



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo:	02300723820238060001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	06/07/2023 17:37:01

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	---

Arquivos

Petição:	2885090_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 1-9.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 10-18.pdf
Documentação:	SEGURADORA_LIDER_2018 - 19-20.pdf
Documentação:	2885090_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-22.pdf
Documentação:	2885090_CONTESTACAO_Anexo_02 - 23-35.pdf
Procuração/Substabelecimento:	SUBSTABELECIMENTO_SUPELVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200365521

Vítima: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

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: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004254

Conta: 000008953-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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: 053.498.893-89 4 - Nome completo da vítima: Alex Teixeira dos Santos

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

5 - Nome completo: Alex Teixeira dos Santos 6 - CPF: 053.498.893-89
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: Rua São Marcos 9 - Número: 520 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Recalva 12 - Cidade: Eusébio 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 61760-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (85) 987852198

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)
AGÊNCIA: 4254 CONTA: 8953 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (val 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 - Imprensa 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, Eusébio 09 de Outubro de 2020

Alex Teixeira dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1865 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/10/2020 14:40:16**
Data / Hora da Ocorrência: **25/01/2020 13:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R DOUTOR JOAQUIM BENTO, MESSEJANA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS**
Nascimento: **08/11/1986** CPF: **053.498.893-89**
RG: **2009010214229** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS**
Endereço: **RUA SÃO MARCOS, 520**
Bairro: **SABIAGUABA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98855-7558**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNF8545** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810JR044469** Renavam: **1158737510** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AZUL** Proprietário: **MARIA AURENICE SOUSA MENDES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PNF-8545 NA RUA DOUTOR JOAQUIM BENTO QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE. ///////////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Alex Teixeira dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

Joel Bezerra Dantas
JOCEL BEZERRA DANTAS - MAT.: 014399-1-X

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: 053.498.893-89 4 - Nome completo da vítima: Alex Teixeira dos Santos

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

5 - Nome completo: Alex Teixeira dos Santos 6 - CPF: 053.498.893-89
7 - Profissão: Roteiro 8 - Endereço: Rua São Marcos 9 - Número: 520 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pucallura 12 - Cidade: Euzébio 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 61760-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 987852198

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)
AGÊNCIA: 4254 CONTA: 8953 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (val 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 - Imprensa 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, Fortaleza 09 de Outubro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Alex Teixeira dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Alex Teixeira dos Santos** - C.P.F. - 053.498.893-89, no dia **25/01/2020**, às **13h58min**, na **Rua Doutor Joaquim Bento**, 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 do acidente com o paciente em questão do processo **Nº P113561/2020**, 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 **P113561/2020**.

Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Nome); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Alex Teixeira dos Santos).

Fortaleza, 18 de Março de 2020.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45651-1

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: * 12
DATA: 15/05/2020 PONTO DE APOIO: Cher Nº DA OCORRÊNCIA: 0464
TURNO: SD EQUIPE: Junior + Celica Castro
NOME: Alex Pereira dos Santos IDADE: 33 SEXO: M
ENDEREÇO: 17 Joaquim Pinto 583
REFERÊNCIA: 583
QTY: 13 43 QUS: 13-58 QUIM: 1454 BAIRRO: Messias
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Ataques de pânico QUU: 158 210

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

A
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

C
Circulação

PULSO

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

PELE

☒ CORADA
☐ PÁLIDA
☐ CIANÓTICA
☐ SUDOREICA
☐ SECA
☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☒ SIM
☐ NÃO

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

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA (a) / 4
À VOZ (a) / 3
À DOR (a) / 2
NENHUMA (a) / 1

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (a) / SORRI (p)
CONFUSO (a) / CHORO CONSOLÁVEL
PALAVRAS INAPROPRIADAS (a) / INCONSOLÁVEL (p)
SONS INCOMPREENSÍVEIS (a) / GEMENTE (p)
NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS (a) / 6
LOCALIZA A DOR (a) / 5
MOVIMENTO DE RETIRADA (a) / 4
FLEXÃO ANORMAL (a) / 3
EXTENSÃO ANORMAL (a) / 2
NENHUMA (a) / 1

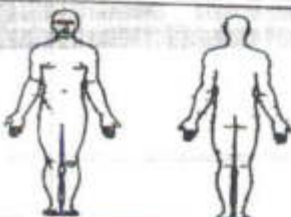
TOTAL:

PUPILAS:

☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E
Exatidão

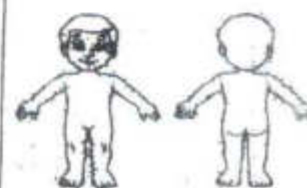
ADULTO



LESÕES

Lesão direita

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 75 PA: 20x70 FR: 18 GUC.: 95 OXIM.: 95 TEMP.: 36,5

Está consciente com resposta adequada para perguntas.
Fala clara, compreensível e coerente.
Fala com a voz normal.
Resposta adequada para perguntas.

PREScrição Médica

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Avaliação, remoção,
Sub com = prancha longa
Bale m3d.
resol:
curativo

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ ÓBITO →

☒ RECUSA

☐ NO LOCAL

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG:

PACIENTE ACOMPANHADO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

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

ASSINATURA:

BANCO DO BRASIL 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: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320036552101

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04254

CONTA: 000000008953

Número da Autenticação

F5C7F2F3BAEA8306

Nº DO CONTRATO

6002936

foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.281/0001-70 | CGF 06.105.048-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 077308261

Rota EB316R53 - 89800

Referência 08/2020

Nome ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

Endereço RU SAO MARCOS, 00520 - 00520, PRECABURA,

61760-000, EUSEBIO

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Trifásico

Emissão 24/08/2020

Medidor 5016822-ELE-647

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

442915420664067 DESXU15F830566

DATAS DE LEITURA 21 dias

Anterior 24/07/2020 Atual 24/08/2020 Próxima prevista 23/09/2020

MÊS: JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | JAN |

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	5.069	5.047	1.00	22	00	100	0,77040	77,04

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CUSTO DE DISPONIBILIDADE

77,04

DMIC

-0,82

COB CARTÃO VIDA PREMIUM 0800 2757030

39,90

Tributo:	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$):
ICMS	77,04	27,00	20,80
PIS	56,24	0,51	0,28
COFINS	56,24	2,39	1,33

VENCIMENTO 31/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

116,12

CONSUMO CONSCIENTE

COP/ENPJ 003.498.893-89

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) 8,58 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consolidação Ecológica (NCO) 0

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

REAVISO DE DÉBITO Esta unidade consumidora está apta a suspensão de fornecimento por inadimplência a partir do dia 09/09/2020. O encerramento da relação contratual poderá ocorrer em 02 ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. Declaração de Débito: Constan os seguintes débitos sujeitos a ações de cobrança, como inclusão em ORGÃO DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar. Nº Cliente: 00006002936.

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 25/07 - 24/08

DÉBITOS ANTERIORES

MÊS/ANO	VALOR (R\$)
03/2020	119,47
05/2020	117,25
Total:	R\$ 236,72

Nº do Cliente: 6002936
Data de Emissão: 24/08/2020
Nº da Nota Fiscal: 077308261

Referência: 08/2020
Total a Pagar (R\$): 116,12
Nº de Controle: 40004189087

V: [1.0.0.15]
000-1900542400-0250

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 704106616342650 Admissão: 25/01/2020 15:03
 Nome: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS
 Pront.: 5654924 Data Nasc.: 08/11/1986 Idade: 33 ano(s) 10 mes(es) e 6 dia(s) Tel.: 85 98717-9915
 Mãe: FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS
 Sexo: Masculino RG: Município: EUSEBIO
 CEP 60000-000 Bairro: PRECABURA
 Endereço: SAO MARCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador MARCLY QUEIROZ OLIVEIRA COREN:47922 Horário 25/01/2020 15:20
 Queixa: dor no FÊMUR d, apos COLISÃO carro moto
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: DOR FORTE
 Autoagressão: Não
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: DIEGO FREITAS FÉLIX CRM: 19808 Nº: 599456 Horário 25/01/2020 15:27
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: PROCEDIMENTO
 Hipótese Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 COLISÃO MOTO X CARRO HOJE EVOLUINDO COM DOR EM COXA DIREITA + PERNA DIREITA
 FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM PERNA DIREITA
 CD: SOLICITO RX BACIA + FEMUR D + PERNA D

ALTA

Data: 28/01/2020 14:49

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
25/01/2020 16:22	DIEGO FREITAS FÉLIX	COLISÃO MOTO X CARRO APRESENTANDO FRATURA FECHADA DE DIÁFISE DE FEMUR DIREITO CD: INTERNO PARA CIRURGIA PROGRAMADA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX BACIA AP (0204060095)	25/01/2020 15:31	Não	Cancelado
RX FEMUR D AP/P (0204060117)	25/01/2020 15:31	Não	Cancelado
RX PERNA D AP/P (0204060168)	25/01/2020 15:31	Não	Cancelado

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 704106616342650 Admissão: 25/01/2020 15:03
 Nome: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS
 Pront.: 5654924 Data Nasc.: 08/11/1986 Idade: 33 ano(s) 10 mes(es) e 6 dia(s) Tel.: 85 98717-9915
 Mãe: FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS
 Sexo: Masculino RG: Município: EUSEBIO
 CEP 60000-000 Bairro: PRECABURA
 Endereço: SAO MARCO

PRESCRIÇÃO

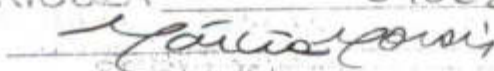
Médico: DIEGO FREITAS FÉLIX

CRM 19808 25/01/20 16:21

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	

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

SERVIÇO DE PROTOCOLO - INI
 RAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-BUS
 DATA 19 / 09 / 2020
 MATRICULA 51022



FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 704106616342650 Admissão: 25/01/2020 15:03
 Nome: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS
 Pront.: 5654924 Data Nasc.: 08/11/1986 Idade: 33 ano(s) 10 mes(es) e 6 dia(s) Tel.: 85 98717-9915
 Mãe: FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS
 Sexo: Masculino RG: Município: EUSEBIO
 CEP 60000-000 Bairro: PRECABURA
 Endereço: SAO MARCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
25/01/202 15:20	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR FORTE	AMARELO	MARCLY QUEIROZ OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO

Médico: CHARLES ROBSON DOURADO DE MACEDO CRM 6984 27/01/20 08:48

Prescrição	Horário:
OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA ADMINISTRAR 1 CAP / ORAL / 1 VEZ AO DIA MANHA	
FONDAPARINUX SODICO 2,5MG/0,5ML - SER ADMINISTRAR 1 SER + 0 ML SEM DILUIÇÃO / SUBCUTÂNEA / 1 VEZ AO DIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / EM 1HORA SE DOR INTENSA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / EM 1HORA SE DOR INTENSA	
HEPARINA SODICA 5000UI/0,25ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP / SUBCUTÂNEA / 12/12 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
HEPARINA SODICA 5000UI/0,25ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP / SUBCUTÂNEA / 12/12 H	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / EM 1HORA SE DOR INTENSA	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Atenção médica

Atenção que L. Alex

Peixe do Lado, 33g e

Segunda e Terça

Peixe 15, 15 e

Atm. Orelheira

def. mlt. - CTA = 5+23

CLAUDIO EUPRASIO
CATEGORIA TRANSMISSÃO
CRM-CE 4675

04-2520

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

MODELO 4



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



1ª Via - Farmácia

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

PACIENTE

Nome: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS Idade: 33 ano(s)
Endereço: RUA SAO MARCOS, 515 - PRECABURA - FORTALEZA/CE
R

USO ORAL

1) CEFALOXINA 500

UMA CAPOS VO DE 6 EM6 HORAS. L===== 30 C APS.
DIARIO SENTAR. ... NAO PISAR. ... RETIRAR PONTOS COM 20
DIAS. ... RETORNAR DIA 09 03 20 AS 8HS PARA REVISAO. OBS= CURATIVO

2) MELOCOX 7,5

UMM OCMP DE 12 EM12 HORAS.

02 CXAS

FORTALEZA/CE, 31 de January de 2020

CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO
CRM/CE 4078

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.	
Endereço:	Órgão Emissor:
Município:	UF:
Fone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Data: 31/01/2020	Assinatura do Farmacêutico

Nexcon © 2015 SARAH Vr. 3.5.3.9

MS-DATAUS
VERSÃO

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

PAG.: 1

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESPERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 03/2020

DATA: 19/02/2020

Nm AIH: 232010174809-6 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2020 Data de Emissão: 27/01/2020

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0226 Leito: 0002
Doc autorizador: 121032051720001 Doc med resp: 201591461720008 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 201591461720008
CNS: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 704106616342650
Paciente: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS / Prontoário: 2454627 / Laudo:
Data Nasc.: 08/11/1986 Sexo: MASCULINO / Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2009010214229
Responsável pac.: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS Nome da Mãe: FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS /
Endereço: SAO MARCOS, 515 - PRECABURA Raça/Cor: PARDAS
Município: 230440 - PORTALEZA UF: CE CEP: 60010-000 Telefone: (85)9862.33575
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: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM
Diag. complementar: / - Causa Óbito: / -
Carater atendimento: 05 / OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 27/01/2020 Data saída: 03/02/2020 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: / -

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

CNAJ do Empregador: CNAER: - CBO: -

Vínculo com a previdência: -

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]===

Linha	Ato/Proced	PF	IE	CBO	CNES/CNAJ	Apurar	Valor p/ Qtd	Opct	Descrição
1	04.08.05.051-6	201591461720008	1	225270	201591461720008	3969800	1	012020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
2	04.08.05.051-8	101084263590001	6	225151	101084263590001	3969800	1	012020	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
3	07.02.03.091-0	09069959000158	0		09069959000158	3969800	1	012020	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARG
4	04.08.06.019-0	201591461720008	1	225270	201591461720008	3969800	1	012020	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
5	04.08.06.019-8	101084263590001	6	225151	101084263590001	3969800	1	012020	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
6	08.02.01.001-6		0		3969800	3969800	5	012020	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
7	04.01.01.001-5	201591461720008	0	225270	201591461720008	3969800	1	022020	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8	08.02.01.001-6		0		3969800	3969800	2	022020	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
9	02.02.02.038-0	6913326	0		6913326	3969800	1	012020	HEMOGRAMA COMPLETO
10	02.02.01.069-4	6913326	0		6913326	3969800	1	012020	DOSAGEM DE UREIA
11	02.02.01.031-7	6913326	0		6913326	3969800	1	012020	DOSAGEM DE CREATININA
12	02.02.01.063-5	6913326	0		6913326	3969800	1	012020	DOSAGEM DE SODIO
13	02.02.01.060-0	6913326	0		6913326	3969800	1	012020	DOSAGEM DE POTASSIO
14	02.02.02.013-4	6913326	0		6913326	3969800	1	012020	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
15	02.02.02.014-2	6913326	0		6913326	3969800	1	012020	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA FRO
16	02.04.06.011-7	3969800	0		3969800	3969800	1	012020	RADIOGRAFIA DE COXA

===[VALORES DA PRÉVIA]===

+ Serv. Hospitalar + Serviço Profissional +
+ Direto + Direto + Rateado +
Forma de Organização | Próprio Terceiro | Próprio Terceiro | Próprio Terceiro + Total +

04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	725,17	0,00	0,00	0,00	294,73	0,00	1.019,90
04.08.06 GERAIS	460,58	0,00	0,00	0,00	138,16	0,00	598,74
07.02.03 ORM EM ORTOPEDIA	296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	296,13
08.02.01 DIARIAS	56,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	56,00
Total Geral:	1.570,28	0,00	0,00	0,00	432,89	0,00	2.003,17

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]===

Linha Nota Fiscal CNRJ Fornecedor Lote Série Registro ANVISA CNRJ Fabricante

Assinatura
CPF: 123.456.789
SMS

MS-DATAIS
VERSÃO

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

PAG.: 2

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESPERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 03/2020

DATA: 19/02/2020

Num AIH: 232010174809-6 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2020 Data de Emissão: 27/01/2020

3 35036 ✓

09.069.959/0001-58 ✓

Número de Nascidos

Número de Saídas

N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600125166
NÚMERO DA AIH: 2320101748096

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 704106616342650 - ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 08/11/1986 - 33 anos

NOME DA MÃE: FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA SAO MARCO, Nº 515

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230428 - EUSEBIO

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PRECABURA

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050519-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 210157820610009 - ANGELO JOSE GURGEL LUZ

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 27/01/2020 - 13:39 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 28/01/2020 - 07:03

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: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS		PRONTUÁRIO: 5654924		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 704106616342650	8 - DATA NASCIMENTO: 08/11/1986	09 - SEXO () M () F	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS		12 - TELEFONE:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I.		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): SAO MARCO 515 - PRECABURA				
16 - MUNICÍPIO: EUSEBIO	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA FEMUR , NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX.FEMUR	24 - CID 10 S723	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE FEMUR		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 04050519	
29 - CLÍNICA: TRAUMATO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: 04050519
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO 27/01/2020	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): CRM 6236

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			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
---	--	--	--

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - 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**

USUARIO: marines.santos - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
Seleção de situação
Seleção da solicitação
Visualização da solicitação
Lista de ocorrência
Inclusão de ocorrência
Visualização de ocorrência
Confirmação de cancelamento
Registro de transferência
Confirmação de transferência
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

704106616342650 - ALEX TEIXEIRA DOS
SANTOS 

NOME DA MÃE

FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5654924

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

08/11/1986 - 33 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA SAO MARCO, Nº 515

BAIRRO

PRECABURA

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

EUSEBIO

Plantonista

MÉDICO

47215801349 - ANGELO JOSE GURGEL LUZ

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 325555037

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA :
INSTITUTO PRÁXIS.

Solicitação

NÚMERO

12600125166

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

27/01/2020 - 13:39

PROFISSIONAL

47215801349 - ANGELO JOSE GURGEL LUZ

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519- - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

PROCEDIMENTO REALIZADO

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
202021000507	27/01/2020	17:17	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH

ELETIVO

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
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	4

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome	Sexo
ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS	MASCULINO
Nascimento Idade	Raça/Cor
08/11/1986 33 Anos	PARDA
Mãe	Estado Civil
FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS	SOLTEIRO(A)
Conjuge	Pai
	Religião
	NÃO INFORMADO
	Responsável
	ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS
	Prontuário
	2454627
CNS	Registro
704106616342650	202002570000449
País	Documento Informado
BRASIL	RG: 2009010214229 Emissão: 04/05/2016
Município de Residência	Município de Naturalidade
FORTALEZA/CE	EUSEBIO/CE
	CEP
	60010-000
Número Complemento	Logradouro
515	RUA SAO MARCOS
Fone Móvel	Bairro
(85)9871.79915	PRECABURA
Fone Fixo	Ponto de Referência
(85)9862.33575	
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)	
DESEMPREGADO / SEM OCUPACAO DEFINIDA	

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
ALEXSANDRA TEIXEIRA DOS SANTOS - IRMA	226/2
Tipo de Acomodação	Clínica
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA
Atendente: daiane.mariano	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03
	Data: 27/01/2020 Hora: 17:23:12 Tempo: 00:05:14

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

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

FORTALEZA(CE), 27 de janeiro de 2020

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

(12)

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
202021000507	27/01/2020	17:17	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG AIH

ELETIVO

Origem do Paciente

IJF

Clínica/Especialidade

CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA

Médico Solicitante

4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO

Médico Responsável

4078 - CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO

Procedimento Solicitado

0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Dias

4

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome

ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade

08/11/1986 33 Anos

Raça/Cor

PARDA

Estado Civil

SOLTEIRO(A)

Religião

NÃO INFORMADO

Mãe

FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS

Pai

Conjuge

Responsável

ALEXSANDRA TEIXEIRA DOS SANTOS

Prontuário

2454627

CNS

704602686880025

Registro

202002570000449

Documento Informado

RG: 2009010214229 Emissão: 04/05/2016

País

BRASIL

Município de Naturalidade

EUSEBIO/CE

CEP

60010-000

Município de Residência

FORTALEZA/CE

Logradouro

RUA SAO MARCOS

Número Complemento

515

Bairro

PRECABURA

Fone Móvel

(85)9871.79915

Fone Fixo

(85)9862.33575

Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

DESEMPREGADO / SEM OCUPACAO DEFINIDA

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar

ALEXSANDRA TEIXEIRA DOS SANTOS - IRMA

Acomodação/Leito

226/2

Tipo de Acomodação

ENFERMARIA

Clínica

CLÍNICA CIRÚRGICA

Posto de Enfermagem

POSTO DE ENFERMAGEM 03

Atendente: daiane.mariano

Data: 27/01/2020 Hora: 17:23:12 Tempo: 00:05:14

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

ALEXSANDRA TEIXEIRA DOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS, 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), 27 de janeiro de 2020

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Alexsandra Teixeira dos Santos

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
202021000507 27/01/2020 17:17 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Médico Responsável
CLAUDIO JOSE FERNANDES EUFRASIO - 4078
Procedimento Solicitado
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
226/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
08/11/1986 33 Anos NÃO INFORMADO 2454627 202002570000449

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

Diagnóstico Principal
S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
Procedimento Realizado
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Data Hora Motivo
03/02/2020 14:27 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS, 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), 03 de fevereiro de 2020

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

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
202021000507 27/01/2020 17:17 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
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
226/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
08/11/1986 33 Anos NÃO INFORMADO 2454627 202002570000449

===[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
[03/02/20] [14:27] Alta Mellonado

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

ASSINATURA

CRM/CARIMBO

Usuário responsável:

Data: Hora:

Date: 31/03/20

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Alex TEIXEIRA dos S. Jr.									
Nº Prontuário: 2434627			Nº Controle:			Enf./ 226		Leito: 02	
Cirurgião: Dr. Claudio			Tempo de Sala:			Tempo de Oxigênio:			
IDADE: 33ua		PESO:		ALTURA:		SEXO: Masc.		TEMP:	
TIPO SANGÜINEO:		HEMÁCIAS:		HEMOGLOBINA:		HEMATÓCRITO:		GLICEMIA:	
RESP.		URÉIA:		URINA:		PR. ART. MAX/MIN:			
Ap. Respiratório: Clínica normal						Ap. Circulatório: Clínica normal			
Ap. Digestivo: Clínica normal						Ap. Urinário: Clínica normal			
Diagnóstico Pré-Operatório: Tratado de Tumor						Anestésias Anteriores:			
Medicação Pré-Anestésica:			Aplicada às:			Efeito:			
Agências Anestésicas		20							
Líquidas		SF		SF		SF			
CÓDIGO		P. Anest. C. Pulso C. Respiração		Anestesia C. Operação					
260		240		220		200		180	
160		140		120		100		80	
60		40		20					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		X		9		6			
POSICÃO		AGENTES		TÉCNICA		OPERAÇÃO		CIRURGIÃO	
ANESTESISTAS		TEMPO DE ANESTESIA: Das: 800 hrs às: 900 hrs = 60 minutos		Anestesiologista: Dr. Paulo		CRM: 3332			
Perda sanguínea aprox.		Volume sanguíneo repouso							

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

MODELO 2.1



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 31/01

Nome do paciente:	Alex TEIXEIRA dos Santos	Categoria:	
Nº Prontuário:	2454627	Leito:	226102
Clinica:	HFT		
Cirurgião:	Dr. Claudio		
Anestesista:	Dr. Paulo		
Tipo de Anestesia:	raque + medula		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Brena		
Circulante:	Bianca		
Diagnóstico Pré-Operatório:	fratura fem D + medula		
Tipo de Operação/ Código:			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			

0 5 0 0 0 5 5 18

05 - 00 00 120

Contagem de Compressas:

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

Anestesia Ocorrências Principais

Classificação da Cirurgia:

LIMPA:

POT. CONTAMINADA:

CONTAMINADA:

INFECTADA:

Marliane Dury
Assinatura da Enfermeira(o)

327669

1

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM 3332

Assinatura Anestesista



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Segurado Alex Tavares
Leite portador da Carteira Profissional Nº _____
Série _____, necessita de 180

por extenso

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

5723 (Repeção Pérm 011)

HFT
Hospital ou Ambulatório

19 09 06
Localidade e Data

CLÁUDIO RUFRASIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Ass. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto Nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE - CEP 60.310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 9

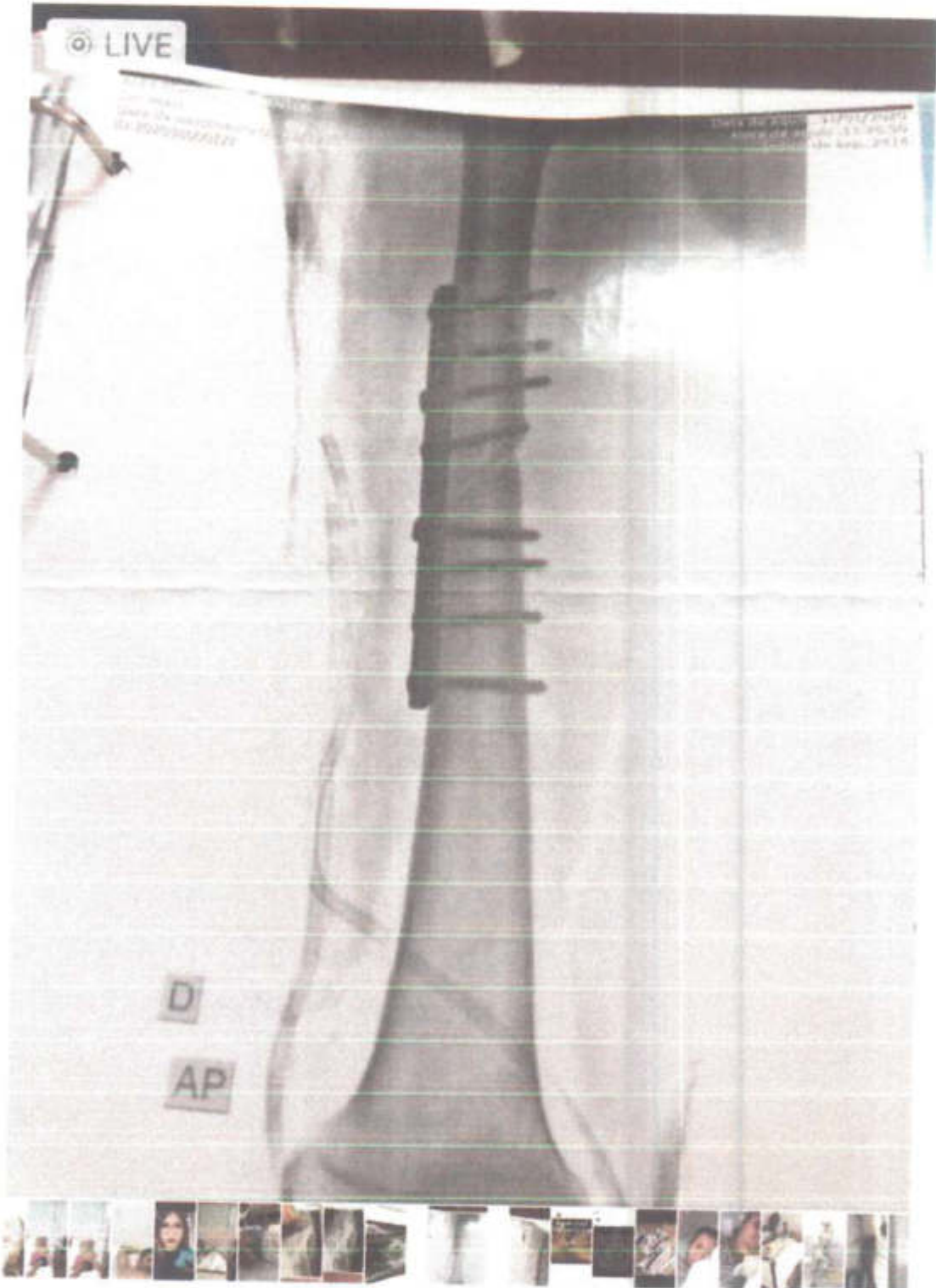
📶 Oi 3G

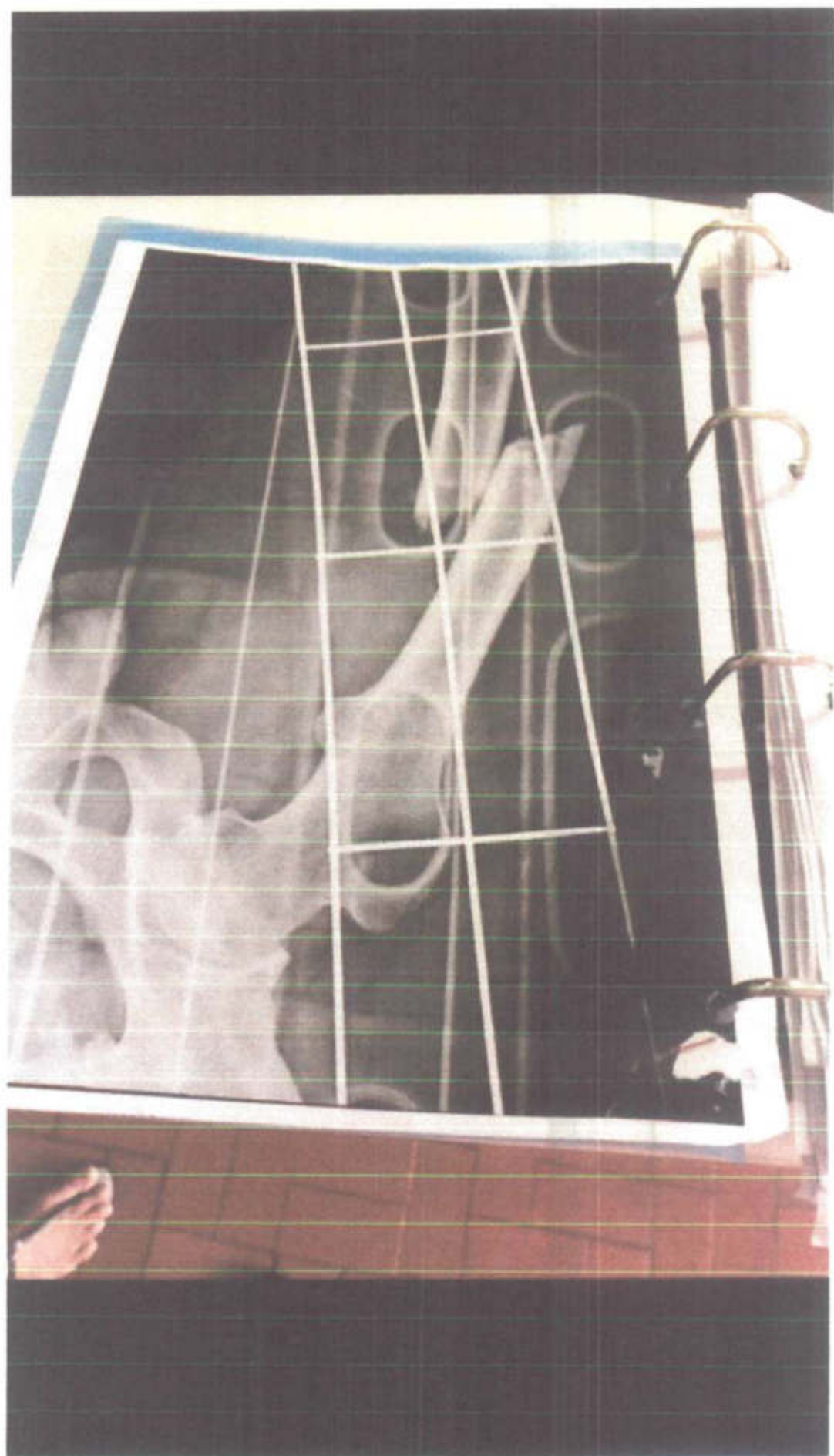
14:09



Fortaleza - Floresta
31 de janeiro 14:56

Editar





📶 Oi 3G

14:08



Sábado
23:29

Editar



X
CR-CLASSIC

Ex:

AP

Se: 1/1

Im: 1/1

FEMUR

Mag: 1.0x

AL FERNANDES TAMORA
TEXERA DOS SANTOS
GY M 301202036004872

Acc:
2020 Sep 14

W:4095 L:2047



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

1488614308

VÁLIDEM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1488614308

PROIBIDO PLASTIFICAR

1488614308

CEARÁ

NOME
ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE
2009610214225 SSP CE

CIV
053.498.893-89

DATA NASCIMENTO
08/11/1986

FRACÇÃO
FRANCISCA TEIXEIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACQ
CRIM
AS

Nº REGISTRO
06614155717

EMISSÃO
16/02/2001

1ª RENOVACAO
04/05/2016

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO:

alex teixeira dos santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
22/05/2017

92347126804
CE159559669

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288741/20

Vítima: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

CPF: 053.498.893-89

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

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

ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS : 053.498.893-89

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: 13/10/2020
Nome: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS
CPF: 053.498.893-89

ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200365521 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA NA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS)
ALTA MEDICA (P1/15/16FC/ IMAGEM-P18/19/20/21)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200365521 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA NA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS)
ALTA MEDICA (P1/15/16FC/ IMAGEM-P18/19/20/21)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros 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-0288741/20

Vítima: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

CPF: 053.498.893-89

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

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

ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS : 053.498.893-89

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: 13/10/2020
Nome: ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS
CPF: 053.498.893-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

ALEX TEIXEIRA DOS SANTOS

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA