

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180186676 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL **Data do acidente:** 29/01/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do radio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do punho esquerdo associado a lesão tendinosa acarretando diminuição da força de sustentação com hipotrofia muscular do membro superior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do radio esquerdo (fixação metálica).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 05/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro superior esquerdo.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL**

Nº Sinistro: **3180186676**

Vitima: **HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL**

Data do Acidente: **29/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE DE MEDEIROS PAIVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180186676**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12734864



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL**

Sinistro: **3180186676**
Vítima: **HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL**
Data do Acidente: **29/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE DE MEDEIROS PAIVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180186676** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Carta nº: 12851871

A/C: HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL

Nº Sinistro: 3180186676
Vítima: HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL
Data do Acidente: 29/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE DE MEDEIROS PAIVA

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: **HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL**

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

Banco: **104**

Agência: **000001469**

Conta: **000000305-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 a 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: 023-944-793-02 CPF da vítima: 023-944-793-02 Nome completo da vítima: Helio de Angelis Real Maciel

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Helio de Angelis Real Maciel CPF titular da conta: 023-944-793-02 Profissão: recuso
Endereço: St. Caracubao Número: 314 Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: S. Gonçalo Amarante Estado: CE CEP: 60000-00
Email: Telefone (DDD): (85) 98774-9995

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 7.000,00

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (2371) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 1469 D.V.: CONTA NRO.: 0305 D.V.: 6
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
BANCO Nome: NRO.:
AGÊNCIA NRO.: D.V.: CONTA NRO.: D.V.:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECEBIDOS

Helio de Angelis Real Maciel 19 de 06 de 18
Local e Data

24 ABR 2018

Helio de Angelis Real Maciel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECEBIMOS

24 ABR 2018

Maria Cecília R. Nogueira
Coordenadora de Seguros Evid.
CNPJ: 21.467.708/0001-27



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 548 - 514 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/02/2018 09:03:28**
Data / Hora da Ocorrência: **29/01/2018 20:20:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DO PECÉM, ENTRADA DA COLONIA DE**
Complemento:
Bairro: **COLONIA DE FÉRIAS** Município: **SÃO GONÇALO DO**
Ponto de Referência: **AMARANTE/CE**
ENTRADA DA COLONIA DE FÉRIAS

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL**
Nascimento: **13/04/1993** CPF: **023.944.793-02**
CNH: **05506330056** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **VANIA MARIA LEAL MACIEL**

NC

Endereço: **SITIO CARAUBAS**

Bairro: **CARAUBAS**

Município: **SÃO GONÇALO DO AMARANTE/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9273-8005**

RECIBIDO
UF: **CE**
24 ASR 2018
Maria Geomene F. Nobre
Corretora de Seguros Erel -
CNPJ: 21.482.798-0001-09

CEP: **62.670-000**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUZ1854** Uf: **CE** Município: **SÃO GONÇALO DO AMARANTE**
Chassi: **9C2JC4110AR051651** Renavam: **228663717** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIA CLEUDENIR DA SILVA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Informa o declarante que na data e local da ocorrência, plotava a moto de marca/modelo e placa descrita acima, quando um animal(VACA), estava no meio da via e o mesmo não teve como desviar; QUE, o declarante colidiu com o referido animal vindo este ao solo, com o impacto da queda o mesmo FRATUROU O ANTI-BRAÇO ESQUERDO, que foi socorrido para UPA do Pecém e depois transferido para o Hospital Antonio Prudente onde passou por procedimento cirúrgico; QUE, o declarante teve ESCORIAÇÕES NA MÃO DIREITA, BRAÇO ESQUERDO, PERNA ESQUERDA. QUE, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MADALENA DE SOUSA ROCHA MARTINS - MAT.: 198182-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL

VISTO DO DELEGADO(A):

ADRIANA ALVES BRANDÃO BRAGA - MAT.: 198860-1-8

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora lider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0201204 ou 0800 0221203 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos: O Representante Legal é representado pelo pai, mas, ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos: Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor do I Jode no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador: Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima

Helio de Angelis Leal maciel

CNP da Vítima

023-944-793-02

Data do Acidente

29-01-18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do representante legal

CNP do Representante legal

Endereço

Telefone (DDD)

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 5.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo ocorrido.

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 da 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 extensão do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Fort. e 19 de 04 de 18

Lugar e Data

Maria Georgete F. Nobre
Corretora do Seguro Líder
CPF: 021.487.750/0001-06

HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 000000000305-6

Nr. da Autenticação 1FAA91297AB3C9D7



GOVERNO DE
SÃO GONÇALO
DO AMARANTE
FAZENDO NAVE E MEDIR

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
GOVERNO MUNICIPAL DE
SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Secretaria da Saúde



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 29-01-18	Horário: 20:40	Paciente Chegou: <input type="checkbox"/> Meios próprios <input checked="" type="checkbox"/> Ambulância	Nº do Prontuário: 2428
Paciente: Hélio d'Angeles Leal Maciel			
Nome da Mãe: Maria Maria Leal Maciel			
Idade: 24 G	Sexo: m	Data de Nascimento: 13-04-93	Identidade: 2004010338092
Escolaridade: Ensino médio		Nº do Cartão do SUS:	Telefone p/ Contato: 9273-8005
Endereço: Stio Caracoles		Profissão: Aux. de Produção	
Bairro: Pium	Cidade: S. G. A.	Estado: ce	Recepcionista: Lindouva
Assinatura do Paciente ou Responsável: [assinatura]			
Classificação: LARANTA	Horário: 20:43h	Clinica <input checked="" type="checkbox"/>	Pediatria <input type="checkbox"/>
Queixa Principal: Acidente de moto - colisão moto - vaca.			
Pa: X	Temp: 36	Glicemia: mg/dl	P: Kg
Enfermeiro (a): Angela Nêta Alves		Técnico de Enfermagem:	
PROCEDIMENTOS		OUTROS	
05.01.01.007-2		TIPOS DE ATENDIMENTO	
		Consulta Médica de Atenção Especializada	
História Clínica: Paciente refere acidente de moto colisão moto - vaca. Trauma no tórax, membros superiores e inferiores. Exame físico: FC 96, PA 120/80, RR 18, SpO2 98%, Glicemia 150 mg/dl. Sem ferimentos na pele.			
Diagnóstico: Acidente moto		REFERÊNCIAS	
Exames Solicitados 24 ABR 2018			
1) Rast x antebraço E	2) Rast x antebraço D	3) Rast x antebraço E	4) Rast x antebraço D
Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável: [assinatura]			
DESTINO DO PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Nebulização	<input checked="" type="checkbox"/> Observação Adulto
<input type="checkbox"/> Observação Pediátrica			

Atestado de atendimento
emitido em 29/01/2018
por 2428

SINAIS VITAIS									
Horário:				Horário:					
PA:				Sp. O2:					
T:				Dx:					
FC:				FR:					
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS			OBSERVAÇÃO		
23 01 18	1- Tramadol 100mg + 100mg 8h e 12h 2- Dipirona 200mg 12h e 18h			2 20:55 2 20:53			Pct. medicado conforme prescrição médica em AUP. MSD - [assinatura]		
<p>RECUPERAMOS</p> <p>24 ABR 2018</p> <p>Maria da Glória F. Nogueira Conselheira de Seguros Elétrico CBO 11.101.0100</p>									
DATA	EVOLUÇÃO								
23 01 18 20:45h	<p>Paciente procedente do Sítio Caraibas - Picão, vítima de acidente de moto, colisão moto-vaca, trazida na ambulância apresentando escoriações em MSE e MIE e fratura do antebraço E. Foi medicado. Aguarda vaga na central. À 22:25h foi transferido p/ o Hospital Antônio Prudente, na ambulância, com ex. Tec. Enf. Silvana.</p> <p>Angela Maria Alves COREN: 000.428.122 Enfermeira</p>								
ALTA DO PACIENTE									
<input type="checkbox"/> Alta Medicação <input type="checkbox"/> Alta Nebulização <input type="checkbox"/> Alta Observação Adulto <input type="checkbox"/> Alta Observação Pediátrica <input type="checkbox"/> Transferência Local: Antônio <input type="checkbox"/> Óbito Hora Saída: 22:25 Data Saída: 23/01/18 Motivo do Óbito: Prudente									

6683317-5
 Para garantir a sua segurança, utilize o e-mail
 sempre que ocorrer o e-mail de acesso.

Ata do Conselho de Energia Elétrica
 foi aprovada pelo Lei nº 10.438
 de 26 de abril de 2002
 Companhia Energética de Ceará
 Rua Padre Valcyrino, 180
 CEP 60135-040, Fortaleza CE
 CNPJ 07347251/0001-70 | CGF 003-05-640-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 SÉRIE B-4 (R)
 Rote 32 22024 01 0026001-7 Data de Emissão 17/01/2018

Nome **HELIO DE ANGELES LEAL MACIEL**
 End. Postal **ST. CARALIBAS 20000**
- S GONCALO APARANT - 00302000

Medidor **9587303** Posto **0000 0000**
 Classe **01 RESIDENCIAL MONOFASICO**
 RG/CPF/CNPJ **023944793-02** CGF
 Nome do Responsável

DATAS
 Mês de Referência: 16/02/2018
 Data de Apresentação: 16/02/2018
 Previsão Próxima Leitura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Caricamento	Mês	Indicador	Valor
2001	16/02/2018	2001	0,00

ICMS

Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
19,50	27,00%	5,26

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO
 42.3.5456 4238.5332.5332 5332.5332.5332

Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo (kWh)	Consumo (kWh) em Dens.	Consumo (kWh) em Dens. Incl. em Dens. Pte.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
15555	15521	1,02	100	0,76	124	11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60
ILUMINACAO PLB: ICA MUNICIPAL 11,12

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Geórgia F. Nebra
 Controladora de Seguros Elétrico
 CNPJ 21.467.738/0001-05

62570 (V)

25/03/2018 **110,72**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Aluguel	10,00
Contribuição	10,00
Distribuição	10,00
Impostos e taxas	10,00
Tributos (ICMS, IPTU, etc.)	10,00
Outros	10,00
TOTAL	60,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

137	138	139	140	141	142	143	144	145	146
137	138	139	140	141	142	143	144	145	146

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
 Consumo por emissão pelo consumo de energia elétrica
 Emissão kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂)
 59,64 | 0,00 | 0,00

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E EXATIDÃO DOS DADOS

PARA OBTENÇÃO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA DEVE-SE
 Ser titular de um imóvel em nome próprio ou de terceiros.
 Não ter sido condenado por crime de falsificação de documento público.
 Não ter sido condenado por crime de falsificação de documento particular.
 Não ter sido condenado por crime de falsificação de documento particular.
 Não ter sido condenado por crime de falsificação de documento particular.

ENEL AMPLA A COBERTURA DA REDE ELÉTRICA PARA TODOS OS CLIENTES.
 O PREÇO DA ENERGIA ELÉTRICA É FIXADO POR MEIO DE LEI E É DE RESPONSABILIDADE DO PODER PÚBLICO.

Para obter mais informações sobre a prestação de serviços de energia elétrica, consulte o site da Enel Brasil ou o telefone 0800 040 0000.
 Para obter mais informações sobre a prestação de serviços de energia elétrica, consulte o site da Enel Brasil ou o telefone 0800 040 0000.
 Para obter mais informações sobre a prestação de serviços de energia elétrica, consulte o site da Enel Brasil ou o telefone 0800 040 0000.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Jose de medina Paiva inscrito (a) no CPF 043.895.678.88 /
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Helio de Angelis Lial Maciel inscrito
(a) no CPF sob o Nº 023.944.793 / 02 do sinistro de DPVAT, cobertura IPA da Vítima
Helio de Angelis Lial Maciel inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.944.793 / 02 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

1 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Ameglio de Castro</u>		Número <u>4538</u>	Complemento
Bairro <u>Pq. São José</u>	Cidade <u>Porto Alegre</u>	Estado <u>RS</u>	CEP <u>60734-452</u>
E-mail	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(85) 98774.9995</u>

RECEBEMOS

Jose de medina Paiva 19 de 04 de 18
Local e Data

24 ABR 2018
Maria Geomaria F. Nobre
Coordenadora de Seguros Direti
CNPJ: 21.487.736/0001-17
DLRL 001 V001/2017

Jose de medina Paiva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA CLEUDENIR DA SILVA MACIEL

RG nº 20085375566, data de expedição 25/06/13

Órgão GSPDS-CE, portador do CPF nº 004.049.043-22, com

domicílio na cidade de SÃO GONÇALO DO A., no Estado de

CEARA, onde resido, na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO CARAUBAS nº 511,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima HELIO DE AUGELIS LEAL, cujo o condutor era

HELIO DE AUGELIS LEAL MACIEL

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HOVAIC 125 PUNKS

Ano: 2010

Placa: U0Z1854

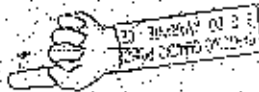
Chassi: 9CZ3C4110AR051651

Data do Acidente: 29/01/2018

Local e Data: SÃO GONÇALO DO AMARANTE - 27/03/2018

Maria Cleudener da Silva Maciel

Assinatura do Declarante



HELIO DE AUGELIS LEAL MACIEL

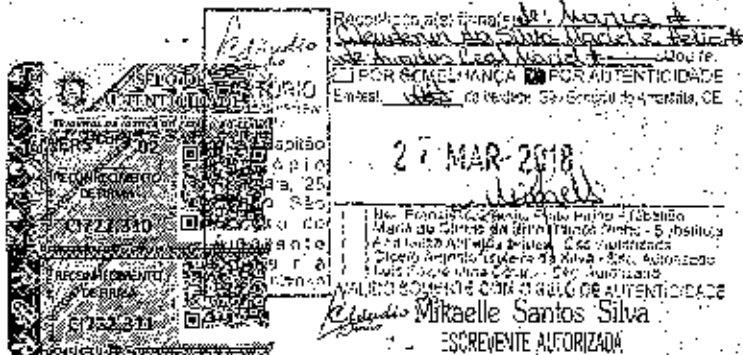
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Geomaira F. Nobre
Coordenadora de Seguros Direti
CPF: 21.487.756/0001-02





**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
48343939

!SEJJ"

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

21/03/2018 13:08:05

Prontuário 4057621	Nome do Paciente HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Sexo M	Nascimento 13/04/1993	Idade 24
RG 92015032037 SSP CE	CPF 77059093320	Carteira Profissional	Estado Civil 1-CASADO	
Endereço R 218,319 - CONJUNTO CEARA, FORTALEZA(CE) CEP 60530380				
Telefone Residencial 34712178	Telefone Trabalho			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - INDIVIDUAL		
Carteira 00100688849010034	Validade		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data 29/01/2018	Hora 23:41	Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente 2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES			Clinica 6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

RECEBAMOS

24 ABR 2018

Maria Geunius F. Nobre
Coordenadora do Seguro-Eteli
CNPJ:21.482.736/0001-02

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 431
Assinatura

Paciente: HELIO DE ANGLIS LEAL MACIEL Dt. Nasc.: 13/04/1993 Atendimento: 48344102 Prontuário: 4057621
 Convenio: HAPVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 0015772477 30/01/2018 às 07:46
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA Leito: 133410/1 3013.2 Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	12:00 ; 15:00 ; 18:00 ; 21:00 ; 31/01- 00:00 ;	
			31/01- 03:00 ; 31/01- 06:00 ;	
2. Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	15:00 ;
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml		
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h EV	18:00 ; 31/01-02:00 ; 10
Água Destilada	10 ml			
4. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h EV	18:00 ; 31/01-02:00 ; 10
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml			
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h EV	12:00 ; 18:00 ; 31/01-00:00 ; 12
Água Destilada	18 ml			31/01-06:00 ;
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	6/6h EV	14:00 ; 20:00 ; 31/01-02:00 ; 11
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml			
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h EV	14:00 ; 22:00 ; 31/01-06:00 ;
Água Destilada	18 ml			
3. PUNÇÃO C/ JELCO		SN		
3. SINAIS VITAIS				
3. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO				

Envio para o SIND
 TERAPIX
 Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
 --- Indica item checado.

RECIBIDOS

24 ABR 2018

Maria Cecimede F. Neto
 Cordeiro da Seguros Eteir
 Cnpj 12.087.746/0001-06

Priscila Melo
 Enfermeira
 COREN-CE: 499.163

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 2

Emissão 30/01/2018 13:17:11

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL Dt. Nasc.: 13/04/1993 Atendimento: 48344102 Prontuário: 4057621
 Convenio: HAPVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 0015772477 30/01/2018 às 07:46
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA Leito: 133410/1 Peso: 80.00 kg

USG

Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
-----------	------	-----------	------	-----------	------	-----------	------

PLAMET

LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	2
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2
LOCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6
AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	3	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
MODAO HIDROFILO - 500 GR	6	HV Vol.Total: 500.00 Vig:	
PLAMET 10MG AMPL 2 ML	3	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	1
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1
PIRONA		TORNEIRA OS VIAS - 1 UD	1
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1

LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4
LOCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20
AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	4
MODAO HIDROFILO - 500 GR	6
PIRONA 1 G AMPL 2 ML	4

OFENID IV

SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	2
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
LOCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2
MODAO HIDROFILO - 500 GR	6
OFENID 100MG IV FRAP 1 UD	2

UMAL

AGULHA DESCARTAVEL 05 ML SERI 3 ML	3
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3
LOCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	3
UMAL 100MG AMPL 2 ML	3
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	3

AZOLINA SODICA

LOCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20
MODAO HIDROFILO - 500 GR	6
LOCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20

RECIBIDO

24 ABR 2018

Maria Georgete V. Nogueira
 Enfermeira
 CREA-PA 187.736/2014-06

Priscila Melo
 Enfermeira
 COREN-PA 499.103

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48344102	Prontuário: 4057821
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 15774483	30/01/2018 às 10:06	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 220/2		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			
1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			
Relacionado a: DOR			
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE		Mantido:	
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A			
Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
OBSERVAR SINAIS FISIOLÓGICOS		Mantido:	
10 - RISCO DE SANGRAMENTO			
Relacionado a: TRAUMATISMO			
EVITAR SANGRAMENTO		Mantido:	

Handwritten signature: Maria Geórgia de F. Moore
Stamp: Maria Geórgia de F. Moore
Coordenadora de Segurança da Informação - EAF

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Geórgia de F. Moore
Coordenadora de Segurança da Informação
CNPJ: 21.487.733/0001-01

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 00:09

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48343939	Prontuário: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]	Nº: 18779372	30/01/2018	às: 00:06
--	--------------	------------	-----------

ANAMNESE		
Queixa Principal	FRATURA-LUXACAO DE GALLEAZZI	[1]
Queixa Principal		
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]

RECEBEMOS

24 JAN 2018

Maria Georgette R. Nobre
Coordenadora de Segurança
CNPJ 21.457.786/0001-17

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

29/01/2018 23:45

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48343939	Prontuário: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	

Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM:13202-11	Nº: 18779114	29/01/2018 às: 23:46
---	--------------	----------------------

ANAMNESE

Queixa Principal	RELATA ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQ E PE ESQ	[1]
------------------	--	-----

Queixa Principal		
------------------	--	--

CID10	T009 TRAUM SUPERF MULT NE	[1]
-------	---------------------------	-----

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**RECEBEMOS**

24 ABR 2018

Mário Gomes de F. Neto
Coronel da Seguros Fidei
CPF: 21.487.736/0001-07**CONFERE O PRONTUÁRIO**LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:06

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48343939	Prontuário: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1		
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 (1)		Nº: 18779372	30/01/2018 às 00:08
ANAMNESE			
Queixa Principal	FRATURA-LUXACAO DE GALLEAZZI		[1]
Queixa Principal			
CID10	S62 FRAT DO ANTEBRACO		[1]

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Geacinde F. Nobre
Corretora de Seguros Siret
CNPJ: 21.487.738/0001-06

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 431

Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:06

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasç.: 13/04/1993	Atendimento: 48343939	Prontuário: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): LUCAS VENANCIO FRUTUOSO, COREN: 4893128 [?]		Nº: 18782599	30/01/2018 às 07:22
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	PUNCAO C/JELCO JUSTIFICADO AS 07:01, EM 30/01/2018 RESP. LUCAS VENANCIO FRUTUOSO, COREN/CE 4893128. MOTIVO: PACIENTE AUSENTE.		[1]

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Gorete de F. Nobre
Coordenadora de Seguros Eireli
CPF: 21.487.738/0001-07

CONFERE O PRONTUÁRIO

LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:08

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48343938	Prontuário: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1		
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM: 13202 [1]		Nº: 18779114	29/01/2018 às 23:46
ANAMNESE			
Queixa Principal	RELATA ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQ E PE ESQ		[1]
Queixa Principal			
CID10	T009 TRAUM SUPERF MULT NE		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Mário Leonirde F. Nobre
Corretor de Seguros Erel.
CNPJ 21.457.736/0001-06

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:11

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48419436	Prontuário: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA CRM: 14528 [1]		Nº: 18864996	01/02/2018 às 20:50
ANAMNESE			
Queixa Principal	QUEIMADURA 2 GRAU SUPERFICIAL EM PERNA ESQUERDA CD CURATIVO		[1]
Queixa Principal			
CID10	R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Geonísio P. Nôbre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 27.487.736/0001-06

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:13

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48500446	Prontuário: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/15	
Profissional(is): SÍDNEI TORRES VIEIRA JÚNIOR CRM:13538.[1]		Nº: 19023582	06/02/2018 às 08:10
ANAMNESE			
Queixa Principal	PO FRATURA PUNHO ESQ		[1]
Queixa Principal			
CID-10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID-10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO		[1]
CID-10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

RECEBIDO

24 MAR 2018

Marta Gouveia de M. Pimenta
Coordenadora de Registro em Enfermagem
CNPJ: 21.487.736/0001-10

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:13

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48500446	Prontuário: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/15	
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]	Nº: 19024378	06/02/2018	às 08:34

ANAMNESE

Queixa Principal	07 dias de pos opd e fratura de antebraço esq	[1]
------------------	---	-----

Queixa Principal		
------------------	--	--

CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]
-------	-----------------------	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]
-------	-----------------------	-----

CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO	[1]
-------	-----------------------	-----

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]
--------------------------------	-----------------------------------	-----

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Georgette F. Nobre
Coordenadora de Segurança Eirel
CRP 121.437/73560001-00

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:13

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	DT Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48500446	Prontuário: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133225/15	
Profissional(is): FERNANDA MARIA SANTIAGO DE OLIVEIRA, COREN 265650 [1]		Nº: 19032730	06/02/2018 às 11:45
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CURATIVO MEDIO JUSTIFICADO AS 11:02, EM 06/02/2018 RESP. FERNANDA MARIA SANTIAGO DE OLIVEIRA, COREN/CE 265650. MOTIVO: PACIENTE AUSENTE.		[1]

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Georjane F. Nobre
Coordenadora de Seguros Etefi
CNPJ: 21.457.706/0001-05

30/01/2018 02:46

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento
4057621	HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	M	13/04/1993
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
92015032037 SSP CE	77059093320		1-CASADO
Endereço			
R 218 319 CONJUNTO CEARA FORTALEZA-CE CEP:60530380			
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe	
34712178		VANIA MARIA LEAL MACIEL	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	Solicitado pelo ar 08:00h		
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
30/01/2018	02:45		
Médico Atendente			Clinica
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES			6 INTERNACAO
Avaliação médica			

34101

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	INDIVIDUAL
22-HAPVIA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - INDIVIDUAL	
Carteira	Validade	
00100628849010042		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA	133410 SALA CC 01	01	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
31992900	99998666	C60121048	INTERNACAO
31992900	30720095	C60121048	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESGOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO
31992900	30720133	C60121049	PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO
31992900	30732026	C60121051	ENXERTO OSSEO

02

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Georgette F. Nobre
Correlora de Seguros Elétr.
CNPJ: 21.437.739/0001-07

NOTA DE SALA

2380026

Atendimento:	48344102	Prontuário:	4057621	HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30720133	PSEUDARTROSES E OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO	Tipo Anestesia:	BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACAO	
	30720095	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO- PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO	30732026	ENXERTO OSSEO	
Sala Cirurgica:	SALA GC 02	Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL	Apto.:	
Equipe Médica:	CIRURGAO	503400	BRUNO DE BRITO BOTELHO	CRM	8328
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	734403	RAFAEL BEZERRA NOGUEIRA	CRM	8260
	ANESTESISTA	8425832	DIONISIO CORRA FROZONI NETO	CRM	14587
	CIRCULANTE	2141740	ALANE ALVES DE FREITAS	COREN	2587274
	INSTRUMENTADORA	8115470	MARCIA MARIA ALMEIDA FIALHO	COREN	739174

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
01720	Materiais Médico-Hospitalares		02727	Medicamentos	
27855	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	033985	ADRENALINA AMPL 1 ML	1
27847	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	2	039144	AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	3
02450	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	049750	ANTAK AMPL 2 ML	1
134856	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	05181	ARAMIN AMPL 1 UD	1
01739	AGULHA STIMUPLEX 300 G - 21X4 - 1 UD	1	05064	ATROPINA 0,25 MG AMPL 1 ML	2
01747	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	200	039790	BUSCUPAN COMPOSTO AMPL 5 ML	2
01033	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	03811	CLONIDIN 150MG AMPL 1 UD	1
01055	ALGODAO HIPOALERGENICO - 500 GR	30	124102	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
27935	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLLO 1 UD	2	03808	DIMORF 0,2MG/ML (1ML) AMPL 1 ML	1
30082	ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	3	04842	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2
152352	ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	2	03985	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	2
30163	CAMPLO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	40037	DOLANTINA AMPL 2 ML	1
30207	CATETER DE OXIGENIO - 7 UD	1	126722	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
135865	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	40142	DRAMIN 36 DL IV AMPL 10 ML	1
135866	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	150	154754	EFORTIL AMPL 1 UD	1
112712	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150	039923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
135880	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 3000ML FRAS 1000 ML	200	42013	KEFATOZ 1 GR FRAP 1 UD	2
27950	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/A UD - 1 UD	4	104833	KETALAR 2ML AMPL 1 UD	1
134084	ELETRODO MONITOR DESCARTAVEL - 1 UD	5	03537	NAROPIN SP 10MG FRAP 20 ML	1
60087	EQUIPO SIMPLEX CINEJETOR LATERAL - 1 UD	1	40671	NUBAIN 10MG AMPL 1 ML	1
31771	ESPARADRAPO TURO 450 CM	1	142870	OMEPRAZOL 40MG FRAP 1 UD	1
310603	ETER FRAS 1000 ML	50	120106	ONDANSETRON 8MG AMP AMPL 4 ML	1
25925	EXTENSOR 40 CM PINEO C/2 VIAS - 1 UD	1	41564	PLAMET 10MG AMPL 2 ML	1
31984	FIO ALGODAO SEM AGULHA SUTUPAK 3-0 - 1 UD	1	03609	PROPENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
161605	FIO J&J Mononylon (11711) - ETHILON BLACK3-0 - 1 UD	1	43290	RINGER LACTATO 500ML TUBO 500 ML	1
161606	FIO Q VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VLT 2 ENV 1 UD	1	43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
165563	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4-0 ENV 1 UD	1		XYLOCAINA S/AD 2% 5ML AMPL 5 ML	1
133005	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
27227	GAZE 10X10 ESTERIL PCT CHO PCT 1 UD	5			
50857	GAZE ADICIONADA 15X15 PCT 15 CM	2			
50954	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	4			
30635	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
30661	LAVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4			
30660	LAVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	4			
30676	LAVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30783	LAVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
50822	MALHA TUBULAR 30 CM ROLLO 1500 CM	2			
11004	MASCARA DESCARTAVEL 18X18 CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
124942	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	100			
27529	PARAFUSO CORTICAL - 1 UD	6			
130923	PLACA DCP - 1 UD	1			
50849	PLACA DESCARTAVEL BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
50848	PROPEDES DESCARTAVEL PCT 100 UD	4			
50856	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
50854	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
50872	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
50861	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
147256	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
26430	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
	TRANSOFIX - 1 UD	1			
	UTRA GEL GL 5000 GR	30			

RECEBEMOS

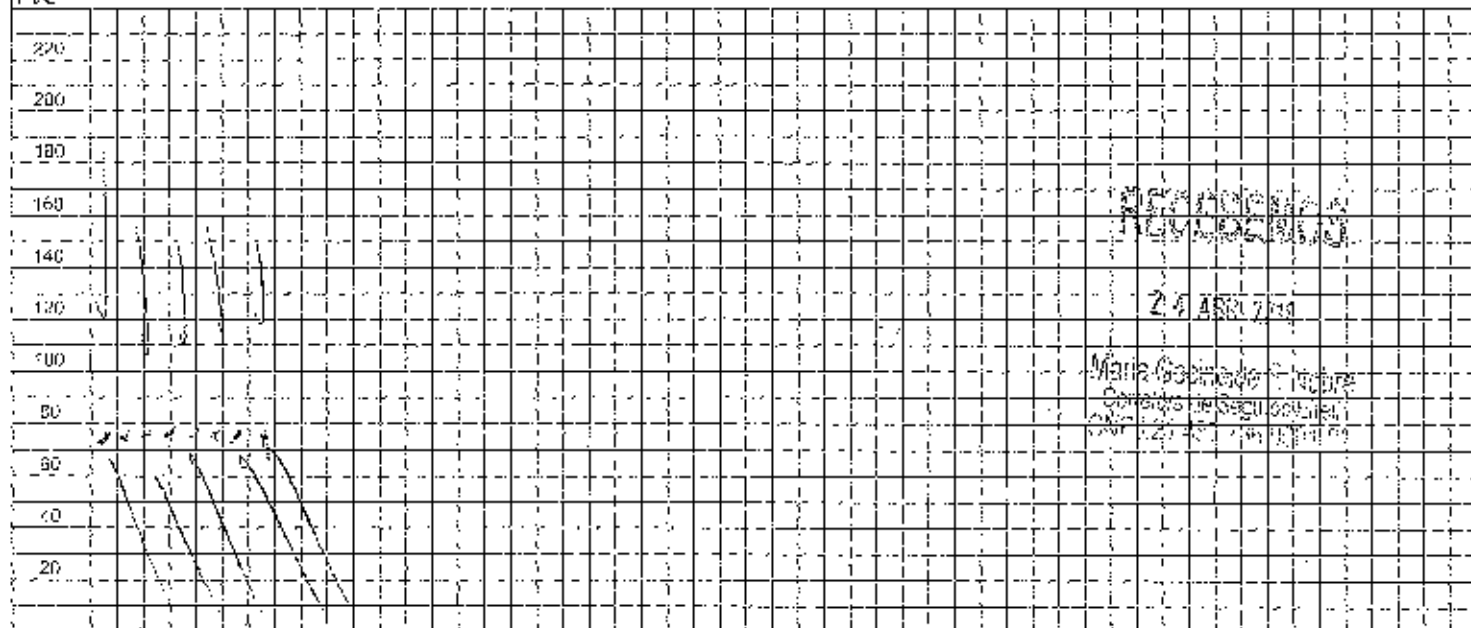
24 ABR 2018

Maria Genilde F. Nobre
Coordenadora de Seguros Elétrico
CNPJ: 21.487.738/0001-06

Nome: Helio de Aguiar dos Santos Data: 30/01/2011
Idade: 74 Sexo: F () M (x)
Peso: 48,34 kg
Prontuário: _____ Convênio: HAF
Diagnóstico: _____
Cirurgia: Braço Anestesia: SPB + Sedação
Cirurgião: Dr. Luiz Ricardo (E) ASA: 1

A	HORA	2	07
B	D		
C	Nº		
D	AT		
E			
F			
G			

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O. 99.9%				
ETC O.				
PVC				



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

24 APR 2015

NAME	GOODE, MARY	RELATION	DAUGHTER
DATE	12-25-21	AGE	21

DROGAS		EVENTO	
1	6-12-1	9	A
2	100g	10	B
3		11	C
4		12	D
5		13	E
6		14	F
7		15	G
8		16	H
9		17	I
10		18	J

LIQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Oro	Nase	Sonda:
					Respiração:	Espon.	Assist.	Mecân.
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:	Local da Punção:		
					Agulha:	Técnica:		
Condição final op:					Início:	Final:		
					Duração:			

Condição final op: *HH* *100 11 10*

Intercorrências per. op:

5/interactions

Ass. Anestesiista - CRM

DA DIONISIO C. PROZEM
NETO
CREMEC 14 500

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 31/01/2018 09:34:59

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48344102	Prontuário: 4057621
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 15784972	31/01/2018 às 09:31	
Posto: POSTO 3B	Leito: 3013B/2	Peso: 80.00 kg	
1 DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL			
2 Hidratação Venosa Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min Acesso Periférico			
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.87 ml/Kcal/dia 500 ml			
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)	1 g	1 FRAP(C/1GR)	8/8h EV
(D1/1)	Água Destilada	10 ml	
4. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP(C/100MG)	8/8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml		
5. DÍPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG/6h)	EV
Água Destilada	18 ml		
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG/6h)	EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml		
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG/8h)	EV
Água Destilada	18 ml		
8. PUNÇÃO C/ JELCO		SN	
9. SINAIS VITAIS			
10. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA			
11. Alta em: 31/01/2018 ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO			
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia/Traumatologia
CRMCE 0260

RECEBIDO

24 ABR 2018

Maria Gecimene M. Nogueira
Gerente de Seguros da
CRMCE 21.407.706/0001-03

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia/Traumatologia
CRMCE 0260

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL Dt. Nasc.: 13/04/1993 Atendimento: 48344102 Prontuário: 4057621
 Convenio: HAPVIDA MATRIZ Nº Prescrição: 0015784972 31/01/2018 às 09:31
 Posto: POSTO 3B Leito: 3013B/2 Peso: 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS	
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h	ORAL	09:00		12:00	
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	07:00	
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		20.83 ml/Kcal/dia	500 ml				
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	Água Destilada	1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV	10:00	
4. PROFENID IV (100.00mg)		100 mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV	10:00	
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml				
5. DÍPIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00	
Água Destilada			18 ml				
6. TRAMAL (50.00mg/ml)		100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV		
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml				
7. PLAMET (5.00mg/ml)		10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV		
Água Destilada			18 ml				
PUNÇÃO C/ JELCO			SN	01/02-02:00			
SINAIS VITAIS				Manhã		Tarde	Noite
CURATIVO COM ATADURA E GAZE				09:00			
COCHOADA MÉDIO							
alta em: 31/01/2018		ENCAMINHAMENTO A DOMICÍLIO					
alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA							

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☒ Indica item checado.

RECETARIO

24 ABR 2018

Mariana Georgette F. Nobre
 Corelora de Seguros Eireli
 CNPJ 02.214.677/0001-00

Mariana Georgette F. Nobre
 Corelora de Seguros Eireli
 CNPJ 02.214.677/0001-00



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

POSTO COLETA EMG ADULTO - HAP

Nº Pedido: 23548731

Data 30-01-2018 00:19

Pag 2 de 3

Paciente....:HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL
RG.....:92015032037 SSP CE Conv.:HAPVIDA MATRIZ
Endereço....:R 218 319 CONJUNTO CEARA FORTALEZA CE 60530380
Solicitante:Dr(a) DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Sexo:M Nasc:13-04-1993
NºConv: 00100586849010042
Tel.: 34712178

Exame.....: HEMOGRAMA COMPLETO COM REVISAO DE LAMINAS
Método.....: AUTOMAÇÃO

Coleta: 30/01/2018 00:19

	Valores Obtidos		Valores de Referência	
			Homens	Mulheres
HEMÁCIAS.....	5,22 Milhões/uL		4,4 a 6,6	4,2 a 5,4 Milhões/uL
HEMOGLOBINA.....	15,2 g/dL		13 a 18	12 a 16 g/dL
HEMATÓCRITO.....	45,2 %		39 a 54	37 a 48 %
VOL. CORPUSCULAR MÉDIO.....	86,6 fL		76 a 96	76 a 96 fL
H3. CORPUSCULAR MÉDIA.....	29,1 pg		27 a 37	27 a 35 pg
CONC. H3. CORP. MÉDIA.....	33,6 g/dL		32 a 36	32 a 35 g/dL
R.D.W.....	12,2 %		11,0 a 16,0	11,0 a 16,0
LEUCÓCITOS.....	23.510 /uL		2 a 8 meses: 10.000 a 16.000/uL 7 a 12 meses: 6.500 a 13.000/uL 1 a 16 anos: 5.000 a 10.000/uL Adulto: 4.000 a 10.000/uL	
	(%) (uL)		Normal (%)	Normal (uL)
NEUTRÓFILOS.....	92 21.629		54 a 67	2.160 a 6.700
PRIMIELÓCITOS.....	0 0		0	0
MIÉLÓCITOS.....	0 0		0	0
METAMIELÓCITOS.....	0 0		0 a 1	0 a 100
BASTÕES.....	4 940		0 a 4	0 a 400
SEGMENTADOS.....	38 20.689		54 a 62	2.160 a 6.200
BOSINÓFILOS.....	0 0		1 a 5	40 a 500
BASÓFILOS.....	0 0		0 a 2	0 a 200
LINFÓCITOS.....	4 940		20 a 36	800 a 3.600
MONÓCITOS.....	4 940		2 a 10	120 a 1.000
PLAQUETAS.....	0 301.000/uL			140.000 a 500.000
HEMÁCIAS NORMOCRÔMICAS E NORMOCÍTICAS.				
LINFÓCITOS SEM ATIPIAS.				
PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS.				
NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS.				

Jorgeano Bampalo Dos Santos
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 2880

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Gacinde L. Nobre
Coordenadora de Seguros Elétricos
CNPJ: 21.467.736/0001-05



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

POSTO COLETA EMG ADULTO - HAP

Nº Pedido: 23548731

Data 30-01-2018 00:19

Pag 3 de 3

Paciente.....HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL Sexo: M Nasc: 13-04-1993
RG.....92015032037 SSP CE Conv.: HAPVIDA MATRIZ N°Conv: 00100688649310042
Endereço.....R 218 319 CONJUNTO CEARA FORTALEZA CE 60510380 Tel.: 34750175
Solicitante:Dr(a) DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Exame.....TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO Coleta: 30/01/2018 00:19
Método.....AUTOMAÇÃO

	Valores Obtidos	Valores de Referência
RESULTADO:	31,7 s	26,6 a 40 s
		Controle: 26,6 s
RATIO.....	0,98	Ratio: Até 1,20

Jorgeana Sampaio Dos Santos
Farmacêutica (A) - Bioquímica (A) CRM - 2890

Exame.....TEMPO DE PROTROMBINA Coleta: 30/01/2018 00:19
Método.....COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO

	Valores Obtidos	Valores de Referência
RESULTADO:	15 s	
ATIVIDADE:	81 %	MAIOR OU IGUAL A 70%
INR.....	1,12	1,00 a 1,25

Obs: Faixas Terapêuticas em INR para várias indicações de tratamento anticoagulante.

- Profilaxia da tromboembolia venosa: 2,00 a 3,00
- Tratamento da embolia venosa profunda (fase crônica), embolia pulmonar e embolia sistêmica: 2,00 a 3,00
- Profilaxia em cirurgia de alto risco: 2,00 a 3,00
- Profilaxia da embolia venosa sistêmica em pacientes com fibrilação atrial e infarto do miocárdio: 2,00 a 3,00
- Tratamento de TVP (fase aguda) e embolia pulmonar ou sistêmica (fase aguda): 2,00 a 4,00
- Prótese de válvula cardíaca, embolia sistêmica recorrente e embolia arterial: 3,00 a 4,00

Jorgeana Sampaio Dos Santos
Farmacêutica (A) - Bioquímica (A) CRM - 2890

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Geomene F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

ANTONIO
PRUDENTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

POSTO COLETA EMG ADULTO - HAP

Nº Pedido: 23548731

Data 30-01-2018 00:19

Pag 1 de 3

Paciente....:HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL
RG.....:92015032037 SSP CE Conv.:HAPVIDA MATRIZ
Endereço....:R 218 319 CONJUNTO CEARA FORTALEZA CE 60530390
Solicitante:Dr(a) DEGINALDO MOLANDA CHAVES

Sexo: M Nasc: 13-04-1993
Nº Conv: 00100688849010032
Tel.: 34753178

Exame.....: UREIA (SANGUE)

Coleta: 30/01/2018 00:19

Método.....: AUTOMAÇÃO

Valores Obtidos

RESULTADO:

31 mg/dL

Valores de Referência

Adulto: 15 a 54 mg/dL

RESULTADOS ANTERIORES: 08/03/2016 - 25 mg/dL

Jorgeano Sampaio Dos Santos

Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 2880

Exame.....: CREATININA (SANGUE)

Coleta: 30/01/2018 00:19

Método.....: AUTOMAÇÃO

Valores Obtidos

RESULTADO:

1,1 mg/dL

Valores de Referência

Homens: 0,70 a 1,30 mg/dL

Mulheres: 0,6 a 1,2 mg/dL

RESULTADOS ANTERIORES: 08/03/2016 - 0,95 mg/dL

Jorgeano Sampaio Dos Santos

Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 2880

RECEBIDOS

24 ABR 2018

Maria Uesneide F. Nóbrega
Coordenadora de Segurança Etnica
CNPJ 21.487.736/0001-00

Maria Georgette F. Nobre
Corretora de Seguros Brax
CNPJ: 21.487.736/0001-1

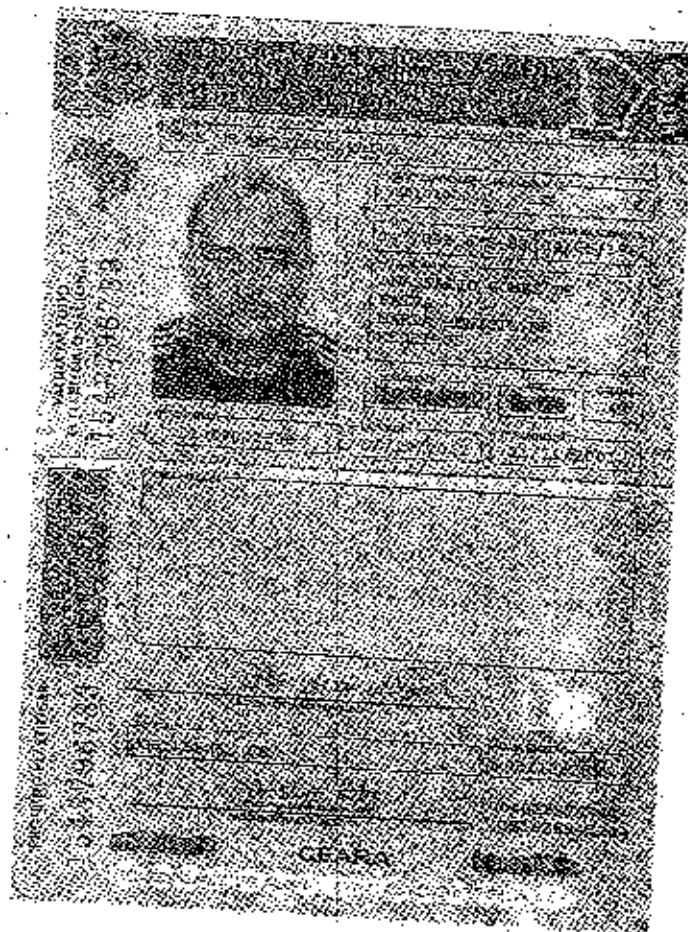


ANTONIO
PRUDENTE

TRANSFERENCIA ENTRE UNIDADES

Paciente: Julio de Anselmo de Azevedo Idade: 36 Atendimento: 2
Idade: 24 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data: 30/03/18 Hora: 14
Convênio: ☒ Particular ☐ Outros. Especificar: _____

[illegible]



RECEBEMOS

2-4 ABR 2011

Maria Gacinda F. Noire
Correio de Seguros Eleti
CNPJ 121 457.735/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETGAN - CE Nº 013400097364
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - DE RENAVAM - RUA - EXERCÍCIO
 PP1 01 00228620712 0000000000 2017

NOME
 MARIA CLAUDENIR DA SILVA
 CPF - CNPJ
 00404904727 0021854701

PLACA
 00404904727
 PLACA ANO
 00404904727 0021854701

TIPO DE VEÍCULO - COMBUSTÍVEL
 PASSEIO / CLASSE A - GASOLINA

MARCA / MODELO - ANO FAB - ANO MOD
 HONDA / CB 125 FAN RS 2010 2010

CAP / POT - CIL - CATEGORIA - COT. PRIMEIRO ANO
 125 / 12.400 - 125 - PRETA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COFINS
 1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIÁRIO (R\$) - IOF - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
 0,00 0,00 0,00 24/05/2017

OBSERVAÇÕES
 1ª 2ª 3ª

LOCAL - DATA
 SÃO BERNARDO DO CAMPO 24/05/2017

Assinatura do Superintendente
 DETGAN - CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS FÍSICOS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013400097364 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoraibdd.com.br
 SAC DPVAT 0200 922 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
 2017 24/05/2017

PLACA - CPF - CNPJ - PLACA
 00404904727 0021854701

TIPO DE VEÍCULO - COMBUSTÍVEL
 PASSEIO / CLASSE A - GASOLINA

CAP / POT - CIL - CATEGORIA - COT. PRIMEIRO ANO
 125 / 12.400 - 125 - PRETA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. COFINS
 1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIÁRIO (R\$) - IOF - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
 0,00 0,00 0,00 24/05/2017

OBSERVAÇÕES
 1ª 2ª 3ª

LOCAL - DATA
 SÃO BERNARDO DO CAMPO 24/05/2017

Assinatura do Superintendente
 DETGAN - CE

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Geomane F. Nobre
 Coordenadora de Seguros Cref
 CNPJ 07.717.570/0001-00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180186676

Nome do(a) Examinado(a): HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL

Endereço do(a) Examinado(a): ST CARAUBAS , SN - São Gonçalo do Amarante/CE - CEP 62670-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 05506330056 - DETRAN - 19/01/2017

Data e Local do Acidente : 29/01/2018 - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - CE

Data e Local do Exame : 14/05/2018 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO ANTEBRAÇO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO METÁLICA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES, EM MAIO DE 2018.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO DO ANTEBRAÇO DE PRONAÇÃO A 70°, SUPINAÇÃO A 80°, FLEXÃO DO PUNHO A 80° E EXTENSÃO A 50°, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO COM HIPOTROFIA MUSCULAR

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO ANTEBRAÇO E DO PUNHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180186676 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL **Data do acidente:** 29/01/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO E PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO/PE ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS ESQUERDO:25% DE 70% = 17,5%/PE ESQUERDO:25% DE 50% = 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180186676 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL **Data do acidente:** 29/01/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do radio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do punho esquerdo associado a lesão tendinosa acarretando diminuição da força de sustentação com hipotrofia muscular do membro superior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do radio esquerdo (fixação metálica).
Realizou fisioterapia.
Recebeu alta médica em 05/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro superior esquerdo.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR



Reconheço esta assinatura de: Heio de Deus Leal Maciel

Em: 27 MAR 2018

Por: Márcia Santos Silva

ESCREVENTE AUTORIZADA

OUTORGANTE:

Nome: HEIO DE DEUS LEAL MACIEL
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Est. Civil: SOLTEIRO
 Profissão: DESEMPREGADO
 Identidade: 2000010338092
 CPF: 02394479302
GOIÇAL DO ANARAUTE Endereço: SIMÃO CARAUBAS - SÃO

RECEBEMOS

OUTORGADO:

Nome: JOSE DE MEDEIROS PAIVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Est. Civil: CASADO
 Profissão: CORETOR
 Identidade: 98010100041
 CPF: 04389567888
 Endereço: AVENIDA COLÉGIO DE CASTRO 4638, FORTALEZA

24 ABR 2018

Maria Georgette F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.497.738/0001-02

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

HEIO DE DEUS LEAL
MACIEL

SÃO GOIÇAL DO ANARAUTE 27-MARÇO-2018

Local e data

HEIO DE DEUS LEAL MACIEL

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

