:

	DEFORMIDADE + EDEMA + QUEDAÇÃO A NÍVEL DE TERÇO MÉDIO DE FÊMUR A DIREITA + ABRASÃO IM RECALO POSTERIOR DA MÃO S.	
--	--	--

TA: 69 PA: 120 x 80 FR: 20 GLIC: 112 OXIM: 91% TEMP: 36,5

Paciente, 38a, negra, com comorbidades, foi vítima de colisão carro x moto. No local foi encontrado com lesões de contusão, com os membros da extremidade superior. Paciente usa silicone, cervicália, sem dor em outras vertebrais, admissão indolente, cintura pélvica estável, não há edematoso por trauma, mas reconhecidos a deformação de existência de fratura, deformidade e edema sustentado no terço médio do fêmur a "3" com bacia e trc preservados. Foi realizado ACP e o paciente foi encaminhado ao HSP sem desconhecimentos.

Assinatura Profissional: _____
 CREFIC 017-141212

CHECAGEM

ASS./CRM:

ASS./COREN:

Ass. Larissa Ferreira Cavalcanti

COREN-CE 027.143-ENG

ASS.:

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

ASS.:

UNIDADE DE SAÚDE: 50P

- LIBERADO
- RECUSA
- REMOVIDO POR TERCEIROS
- ÓBITO →
- NO LOCAL
- DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG:

OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO
ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

Dra. Dielene de Lemos
CRM 5431

EM: / /

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EU, _____, RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO

ASSINATURA:

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Admissão: 09/08/2020 12:45

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Nome: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Pront.: 5676843 Data Nasc.: 16/06/1982 Idade: 38 ano(s) 2 mes(es) e 9 dia(s) Tel.:

Mãe: ELIANA MARIA ALBUQUERQUE DA SILVA

Sexo: Masculino

RG:

Município: FORTALEZA

CEP 60831-495

Bairro: CURIO

Endereço: RUA GILVANETE DE FREITAS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador MORGANA NAZARETH P. SOUSA COREN:104552 Horário 09/08/2020 12:45
Queixa: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO, NEGA SÍNCOPE, PORTAVA CAPACETE.

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: .

Autoagressão: Não

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua dor:

Pulso/FC:

PA:

FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: DISLENE MARIA GONCALVES DE LEMOS

CRM: 5431

Nº: 653600

Horário 09/08/2020 12:45

Acidente: Sim Agressão: Não Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 1

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE EM MOTO ATROPELADO POR CARRO

NEGA PERDA DE CONSCIENCIA

GLASGOW 15

FRATURA DE FEMUR DIR

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 10/08/2020 18:23

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
10/08/2020 08:11	CARLOS EMANUEL VASCONCELOS	ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR, 38 ANOS PACIENTE COM COLISÃO MOTO X CARRO COOM FRATURA DE FEMUR DIREITO; AGUARDA EXAMES PREOPERATÓRIOS SOLICITADOS;
09/08/2020 14:09	ALEXIA BARROS CARDOSO	# TRAUMATOLOGIA # PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, C TRAUMA EM COXA DIREITA AO RAIOS-X, FRATURA DE FEMUR DIREITO PELE ÍNTEGRA NEUROVASCULAR PRESERVADO CD: PASSADO CASO PARA DR PIERRE, QUE ORIE INTERNO + SOL EXAMES PRE-OPERATÓRIOS

25 08 2020
51022
Alexia Barros Cardoso

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Admissão: 09/08/2020 12:45

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Nome: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Pront.: 5676843 Data Nasc.: 16/06/1982 Idade: 38 ano(s) 2 mes(es) e 9 dia(s) Tel.:

Mãe: ELIANA MARIA ALBUQUERQUE DA SILVA

Sexo: Masculino

RG:

Município: FORTALEZA

CEP 60831-495

Bairro: CURIO

Endereço: RUA GILVANETE DE FREITAS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador MORGANA NAZARETH P. SOUSA COREN:104552 Horário 09/08/2020 12:45
Queixa: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO, NEGA SÍNCOPE, PORTAVA CAPACETE.

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: .

Autoagressão: Não

Sato02:

Glasgow:

Temp.:

Glicemia:

Régua dor:

Pulso/FC:

PA:

FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: DISLENE MARIA GONCALVES DE LEMOS

CRM: 5431

Nº: 653600

Horário 09/08/2020 12:45

Acidente: Sim Agressão: Não Peso:

P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 1

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE EM MOTO ATROPELADO POR CARRO

NEGA PERDA DE CONSCIENCIA

GLASGOW 15

FRATURA DE FEMUR DIR

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 10/08/2020 18:23

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
10/08/2020 08:11	CARLOS EMANUEL VASCONCELOS	ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR, 38 ANOS PACIENTE COM COLISÃO MOTO X CARRO COOM FRATURA DE FEMUR DIREITO; AGUARDA EXAMES PREOPERATÓRIOS SOLICITADOS;
09/08/2020 14:09	ALEXIA BARROS CARDOSO	# TRAUMATOLOGIA # PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, C TRAUMA EM COXA DIREITA AO RAIOS-X, FRATURA DE FEMUR DIREITO PELE ÍNTEGRA NEUROVASCULAR PRESERVADO CD: PASSADO CASO PARA DR PIERRE, QUE ORIE INTERNAMENTO INTERNO + SOL EXAMES PRE-OPERATÓRIOS

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____ **Admissão:** 09/08/2020 12:45
Nome: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR
Pront.: 5676843 **Data Nasc.:** 16/06/1982 **Idade:** 38 ano(s) 2 mes(es) e 9 dia(s) **Tel.:** _____
Mãe: ELIANA MARIA ALBUQUERQUE DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** _____ **Município:** FORTALEZA
CEP: 60831-495 **Bairro:** CÚRIO
Endereço: RUA GILVANETE DE FREITAS

PRESCRIÇÃO

Médico: ALEXIA BARROS CARDOSO **CRM:** 16792 **09/08/20 14:07**

Prescrição	Horário:
INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 3 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
MORFINA 1MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 1 MG + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 3 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 21 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 8/8 H	
Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR>SOLUCAO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 667 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA FASE RÁPIDA	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta
 Observação
 Referência para:
 Óbito

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____ **Admissão:** 09/08/2020 12:45
Nome: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR
Pront.: 5676843 **Data Nasc.:** 16/06/1982 **Idade:** 38 ano(s) 2 mes(es) e 9 dia(s) **Tel.:** _____
Mãe: ELIANA MARIA ALBUQUERQUE DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** _____ **Município:** FORTALEZA
CEP 60831-495 **Bairro:** CURIO
Endereço: RUA GILVANETE DE FREITAS

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
09/08/202	12:47	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	VERDE	MORGANA NAZARETH P. SOUSA

PRESCRIÇÃO

Médico: CARLOS EMANUEL VASCONCELOS **CRM** 5715 **10/08/20 08:33**

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA SE NÃO TIVER RANITIDINA	
ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML - SER ADMINISTRAR 1 SER / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
CAPTOPRIL 25MG - COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 1 VEZ AO DIA SE P.A. > OU = 160X100 MMHG	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% /	

Prescrição
 09/08/2020
 12:47

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR		
Idade: 38 ano(s) 1 mes(es) e 27 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5676843
Endereço: RUA GILVANETE DE FREITAS		Bairro: CURIO
Num: 19	CEP: 60831-495	UF: CEARÁ
Cidade: FORTALEZA		

Localização		
Clinica: UNIDADE 21	Enfermaria: 212	Leito: 2119
Admissão Emergência: 09/08/2020 12:45		
Internação 10/08/2020	22:25	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório **Cancelada**
 Tipo de Saída: Alta Não

Resumo Clínico

REALIZADA OSTEOSSINTESE NO FEMUR D DIA 11/08/20, COM DR FELIPE BRASIL

Exames Realizados

NA

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSINTESE COM HASTE

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S72 - FRATURA DO FEMUR

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S72	FRATURA DO FEMUR

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 13/08/2020

Observações Complementares

RETORNO NO SPA PARA DR FELIPE BRASIL

Responsável

Médico: FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Data: 13/08/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
1409050519	Procedimento Eletivo	11/08/2020 13:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	FELIPE FERREIRA LIMA BRASIL

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

ALDENOR BRUNO DA SILVA RIBEIRO

vítima de acidente de trânsito, em 09/05/2021, sofreu:

Fratura do fêmur direito com
CD- S 92.3

e submeteu-se a tratamento(s):

ORTESSA - redução e fixação
com fios de intramedular 131quest

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

CIATM12

Dor e desconforto

Atrofia muscular

Movimento claudicante

Dificuldade de locomoção

Dificuldade com dificuldade e

na marcha

na subida

longo tempo

comprimento funcional

Atividade de fratura

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411



08/01/2021

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411 - RQE 10569

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 96002082017 - 2AV 29/12/2003
 ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR
 ALDENOR BATISTA DA SILVA E ELIA
 NA MARIA ALBUQUERQUE DA SILVA
 FORTALEZA-CE
 CERT. NASC. 61351 L.A. 53 F 16/6/1982
 145 1A ZONA FORTALEZA CE
 LEI Nº 7.118 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Aldenor Batista da Silva Junior
 CARTERA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Nº de inscrição

620907553-34

Data de Nascimento

18/06/82



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e segura por todo o território, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

Aldenor Batista da Silva Junior

ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 19/06/98

S E R R E R O

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331801/20

Vítima: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

CPF: 620.907.553-34

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 09/08/2020

Titular do CPF: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

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

ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR : 620.907.553-34

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: 19/11/2020
Nome: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR
CPF: 620.907.553-34

ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200417789

Data da solicitação: 30/11/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Alderson Batista da Silva Junior

CPF do beneficiário: 620.907.553-34

Nome do solicitante: Alderson Batista da Silva Junior

CPF do solicitante: 620.907.553-34

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 987852198
DDD

Tel. Comercial: (85) 31216771
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

Novos documentos médicos

Laudo do IML

Boletim de Ocorrência

Notas fiscais complementares

Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fortaleza 08 de janeiro de 2020
Local e Data
x Alderson Batista da Silva Junior
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331801/20

Número do Sinistro: 3200417789

Vítima: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

CPF: 620.907.553-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/08/2020

Titular do CPF: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 11/01/2021
Nome: ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR
CPF: 620.907.553-34

ALDENOR BATISTA DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA