

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA

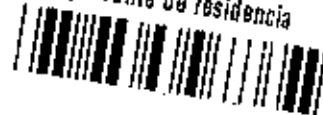
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00727-7

CONTA: 000000013608-5

Nr. Autenticação

BRABCO1610201705000000000023700727000000013608405000 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco José Rodrigues VieiraRG nº 98028018460, data de expedição 14/08/2013 Órgão SSP-CE,

CPF nº 971.820.523-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

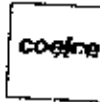
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>St. Passagem Florinda</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>_____ / _____</u>
Bairro	<u>curral</u>
Cidade	<u>Vicosa do Leão</u>
Estado	<u>Leão</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)99404-4796/999273959/998045027</u>
E-mail	<u>franciscoa@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa - Ce, 01-08-2017.Assinatura do Declarante: X Francisco José Rodrigues Vieira

IN DOCHIERTE
4271621-7
 Para aplicar seu código mensal, use o nº 4271621-7
 sempre que emitir um boleto bancário

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438,
 de 26 de abril de 2002.



Rua Padre Valdeirino, 150
 CEP 60135-042 Fortaleza CE
 CNPJ: 07.047.251/0001-70 CGF 05.106.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-4 - Nº
 Rota 22 31143 01 032250 - 7 Data de Emissão 03/05/2017
 Nome FRANCISCO JOPSE RODRIGUES VIEIRA
 End. Postal ST PASSAGEM FLORIDA 00000
 OESTE - VICOSA CEARA - 62300000
 Medidor 25098627 Poste 0000 A61W
 Classe 04-RJAL MONOFASICO Fator de Potência
 RG / CPF / CNPJ 971820523-34 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Atividade	Data de Apresentação	Próxima Lettura
Atividade	02/06/2017	02/06/2017

TABUA DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

Conjuntos	Mês	Indicador
Conjuntos	03/05/2017	99,99

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
120,00	12,00%	14,40

Resumo Tarifário

Mês	Resumo Tarifário			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,73	32,20	107,30	0,22	0,66	2,00
FEV	10,73	32,20	107,30	1,02	3,06	9,18
DMC	10,73	32,20	107,30	2,22	6,66	19,98

PARA RESERVAÇÃO AO CONTROLE FISCAL

PARA RESERVAÇÃO AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consum. Res.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5452	5447	5,00	4,00	1,00	3,36250	14,74

VALOR CONSUMO DO MES 14,74
JURCS DO MES 0,32
COB. VALOR FATURA ANTERIOR 0,32
ADICIONAL SANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,38) 11,53

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Consumo	14,74
JURCS	0,32
COB. VALOR FATURA ANTERIOR	0,32
ADICIONAL SANDEIRA VERMELHA MES	11,53
TOTAL	26,91

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

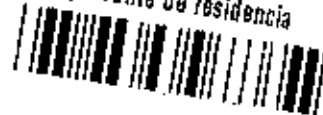
Mês	Consumo (kWh)
01/05/2017	4,00
02/05/2017	4,00
03/05/2017	4,00
04/05/2017	4,00
05/05/2017	4,00
06/05/2017	4,00
07/05/2017	4,00
08/05/2017	4,00
09/05/2017	4,00
10/05/2017	4,00
11/05/2017	4,00
12/05/2017	4,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo (kWh)	Emissões (kg CO ₂)
14,74	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco José Rodrigues VieiraRG nº 98028018460, data de expedição 14/08/2013 Órgão SSP-CE,

CPF nº 971.820.523-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

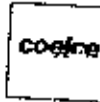
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>St. Passagem Florinda</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>_____ / _____</u>
Bairro	<u>curral</u>
Cidade	<u>Vicosa do Leão</u>
Estado	<u>Leão</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)99404-4796/999273959/998045027</u>
E-mail	<u>franciscoa@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa - Ce, 01-08-2017.Assinatura do Declarante: X Francisco José Rodrigues Vieira

IN DOCHIERTE
4271621-7
 Para aplicar seu código mensal, use o nº 4271621-7
 sempre que emitir um boleto bancário

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438,
 de 26 de abril de 2002.



Rua Padre Valdeirino, 150
 CEP 60135-042 Fortaleza CE
 CNPJ: 07.047.251/0001-70 CGF 05.106.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-4 - Nº
 Rota 22 31143 01 032250 - 7 Data de Emissão 03/05/2017
 Nome FRANCISCO JOPSE RODRIGUES VIEIRA
 End. Postal ST PASSAGEM FLORIDA 00000
 OESTE - VICOSA CEARA - 62300000
 Medidor 25098627 Poste 0000 A61W
 Classe 04-RJAL MONOFASICO Fator de Potência
 RG / CPF / CNPJ 971820523-34 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Atividade	Data de Apresentação	Próxima Lettura
Atividade	02/06/2017	02/06/2017

TABUA DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Ver a legenda no verso desta conta
 Condição 100% 100%
 Mês 02/05/2017 100%

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
10000		

	Padrão Tarifário			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,73	32,20	107,56	0,22	0,66	2,00
FIC	1,77	5,31	16,53	0,02	0,06	0,18
DMIC	12,50	37,51	124,09	0,24	0,72	2,18

PARA RESERVAÇÃO AO CONTROLE FISCAL

PARA RESERVAÇÃO AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consum. Res.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5452	5447	5,00	4,00	1,00	3,36250	14,74

VALOR CONSUMO DO MES 14,74
JURCS DO MES 0,32
COB. VALOR FATURA ANTERIOR 0,32
ADICIONAL SANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,38) 11,53

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Consumo	14,74
Jurcs	0,32
COB.	0,32
Adicional Sandeira Vermelha	11,53
Total	26,91

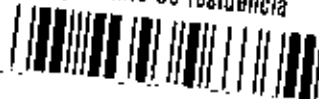
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
01/05/2017	4,00
02/05/2017	4,00
03/05/2017	4,00
04/05/2017	4,00
05/05/2017	4,00
06/05/2017	4,00
07/05/2017	4,00
08/05/2017	4,00
09/05/2017	4,00
10/05/2017	4,00
11/05/2017	4,00
12/05/2017	4,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
 Considere suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecofisco.
 Emissão kg(CO₂) 18,58 Compensado kg(CO₂) 0,00
 Consistência Ecológica (% CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Fábio de AraújoRG nº 2001099079845 Data de expedição 10/07/14 Órgão SSP-CE

CPF nº 006.892.523-90 Venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Tr. Lamartine Nogueira</u>
Número	<u>03</u>
Apto / Complemento	<u>11</u>
Bairro	<u>São Francisco</u>
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99404-4796 / 999273954</u>
E-mail	<u>afauvicosa@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Vicosa do Ceará, 03-08-2012.Assinatura do Declarante: Antônio Fábio de Araújo



2ª Via
 Nº de Inscrição:
 0016789229

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANTONIO FABIO DE ARAUJO
 End. Entrega: TRILAMARTINE NOGUEIRA 03, SAO FRANCISCO
 Cidade: VICOSA DO CEARA CEP: 62.300-000
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 0091 Setor: 002 Quadra: 0013 Lote: 1484 Comp: 0023
 Subsetor: Subseção

ECONOMIAS

Residência: 001 Comércio: 000 Industrial: 000 Pórtico: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Medida Semestral (m³)
ÁGUA	A15F152541	268	271	3	3

DATAS

Leitura Anterior: 24/07/2017 Escalador: 28/07/2017 Leitura Atual: 18271878
 Leitura Anterior: 22/06/2017 Escalador: 22/06/2017 Leitura Atual:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A 05/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	PH	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Amostras	030	030	010	030	030
De conformidade	030	030	010	029	030

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos debito de R\$ 36,32. Caso pago, desconsiderar.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Agua (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	22,67	MAR/2016	118	0
MULTA DE 12%	0,39	JUL/2016	0	0
JUROS DE 0,03% AO DIA	0,27	AGO/2016	0	0
		SET/2016	0	0
		OUT/2016	0	0
		NOV/2016	0	0
		DEZ/2016	0	0
		JAN/2017	0	0
		FEV/2017	0	0
		MAR/2017	0	0
		ABR/2017	0	0
		MAY/2017	0	0
		JUN/2017	0	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,24	VALOR DO SERVIÇO	22,67
COFINS	1,08	VALOR DO SUBSIDIO	18,69
		VALOR TOTAL A PAGAR	22,67

MÊS/ANO: 07/2017 VENCIMENTO: 07/08/2017 TOTAL A PAGAR (R\$): 22,67

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Informação importante: Este boleto é emitido em nome da Agência Reguladora de Serviços Públicos de Energia, Transportes e Saneamento do Estado do Ceará - ARSEP/CE. O valor do boleto deve ser pago diretamente para a ARSEP/CE, não sendo possível o cancelamento ou a emissão de novo boleto em nome da Cagece.



É obrigatório o usuário efetuar seu cancelamento diretamente junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para obter informações pelo telefone: 0800 275 0195
 ou: sites de atendimento: 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou: ouvidoria: Cagece: 8101 3118 de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria: 8101 3118 de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria: 8101 3118 de 8h às 12h e 13h às 17h.

Agência Reguladora de Serviços Públicos de Energia, Transportes e Saneamento do Estado do Ceará - ARSEP/CE
 Reguladora, Fiscalizadora e Controladora dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 205 1919 - Denúncia: 0800 205 1919 - ARSEP/CE
 Agência Reguladora de Serviços Públicos de Energia, Transportes e Saneamento do Estado do Ceará: 0800 275 0195



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0016789229 / Código de Responsável: 07/2017

Local: 0091 Setor: 2 Quadra: 0013 Lote: 1484 Comp: 0023
 Subsetor: Subseção

Cidade: VICOSA DO CEARA Vencimento: 07/08/2017 Total a pagar: 22,67

82690800000-9.22670009200-1 01678922901-6 00068131025-6



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Fábio de Araújo, portador(a) do RG nº 2001099079843, expedido por SSP-CE, em 10/07/19, CPF/CNPJ nº 006.892.523-90,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Francisco José Rodrigues Vieira do sinistro de DPVAT da natureza invalidiz da vítima Francisco José Rodrigues Vieira e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso-me Renda Mensal: R\$ Recuso-me

Documentos comprobatórios: Recuso-me

Antônio Fábio de Araújo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





12930010099

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Francisco José Rodrigues
Sexo: M (☒) F () DN: 1 Idade: 1 Raça/Cor:
Nome do Pai: Nome da Mãe:
Estado Civil: Profissão:
Município de Origem: (☒) Viçosa do Ceará () Outro Município:
Endereço: Rua S. Sebastião Telefone ()
Cartão do SUS: 123456789 RG:
Data do Atendimento: 19/05/17 Hora: 15:30 Recepção:

SINAIS VITAIS 24.9 99.4 FC 55 bpm
Peso: 9 Temperatura: °C Pressão Arterial: 100 x 60 mmHg
FR: 18 irpm FC: 55 bpm DX: 105 mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal:

Há quanto tempo:
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

(☒) Acidente de Trânsito. Data: 19/05/17 Hora: Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
() Moto - Usando Capacete? () Automóvel - Usando cinto de Segurança?
(☒) Atropelamento Local:
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde?
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros:

29 A60, 2017

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:



ORIGINAL A PRESENTAR COPIA REPRODUZIDA
FORNE ORIGINAL APRESENTADO

20 JUN, 2017

VAGABONDAGEM - SELA DE ESCALIZAÇÃO

Maria Mary de Oliveira
Escritório

Classificação de Risco: ☐

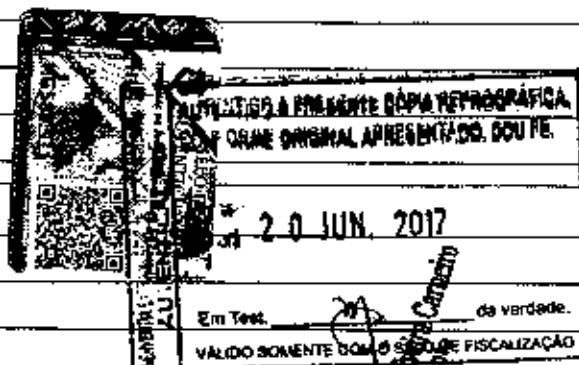
Data: 1 / 1 / 1

Assinatura do Profissional:

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:



HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

TCE grave

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

Referencia de urgência ao Hospital

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Admissão em 17/06/2017 às 10:30h. Paciente em estado de consciência, apresentando sinais vitais estáveis. Realizado exame físico completo, sem alterações. Paciente em repouso, sem dor.

União

29 AGO. 2017

Seguradora

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que não houve preenchimento dos campos, Data de Nascimento, Idade, Mãe, Pai, RG e CPF, referente ao Boletim de Atendimento em anexo.

Retifico, portanto, para os dados a seguir o nome do Paciente para FRANCISCO JOSÉ RODRIGUES VIEIRA, nascido em: 24/08/1983, 34 anos de idade, brasileiro, casado, agricultor, residente em São Passagem Florida, Filho de: José Raimundo Rodrigues e Maria de Lourdes Vieira. Portador do RG: 98028018460 e CPF: 971.820.523-34.

Esta declaração só tem validade se anexada ao Boletim de Atendimento do (a) referido (a) paciente.

Vigosa do Ceará, 20 de junho de 2017.


Odília Campos Passos
Chefe de Enfermagem do HMMVC



Maria Mary de Oliveira Carneiro
Escritor



**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

Atendimento: 4846686 | **Paciente:** 907145 - FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA
Data e Hora do Acolhimento: 14/05/2017 20:54:37

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO
TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO
CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: SIM / **Paciente Regulado:** NÃO / **SAMU:** NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, ENCONTRADO EM VIA PÚBLICA, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO.
APRESENTANDO OTORRAGIA A DIREITA, AFUNDAMENTO DE CRANIO NA REGIAO
OCCIPITAL, LESÃO EM PÉ ESQUERDO E DOR ABDOMINAL À PALPAÇÃO. VERBALIZANDO,
DISCURSO INCOMPREENSIVEL, INQUIETO E DERORIENTADO. COM SVD. HÁLITO ETÍLICO.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 120/70, **Nº Pulso:** 96, **Nº Freq. Resp:** , **DX:** , **Temperatura:**

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico
☐ Queda? Descrição da Queda: _____
☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: _____ Causa da Queimadura: _____
☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto
☐ Moto ☐ Utilizava Capacete
☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal: _____
☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:**História da Doença Atual:**

PACIENTE VITIMA DE PROVAVEL ACIDENTE DE MMOTO ENCONTRADO EM VIA PUBLICA
COM LESAO EM CRANIO REBAIXADO E DOR ABDOMINAL

Exame Físico:

AOK BOK COK D GLASGOW 10 E LESAO EM COURO CABELUDO

Destino do Atendimento: OUTROS

JOSE MAURO RIOS NETO - CRM: 15077

 Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Mantenegro
Andreia R. Mantenegro
COORDENADORA



DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 907145
Paciente: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA CPF: 97182052334
Sexo: MASCULINO
Dt. Nasc.: 24/8/1983 Idade: 33a 8m 22d
Mãe: MARIA DE LURDES VIEIRA Cor: PARDA
Pai: JOSE RAIMUNDO RODRIGUES CNS:
E. Civil: CASADO
Endereço: PASSAGEM Nº:
Bairro: ZONA RURAL CEP: 62300-000
Cidade: VICOSA DO CEARA UF: CE
Fone: 994781358

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Documento:
Fone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 4847557 Atendente: CLERSON
Data: 15/05/2017 Hora: 13:27 Permanência: 14 Dias
Procedimento: 0303040106 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE
Medico: JEFFERSON PONTE ALBUQUERQUE FILHO
Unidade Int.: UI EMERGENCIA ADULTA
Leito: LEITO 5-1 EMERG. ADULTA
Convênio: SUS - SIH
Plano:
Carteira:
N. Guia:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

NEUROLOGIA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
/2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Improvante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: AURICELIA SANTANA
Em: 22/05/2017 17:45

Atendimento: 4847557

Dt Atendimento: 15/05/2017 - 13:27

Dt Alta: 22/05/2017 - 17:53

Paciente: 907145 FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA

Serviço: 17 NEUROCIRURGIA

Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 137 LEITO 3-1 - C.S.M. EUFRASIO

Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: AURICELIA SANTANA

CID: S069

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO



Procedimento de Alta 0303040106 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE

Observação de Alta

NEUROLOGIA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43440064805

29.505.2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3021114

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3021114

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

ATENÇÃO: 4847557 DT. ATEND.: 15/5/2017 - 13:27

MATR.: 907145 NASCIMENTO: 24/8/1983

NOME: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA

MÃE: MARIA DE LURDES VIEIRA

CPF: 9718205234 CNES: SUSFACIL

ENDER.: PASSAGEM

Bairro: ZONA RURAL - VILAGE DO CEARA

-CE- CEP: 62300000

7 - SEXO

MASC. ☒ FEM. ☐

8 - RACIA

9 - RACIA

10 - RACIA

11 - RACIA

12 - RACIA

13 - RACIA

14 - RACIA

15 - RACIA

16 - RACIA

17 - RACIA

18 - RACIA

19 - RACIA

20 - RACIA

21 - RACIA

22 - RACIA

23 - RACIA

24 - RACIA

25 - RACIA

26 - RACIA

27 - RACIA

28 - RACIA

29 - RACIA

30 - RACIA

31 - RACIA

32 - RACIA

33 - RACIA

34 - RACIA

35 - RACIA

36 - RACIA

37 - RACIA

38 - RACIA

39 - RACIA

40 - RACIA

41 - RACIA

42 - RACIA

43 - RACIA

44 - RACIA

45 - RACIA

46 - RACIA

47 - RACIA

48 - RACIA

49 - RACIA

50 - RACIA

51 - RACIA

52 - RACIA

53 - RACIA

54 - RACIA

55 - RACIA

56 - RACIA

57 - RACIA

58 - RACIA

59 - RACIA

60 - RACIA

61 - RACIA

62 - RACIA

63 - RACIA

64 - RACIA

65 - RACIA

66 - RACIA

67 - RACIA

68 - RACIA

69 - RACIA

70 - RACIA

71 - RACIA

72 - RACIA

73 - RACIA

74 - RACIA

75 - RACIA

76 - RACIA

77 - RACIA

78 - RACIA

79 - RACIA

80 - RACIA

81 - RACIA

82 - RACIA

83 - RACIA

84 - RACIA

85 - RACIA

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente encontrado em via pública, vítima de acidente de moto, apresentando otomagia à direita. Afundamento de crânio em região occipital. TC de crânio com múltiplas contusões, com HED e pneumoencefalo.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

CONFERE COM O ORIGINAL

Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Traumatismo crânioencefálico

24 - CID 10 PRINCIPAL

5069

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0303040106

29 - CLÍNICA

3

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CP

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

91135123532

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Jefferson Costa A. Silva

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/05/17

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Jefferson Costa A. Silva

Nº 147436/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNIE EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

29 A60.2017

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPP

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

618 288 211 68

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Cristiano Araújo Costa

CRM: 9362 DIRETOR TÉCNICO

Gelson Vasconcelos Lira
Médico Assistente - Demasus - Sobral - CE

18 MAIO 2017

CRM: 6591

CPF: 002.390.757-47



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

HM MUC

Município:

Paciente encontrado em via pública
Município: Viçosa do Ceará

Nome: Antônio

Prontuário Nº:

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento:

Ocupação:

Endereço: Rua Xuxum Florido

Bairro: Zona Rural

Município:

Viçosa do Ceará

Motivo do Encaminhamento:

Oferecer atendimento de urgência

Resultado do(s) Exame(s):

Glasgow 15/14
Saturação 98%
Pupila 4mm

Fátima Cíntia da M. do Carmo
CPF: 738.817.763-15
SECRETARIA DE SAÚDE

Conduta já Realizada:

Entalaxia - suporte clínico -
SR 200mg EV 3x/dia

Impressão Diagnóstica:

TCE Grave

Assinatura do Encaminhante: N° Registro

Medicador

Função

14/08/17 19:00
Data Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Procedimento:

Unidade de Referência:

☐ Ambulatorial

☒ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Profissional: Emergência

Assinatura do Encaminhante: N° Registro

Função

Data Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: S.E.M.S.

Município: Sobral

Prontuário Nº: 902145

Data de Alta: 22/5/17

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando quadro de hemorragia, inquieto e disorientado. Foi submetido a tratamento conservador do TCE moderado.

Resultado do(s) Exame(s):

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Porto
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal TCE Moderado

Secundário 1

Secundário 2

CID: 600.810

CID: 29 AGO. 2017

CID:

Proposta de Consulta para seguimento:

Acompanhamento Ambulatorial

O problema é de natureza neurológica? Sim ☒ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☒ Não ☐

Assinatura do Consultante: N° Registro

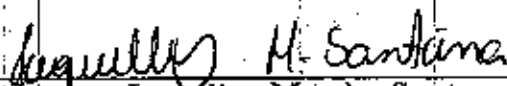
Função

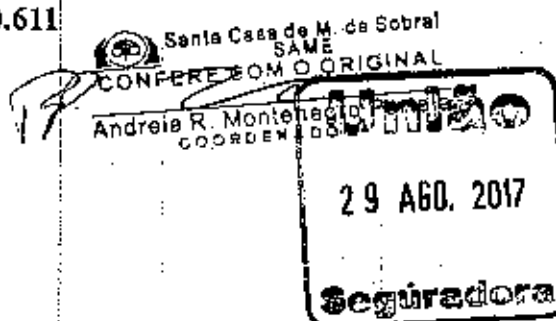
Data



RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR
Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Setor: Neurologia

Cliente: FRANCISCO JOSÉ RODRIGUES VIEIRA	Matrícula: 907145	Idade: 38 ANOS
Diagnóstico médico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO	Data de Admissão: 15/05/2017	
Permaneceu pelo período: 07 DIAS	Data da Alta: 22/05/2017	
Breve histórico de internação: Paciente 38 anos, encontrado em via pública, vítima de acidente de moto apresentando otorragia a direita e afundamento de crânio em região occipital. Fex RX de coluna que não evidenciou alterações e TC de crânio do dia 15/05/17, que evidenciou múltiplas contusões cerebrais frontobasais temporal D e fratura de crânio, hematoma extradural + pneumocéfalos (Avaliação Dr. Cláudio Henrique). Permaneceu em observação neurológica e foi encaminhado para o serviço de neurologia dia 20/05/17. Permaneceu em uso de Fenitoína 100mg de 8/8 horas, Amplicil 5 mg/ml ACM e Ranitidina 50mg/2ml 12/12h. Realizou TC de crânio de controle e após avaliação do neurologista recebe alta médica em uso de Tylex 30 mg até de 6/6 horas se dor intensa, Hidantal 100mg 01cp de 8/8hs uso contínuo e Risperidona 1mg 01 cp ao dia 30 cápsulas.		
Condição clínica na alta hospitalar: Paciente encontra-se consciente, com episódios de desorientação, eupneico, afebril, sem queixas de dor.		
Outras informações importantes: - Administrar medicação conforme prescrição médica. - Higiene corporal e oral. - Em caso de piora do quadro clínico procurar serviço de saúde mais próximo. Tel.: Ambulatório: 3112-0595 e 3112-0548.		


Jaqueline Mendes Santana
Enfermeira
COREN 370.611



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:



NOME: Carlos Amor Neto

Nº PRONTUÁRIO

9. 11. 58

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO

DATA

45/05/12

08:00

NEUROLOGIC DR. CLAUDIO HENRIQUE

Px color can't read

T.C. cereb- multiple combinations cerebri
frontal lobe / in order to expand
fungal bursts
- before & during fungal
bursts smooth of pyram
bottom & bottom of half
a pyramid

Plt / of myrth-leaved
Cult. - *Strobil.*

Highway 186
Bismarck

- Carl counts 26

WIND

~~29 AUG, 2017~~

Separate

Santa Casa de M. de Sobral
SAMB
CONF. COM ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Pontes
COORDENADORA

Cláudio Henrique Souza Moraes
NEUROCIRURGIÃO
CNS: 204326422120094

DATA

Atestado

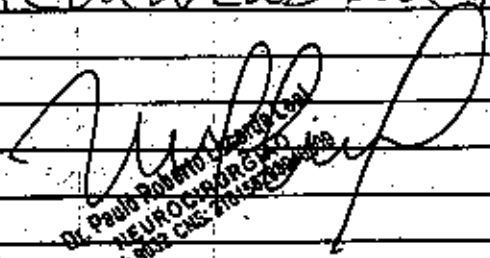
[Redacted]

12/01

Paciente evoluiu com agitação psico-
motora

[Redacted] muito mais contínuos
hormonais e sem efeito de medicação

Ed: - função anticonvulsivante
- PC de 24h em 22h



Dr. Paulo Roberto Montenegro
NEUROLOGISTA
CRM 303.042 - RJ

Atestado Caso 55 M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

União
29 AGO. 2017
Seguradora

DATA

18/05/12 Dr. que obra e tal, sendo
de pte, MVO e em L.A.
BEG e Can al

Dr. Ardenal Bezerra Martins
MEDICO
CRMEC 10754

18/05/12 Dr. e tal BEG, tal
de pte, MVO e em L.A. de pte
BEG e Can al

Dr. Ardenal Bezerra Martins
MEDICO
CRMEC 10754

União
29 AGO. 2017
Seguradora

Neo
19/05/12
19/12/26

suavemente e episódio de
desmielinação.

TC de crânio: múltiplas lesões
focais multifocais de massa.

Dr. - Vide exames

Transtorno de Neurologia

Santa Casa de São Paulo
SAME
CONFERE COM ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portale
COORDENADORA

Dr. Paulo Roberto Lacerda Leão
NEUROLOGIA
CRM 210132/2006



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:

NOME: FLO José Rodrigues Vieira

Nº PRONTUÁRIO 907118

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

Evolução Médica

20/05/2017

FLO José Vieira, 33 anos, m 5' 11" por:
- Última de acidente motorciclístico + TCE + afundamento de crânio
em região occipital + TC de crânio com múltiplas fraturas com HED e
pneumomeningeal
Com uso de Hidromal
Parâmetros fisiológicos
Exame: Paciente estável, calma no leito. Nega queixas. Aceita
bem a dieta. VD. Sinais presentes
Doenças pré-existentes: Sem alterações
Conduta: Manter em observação
VPM

Dr. Cristóvão Alves Lima
Médico - Clínica Médica
CREMEC-13.989

21/05/17

Alt. e/ou clínico

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM ORIGINAL
Andraia R. Montenegro Pereira
COORDENADORA

Cláudio Henrique Souza Moreira
NEUROCIRURGIÃO - CRM 5643
CNS: 20432642212004
Santa Casa de Misericórdia de Sobral

22/05/17

Alt. e/ou clínico

União
29 AGO. 2017
Seguradora

Cláudio Henrique Souza Moreira
NEUROCIRURGIÃO - CRM 5643
CNS: 20432642212004
Santa Casa de Misericórdia de Sobral



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 4847557 DT: ATEND.: 15/5/2017 - 13:27
MATR.: 907145 NASCIMENTO.: 24/8/1983
NOME.: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA
NME.: MARIA DE LURDES VIEIRA
CPF.: 97182052334 CNB: SUSFACIL:
ENDER.: PASSAGEM
BAIRRO: ZONA RURAL VILA DO DEARA -CE- CEP: 62300000

QP: Politraumatismo com TCE

HDA: Paciente vítima de acidente de moto,
encontrado em via pública, inquieto, desorienta-
do, apresentando otorragia à direita.

TC de crânio: fratura do cranio temporal direito,
com HED e pneumoencefalos. RX de coluna = nor-
mal.

EXAME FÍSICO: Glasgow = 14

- Espiracao, apnéia, sonolento, respirando espontaneamente
- ACRCR, 2T, BNF, S/S
- AP: MVU, MM R/L
- Abd.: inocente
- Ext.: escoriações, ppp, sem edema
boas perfusões

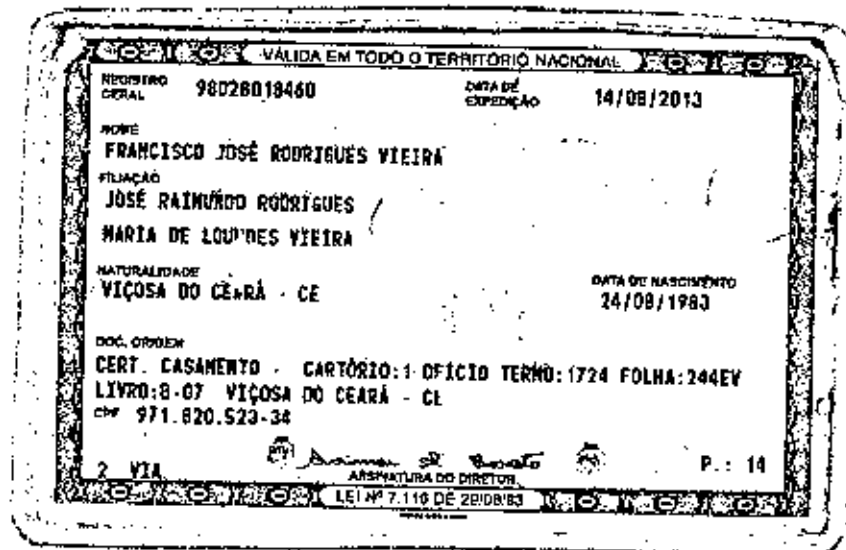
Santa Casa de M. de Sobral
CONF. COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

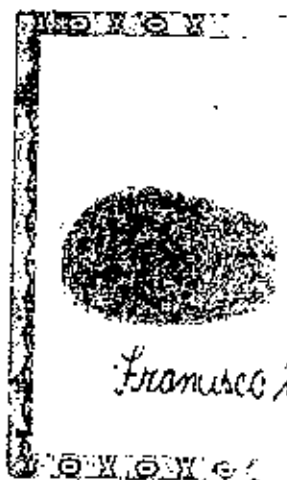
DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE

CONDUTA: Internamento hospitalar



DIAGNÓSTICO FINAL: TCE moderado





Folger 1.1.10



Francesco Rossi



REPÚBLICA DE GUATEMALA
 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA
 MINISTERIO DE LA DEFENSA
 COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS

ANTONIO PABLO DE ARAUJO

001099010943

0067892-523-90 10/08/1984

LUIS GONZALEZ DE ARAUJO
 LUCILLES MARIA DA
 SILVA ARAUJO

09822461166 28/01/2018 28/06/2018

ACTIV. REMUNERADA

10/07/2014

30089724558
 CB142556343

União

29 A60, 2017

Seguradora

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170472126 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM OTORRAGIA E AFUNDAMENTO OCCIPITAL. TC: CONTUSÕES CEREBRAIS FRONTO-BASAIS E TEMPORAL DIREITA, HEMATOMA EXTRADURAL E PNEUMOENCÉFALO. TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO, ROMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E OBSERVAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT NEUROLÓGICO LEVE DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL. LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170472126 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE grave.

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170472126 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM OTORRAGIA E AFUNDAMENTO OCCIPITAL. TC: CONTUSÕES CEREBRAIS FRONTO-BASAIS E TEMPORAL DIREITA, HEMATOMA EXTRADURAL E PNEUMOENCÉFALO. TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO, ROMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E OBSERVAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT NEUROLÓGICO LEVE DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL. LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11582201

A/C: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170472126 ASL-0336594/17
Vitima: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA
Data Acidente: 14/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11582202

A/C: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170472126 ASL-0336594/17
Vitima: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA
Data Acidente: 14/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2017

Carta nº: 11772968

A/C: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA

Sinistro: 3170472126 ASL-0336594/17
Vítima: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA
Data Acidente: 14/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2017

Carta nº: 11820378

A/C: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA

Sinistro: 3170472126 ASL-0336594/17
Vítima: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA
Data Acidente: 14/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 237

Agência: 000000727-7

Conta: 0000013608-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.050,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco José Rodrigues Vieira
PORTADOR(A) DO RG Nº 998028018960 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 14/08/2013 E
CPF 971220523-84 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco José Rodrigues Vieira AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0727-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13608-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITA O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Vicosa - Ce, 01 de Agosto de 2017 Francisco José Rodrigues Vieira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ CC

Data 10/08/2017 Hora 10:48 Term 039761
M.Trans 1028 Banco 237 Agencia 0727
Conta 0002084-2 Valor

Favorecido:
Banco 237
Agencia 0727 / VICOSA DO CEARA
Conta 0013608-5

Titular: FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA

Nome: ANTONIO FABIO DE ARAUJO
Tipo/Conta: 00 Via/Cartao: 01

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira, das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Francisco Jose Rodrigues Vieira
Endereço do(a) Examinado(a): St Passagem Florida, S/N
Rural Vicosa do Ceara CE CEP: 62300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 98028018460
Data local do exame: [10/10/2017] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**TCE COM OTORRAGIA E AFUNDAMENTO OCCIPITAL. TC: CONTUSÕES CEREBRAIS FRONTO-BASAIS E TEMPORAL DIREITA, HEMATOMA EXTRADURAL E PNEUMOENCEFALO
TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO
LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO, ROMBERG POSITIVO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E OBSERVAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, CEFALÉIA RESIDUAL, USO CONTÍNUO DE FENITOÍNA E RISPERIDONA.
Data da alta: OUT/2017
TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, CEFALÉIA RESIDUAL, USO CONTÍNUO DE FENITOÍNA E RISPERIDONA.
Complicações: SEM
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, CEFALÉIA RESIDUAL, USO CONTÍNUO DE FENITOÍNA E RISPERIDONA.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
PÉ - Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050





RUBRICA
AUTENTICAÇÃO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1253 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/08/2017 09:05:02**
Data / Hora da Ocorrência: **14/05/2017 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO PASSAGEM FLORIDA**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência:

Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**



Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA**
Nascimento: **24/08/1983** CPF: **971.820.523-34**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DE LOURDES VIEIRA**
JOSE RAIMUNDO RODRIGUES
Endereço: **SITIO PASSAGEM FLORIDA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRAMENCIONADOS, CAMINHAVA NO ACOSTAMENTO DA ESTRADA DO SITIO PASSAGEM FLORIDA, PROXIMO AO GRUPO ESCOLAR, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA D-20, VERMELHA, PLACA KBR 0374, QUE ERA CONDUZIDA POR UM HOMEM CONHECIDO POR "DILSON", RESIDENTE NO SITIO JACARÉ, QUE APÓS A COLISÃO O MESMO SOCORREU A VITIMA QUE FOI LEVADA AO HOSPITAL MUNICIPAL DE VIÇOSA-CE E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL-CE. FICANDO O NOTICIANTE COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Jose Rodrigues Vieira

VISTO DO DELEGADO(A) :

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6





RUBRICA
AUTENTICAÇÃO POLÍCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1253 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/08/2017 09:05:02**
Data / Hora da Ocorrência: **14/05/2017 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO PASSAGEM FLORIDA**
Complemento:
Bairro: Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO JOSE RODRIGUES VIEIRA**
Nascimento: **24/08/1983** CPF: **971.820.523-34**
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA DE LOURDES VIEIRA**
JOSE RAIMUNDO RODRIGUES
Endereço: **SITIO PASSAGEM FLORIDA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRAMENCIONADOS, CAMINHAVA NO ACOSTAMENTO DA ESTRADA DO SITIO PASSAGEM FLORIDA, PROXIMO AO GRUPO ESCOLAR, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA D-20, VERMELHA, PLACA KBR 0374, QUE ERA CONDUZIDA POR UM HOMEM CONHECIDO POR "DILSON", RESIDENTE NO SITIO JACARÉ, QUE APÓS A COLISÃO O MESMO SOCORREU A VITIMA QUE FOI LEVADA AO HOSPITAL MUNICIPAL DE VIÇOSA-CE E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL-CE. FICANDO O NOTICIANTE COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Jose Rodrigues Vieira

VISTO DO DELEGADO(A) :

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Francisco José Rodrigues Vieira, portador da carteira de identidade nº 98028018460 e inscrito no CPF/MF sob o nº 974.820.523-34, residente e domiciliado na Sítio Paragem Fluvial, Cidade Vicosa do Ceará Estado Ceará, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco José Rodrigues Vieira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Vicosa - Ce, 01 de Agosto de 2017.

Local e data





Ato Declaratório 1293001 0099

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Francisco José Rodrigues
Sexo: M (☒) F (☐) DN: 11/11/1971 Idade: 46 Raça/Cor: Branco
Nome do Pai: Francisco José Rodrigues Nome da Mãe: Antônia Maria Rodrigues
Estado Civil: Casado Profissão: Trabalhador
Município de Origem: (☒) Viçosa do Ceará (☐) Outro Município: Viçosa do Ceará
Endereço: Rua 1000 Telefone (☐) 1111-1111
Cartão do SUS: 123456789 RG: 123456789
Data do Atendimento: 14/05/17 Hora: 13:30 Recepção: Recepção

SINAIS VITAIS 20.8 99% FC 95 bpm
Peso: 75 g Temperatura: 36.8 °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: 18 lprpm FC: 95 bpm DX: 105 mg/dL
Classificação da dor: (☐) Sem Dor (☐) Leve (☐) Moderada (☐) Intensa (☐) Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: (☐) Sim (☐) Não
Queixa Principal: Queixa Principal
Procurou Atendimento na Atenção Básica: (☐) Sim (☐) Não Qual o PSF: Qual o PSF
Justificativa: Justificativa

TIPO DE ACIDENTE:

(☒) Acidente de Trânsito Data: 14/05/17 Hora: 13:30 Alcoolizado: (☐) Sim (☐) Não (☐) Ignorado
(☐) Moto - Usando Capacete? (☐) Automóvel - Usando cinto de Segurança?
(☐) Atropelamento Local: Local
(☐) Acidente por arma branca (☐) acidente por arma de fogo (☐) acidente de trabalho (☐) Afogamento
(☐) Choque elétrico (☐) Queda. De onde? Queda
(☐) Ingestão Acidental: (☐) Corpo Estranho (☐) Produtos químicos farmacêuticos
(☐) Queimaduras: (☐) 1º grau (☐) 2º grau (☐) 3º grau Por: (☐) Água (☐) Óleo (☐) Alcool (☐) Elétrico
(☐) Mordedura de Animais: (☐) Domésticos (☐) Selvagem
(☐) Outros: Outros

Medicações e tempo de uso: Medicações e tempo de uso

Anamnese e Exames Físicos Inicial: Anamnese e Exames Físicos Inicial



20 JUN. 2017

VALIDO DURANTE A ATIVIDADE DE ATENDIMENTO

Maria Mary de Oliveira

29 AGO. 2017

Seguradora

Classificação de Risco: ☐

Data:

Assinatura do Profissional:

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

EXAME FÍSICO:



EXIBIR ORIGINAL E PRESENTE CÓPIA TEMPORÁRIA.
SEM O ORIGINAL APRESENTADO, DOU FE.

20 JUN. 2017

Em Test.

de verdade.

VÁLIDO SOMENTE COM O Selo de Fiscalização

Maria Márcia de Oliveira Costa
Secretaria de Saúde

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

TCE grave

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

- 1- Referência da urgência ao Hospital
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Atendimento em emergência, paciente com TCE grave, encaminhado para observação em UTI. Exame físico: consciente, orientado, sem alterações significativas. Sinais vitais: PA 120/80, FC 90, FR 18, SaO2 98%.

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:



Assinatura do Usuário ou Responsável

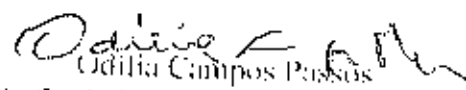
DECLARAÇÃO

Declara, para os devidos fins, que não houve preenchimento dos campos: Data de Nascimento, Idade, Mãe, Pai, RG e CPF, referente ao Boletim de Atendimento em anexo.

Realizo, portanto, para os dados a seguir o nome do Paciente para FRANCISCO JOSÉ RODRIGUES VIEIRA, nascido em: 24-08-1983, 34 anos de idade, brasileiro, casado, agricultor, residente em Sítio Passagem Florida. Filho de: José Raimundo Rodrigues e Maria de Lourdes Vieira. Portador do RG: 98028018460 e CPF: 971.820.523-34.

Esta declaração só tem validade se anexada ao Boletim de Atendimento do (a) referido (a) paciente.

Viçosa do Ceará, 20 de junho de 2017.


Odília Campos Passos
Chefe de Enfermagem do HMMVC



Maria Mary de Oliveira Carneiro
Escritorinha

