

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 Bloqueio articular do punho esquerdo associado a lesão tendinosa acarretando diminuição da força de sustentação
médico pericial: 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

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 n°: 12851871

A/C: 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

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%

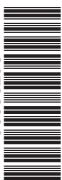
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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 a 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 assinatura 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

CPF da Vítima

023.944.793-02

Nome completo da vítima

Mário de Angelis Leal maciel

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Mário de Angelis Leal maciel		recurso
Endereço	Número	Complemento
St. Paraíba	511	
Bairro	Cidade	Estado
Zona Rural	S. Gonçalo - Amanante	Ex
Email	CEP	Telefone (DDD)
	60000-00	(85) 98374-9995

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA PÔUGANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (outras opções)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO NOME _____ NAO _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CNIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRC. DV. CONTA NRC. DV.	
AGÊNCIA NRC.	DV.	AGÊNCIA NRC.	DV.
1469		0305	6
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	
		(Inserir dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovaço a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

RECEBIMENTOS

 Crat. e. 19 de 04 de 18
 Local e Data

24 ABR 2018

Mário de Angelis Leal maciel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

 Mário de Angelis F. Maciel
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.467.736/0001-68



RECEBIMENTOS

24 ABR 2012

Maria Beuricue R. Ribeiro
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.467.733/0001-10



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 548 - 514 / 2018

Te
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 PECEM, ENTRADA DA COLONIA DE**
Complemento:
Bairro: **COLONIA DE FERIAS** Município: **SAO GONCALO DO**
Ponto de Referência: **AMARANTE/CE**
ENTRADA DA COLONIA DE FERIAS

X
Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL** RECORDEIROS
Nascimento: **13/04/1993** CPF: **023.944.793-02**
CNH: **05506330056** Orgão Emissor: **DETTRAN** UF: **CE** ASR 2018
Filiação: **VANIA MARIA LEAL MACIEL**
NC Maria Geomarle F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.407.776/0001-09
Endereço: **SITIO CARAUBAS**
Bairro: **CARAUBAS**
Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE** CEP: **62.670-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9273-8005**

X
Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUZ1854** UF: **CE** Município: **SAO GONCALO 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: **NAO**
INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

X
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 SAO GONCALO DO AMARANTE

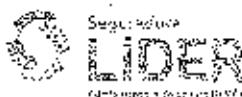
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Q **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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIEC/CAI SUSEP ANEXO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora-lider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0701704 ou 0800 0221233 (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 reservas. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

Casos com vítima entre 16 e 17 anos: Nesse caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Helio de Angelis Leal maciel	043.944.793-02	29.01.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do representante legal	CPF do Representante legal
Edval	11.111.111-11
E-mail	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:

Assinante uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realize 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 ocorrência.

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, sou ciêncio que esta declaração permite o prosseguimento da análise da minha indenização sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desse já, com me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e intensidade do grau de lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

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

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Flávia 19.04.18
Assinatura

Maria Georgette F. Nobre
Corretora de Seguros Elitel
WB 321.487.750/0001-06

Helio de Angelis Leal maciel

Caixa 1 - Assinatura do Beneficiário

Caixa 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: 00000000305-6

Nr. da Autenticação 1FAA91297AB3C9D7

NOTA DE CONSUMO

6683317-5

Para pagamento até 30/04/2013, salvo o que estiver

acima que exige o pagamento antecipado.

Até 30/04/2013
faixa de tarifa Lm 10.438
de 26/03/2013 a 29/03/2013
Companhia Energética do Ceará
Av. Padre Antônio, 150
CEP 60125-040, Fortaleza/CE
CNPJ 07.947.251/0001-20 | CGF 001-00-844-3

enel

NOTA DE CONSUMO - ELETRICIDADE - SÉRIE 24 | N.º 5093212771

Rate 32 22024 61 292600 1-7

Data de emissão 17/01/2013

Nome HELIO DE ANGELIS LEAL MACIEL
End. Postal ST. CARAÚBAS 20000

- S GONÇALO ANHANT 60000000

Modular 9587303 Fato 00000 0000

Classe 01 RESIDENCIAL MONOFÁSICO
RG / CPF / CNPJ 023944793-42

CGF

Nome do Responsável

NOTAS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS DO FORNECEDOR

Mês do Referência Data da Apuração Previsão da Próxima Leitura Conta

Jan/2013 16/02/2013 16/02/2018

Nov/2012 260 01,51

NOTA DE CONSUMO

Padronização da Faturação Individual

Unidade de Conta (UFC) Ativo(s) Valor da Unidade

Mensal Anual Mensal Anual Mensal Anual

19,30 21,98 25,99 EDC 17,80 21,74 40,45 8,33 6,66 6,30

FIC 17,74 15,45 36,98 8,33 6,00 6,33

DMC 8,68 9,33

AB3 5,95 6,28 6,92 5,32 5,32 5,32

INFORMAÇÕES SOBRE O ATUALIZAMENTO DO CONSUMO

Loc. Atual: 01 EDC Atual: 01 Conta: 01 Consumo (Wh) 01 Dens. Incl. da Conta Fixa 01 Tarifa C35 (Wh) 01 Valor (R\$)

19,30 19,30 19,30 19,30 19,30 19,30

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CONSUMO DO MÊS 99,60

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 11,12

VALOR CON



007172044

VALOR TOTAL
DIRETOR: JOSE MARIA DA SILVA
AVENIDA R CONSELHO DE CASTRO 4030 PARQUE SÃO JOSÉ
CEP: 60730-452
CIDADE: FORTALEZA

VALOR TOTAL: R\$ 72,44
VALOR TOTAL: R\$ 72,44

REFRENSOS

24 ABR 2010

Maria Geronice F. Nobre
Corretora de Seguros Erel
CNPJ:21.487.738/0001-36

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 Jose de medeiros Paiva inscrito (a) no CPF 043.895.676-86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Julio de Angelis Lial maeil inscrito (a) no CPF sob o N° 023.944.793-02, do sinistro de DPVAT, cobertura JPA da Vítima Julio de Angelis Lial maeil inscrito (a) no CPF sob o N° 023.944.793-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

! 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 Lider-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 Amego 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>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)		<u>(85) 98774-9995</u>	

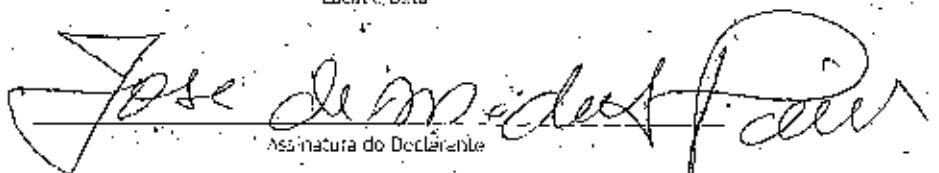
RECEBEDOR

Jose de medeiros Paiva, 19 de 04 de 18
Local e Data

24 ABR 2010

Maria Geomaria F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-
DLDRL.001 V001/2017

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA CLEUDENIE DA SILVA MACIEL

RG nº 20085375556, data de expedição 25/06/13.
Órgão SSP/DS-CE, portador do CPF nº 001.049.043-27, com
domicílio na cidade de SÃO GONçALO DO A., no Estado de
CERÁ, onde residiu na (RUA/Avenida/Estrada)

SITIO PIAQUIBAS

60° 51' U

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima HEVIO DE ARAUJO MACIEL, cujo o condutor era Hevio de Araújo Maciel Maciel.

Veículo: MOTO CYCLO

Módelo: KODIAK 125 FAUX

Ano: 2010

Placa: ۴۴۷ ۱۸۵۴

Chassi: QCZ3C410A051651

Data do Acidente: 29/10/2018

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

Marijke Grootenhuis-Selvaca mackay

Assinatura do Declarante

WHAT IS AUGUST LEAR MODE

Digitized by srujanika@gmail.com

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

A library card with a barcode and a QR code.

27 MAR 2018

He. Francisco Sá, São Paulo - 12810
Maria de Oliveira BRINQUEDOS MUNDO - 5 - 12810-0
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro - São Paulo
Cleólio Antônio Lópes da Silva - 4000 - Araraquara
São Paulo - 14000 - São Paulo
VALÉRIO SOUZA E CIA - 04000-000
Cleólio Mikaelle Santos Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

四庫全書

24 APR 2008

Maria Gómez H. Noire
Corredora de Seguros Eireli
MP 21487.736.0001-02



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

21/03/2018 13:08:05

Prontuário 4057621	Nome do Paciente HELIOS 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 CIUTI 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)	

REGISTROS

24 ABR 2018

María Gacelma F. Nogueira
Corretora de Seguros Estrela
CRF/21.437.730/001-42

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE O/ PRONTUÁRIO

LEANDRO GOMES FORTE
Assinatura

PRESCRIÇÃO MEDICA - Aprazamento

Página 1 de 2

Emissão 30/01/2018 13:17:11

Paciente: HELIO DE ÂNGELIS 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: 1834401/30123.2

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 FISIOLOGICO 0,9% 20.83		ml/Kcal/dia	500ml										
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)		Agua Destilada	1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV	18:00	;	31/01- 02:00	;			
			10 ml										
4. PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%		100 mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV	18:00	;	31/01- 02:00	;				
		100 ml											
5. DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada		1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00	;	18:00	;	31/01- 00:00	;		
			18 ml			31/01- 06:00	;						
6. TRAMAL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%		100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	6/6h	EV	14:00	;	20:00	;	31/01- 02:00	;		
		100 ml											
7. PLAMET (5.00mg/ml) Agua Destilada		10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	14:00	;	22:00	;	31/01- 06:00	;		
		18 ml											

3-PUNCAO C/ JEILO

SN

3-SINAIS VITAIS

3-CURATIVO COM ATADURA E GAZE
ACOCHOADA MEDIO

Assunto: SIND

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

24/ABR/2018

Maria Gómez S. Nogueira
Correto de Sistemas EAD
Ass. 17/04/2018Priscilla Melo
Enfermeira
COREN-CE 109.125

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

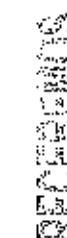
Pagina 2 de 2

Emissão 30/01/2018 13:17:11

Paciente: HÉLIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Naç.: 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	

GASTOS

Descrição	Qtda.	Descrição	Qtda.	Descrição	Qtda.	Descrição	Qtda.
PLAMET							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	2				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	BERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2				
ALCOOL 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				
AGODAO HIDROFILO - 500 GR	6	HV Vol.Total: 500,00 Vig.					
SALMET 10MG AMPL 2 ML	3	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML					
BRINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1				
PIRONA							
BRINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4	TORNEIRA 08 VIAS - 1 UD	1				
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	8	TAMPA CONE LUER - 1 UD	1				
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20						
AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML	4						
AGODAO HIDROFILO - 500 GR	8						
PIRONA 1 G AMPL 2 ML	4						
OFENID IV							
RO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML							
BRINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20						
RO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2						
ODAO HIDROFILO - 500 GR	8						
OFENID 100MG IV FRAP 1 UD	2						
IMAL							
AGUA DESCARTAVEL 05 ML SERI 3 ML	3						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3						
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15						
RO DE SORO SIMPLES - 1 UD	3						
IMAL 100MG AMPL 2 ML	3						
RO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML							
ZOLINA SODICA							
ZOL 1 GR FRAP 1 UD	2						
ODAO HIDROFILO - 500 GR	8						
AL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20						



24/ABR/2015

 Maria Geraldo V. Nunes
 Consultor de Seguros
 CNPJ 21.487.730/0001-56



 Cris C. M. Nunes
 Enfermeira
 COREN-CE 399.163

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL Dt. Nasc.: 13/04/1993 Atendimento: 48344102 Pronunciado: 4057621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ N° Prescrição: 15774483 30/01/2018 às 10:06
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES Leito: 220/2
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO

Professionals:

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: DOR

POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

IV - RISCOS DE SANGRAMENTO

Relacionado a: TRAUMATISMO

EVITAR SANGRAMENTO **Mantidos**

Alvaro
Machado
Av. Presidente Vargas, 1000
20030-001
Rio de Janeiro, RJ

卷之三

24 APR 2012

Maria Geórgia de L. Moreira
Corretora de Seguros Eikall
CPB 121 487 7330007-07

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

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): DEGIVALDO HOLANDA CHAVES CRM:13202 [1]		Nº: 18778372	30/01/2018 às: 00:06
ANAMNESE			
Queixa Principal	FRATURA-LUXAÇÃO DE GALLEAZZI [1]		
Queixa Principal			
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRACO [1]		

RECORDEMOS

24 APR 2015

Maria Giovanna B. Vieira
Corretora de Seguros Frei
CNPJ 21.457.706/0001-77

CONFERE O/ PRONTUÁRIO

SEANORO 432
Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

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 [1] N°: 18779114 29/01/2018 Pás: 23:46

ANAMNESE	
Queixa Principal	RELATA ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO E/OU PE ESQ [1]
Queixa Principal	
CID10	T009 TRAUM SUPERF MULT NE [1]

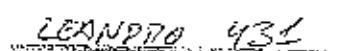
CLASSEFAÇÃO DO PACIENTE

RECORDEMOS

24 ABR 2018

Mano Gecenice R. N0018
Corretora de Seguros Rieli
0000121437 7360001-01

CONFIRME O PRONTUÁRIO


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 EMERGÊNCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1
Profissional(s): DEGIVALDO HOLANDA CHAVES CRM 33202 [1]		Nº: 18779372	30/01/2018 às 00:06

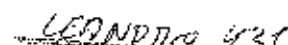
ANAMNESE		
Queixa Principal	FRATURA-LUXACAO DE GALLEAZZI	[1]
Queixa Principal		
CID10	S62 FRAT DO ANTEBRACO	[1]

RECEBIMENTO

24 ABR 2018

Maria Geonice F. Nobre
Corretora de Seguros Sistel
CNPJ 21.487.736/0001-06

CONFERE C/ PRONTUÁRIO



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	Lote: 133227/1
Profissional(is): LUCAS VENANCIOS FRUTUOSO COREN/CE 4893128 [1]		Nº: 18782699	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 VENANCIOS FRUTUOSO, COREN/CE 4893128. MOTIVO: PACIENTE AUSENTE.	[1]
--	---	-----

RECEBIMENTOS

24 ABR 2018

Maria Gómez de F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.738/0007-01

CONFIRME O PRONTUÁRIO

LEANDRO 434
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

21/03/2018 13:08

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48343939	Prontuário: 4067621
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: PÓSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Lelito: 133227/1	

Professional(is): DEGIVALDO HOLLANDA CHAVES CRM: 33202 [1] N°: 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 TOD9 TRAUM SUPERF MULT NE [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

RECEBIMENTOS

24 ABR 2018

Maria Cecília de F. Richter
Corretora de Seguros Eirel
Av. J. P. 437.736.0001-06

CONFERE Q/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 431
Assinatura

HOSPITAL ANTÔNIO 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): RÔBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA CRM:14529 [1]		Nº: 18884996	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]

CLASSEIFICAÇÃO DO PACIENTE**PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO**

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

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Geonice F. Nogueira
Corretora de Seguros Ereal
CNPJ: 21.437.730/0001-07

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
Professional(is): SIDNEI TORRES MEIRA JÚNIOR CRM:13558 [1]		Nº: 19023582	06/02/2018 às 08:10

ANAMNESE		
Queixa Principal	PO FRATURA PUNHO ESQ	[1]
Queixa Principal		
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	[1]
CID10	S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

RECEBIMENTO

24 ABR 2018

Maria Gaviria da M. Pioves
Corretora de Seguros Ltda
CNPJ 21.487.736/0001-46

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 ANTEBRAÇO	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S52 FRAT DO ANTEBRAÇO	[1]
CID10	S52 FRAT DO ANTEBRAÇO	[1]

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

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

RECEBEMOS

24 ABR 2018

 Maria Gehrtsde n. Nobre
 Correia da Serraria Etel
 CNPJ:21.437.735/0001-77

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.		

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Cecília de F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.457.736/0001-14

PRUDENTE

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAISAtendimento
48344102
OK

ISEL

30/01/2018 02:48

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

Prontuário Nome do PacienteSexo Nascimento

4067621 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

Bueno

Telefone Residencial

Telefone Trabalho

Nome da Mãe

34712178

VANIA MARIA LEAL MACIEL

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data

Hora

Matrícula

Tipo Documento

30/01/2018

02:46

Médico Atendente

Clínica

2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES

4-CIRURGICA

Médico Acompanhante

Tipo Atendimento

2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES

6 INTERNACAO

Avaliação médica

34104

lc

DADOS DO CONVENIO

Convenio

Plano INDIVIDUAL

22-HAPVIDA MATRIZ

14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - INDIVIDUAL

Carteira

Validade

00100638849010042

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto

Acomodação

CENTRO CIRURGICO - HAP FORTALEZA

133410 SALA CC 01

Leito

01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
31992900	99998686	C60121048	INTERNACAO
31992900	30720095	C60121048	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO
31992900	30720133	C60121049	PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO
31992900	30732026	C60121051	ENXERTO OSSEO

OK

RECEBEMOS

24 ABR 2018

Maria Beatriz F. Neto
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.437.739/0001-42

NOTA DE SALA

2380026

Atendimento:	48344102	Prontuário:	4057621	RELÓJO DE ANGILIS LEAL MACIEL	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30720133	PSEUDARTROSES E OU OSTEOOTOMIAS - TRATAMENTO		Tipo Anestesia:	BLOQ.PLEXO-SRAQUIAL+SEDACÁ
	30720095	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO- FUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO	30732026	ENXERTO OSSEO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 02	Setor	CENTRO CIRURGICO - HAP FORTA	Apto.:	
Equipe Médica:	CIRURGIAO	603400	BRUNO DE BRITO BOTELHO	CRM	8329
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	734403	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	CRM	8260
	ANESTESISTA	3425932	DIONISIO CORPA FROZONI NETO	CRM	14587
	CIRCULANTE	2141740	ALANE ALVES DE FREITAS	COREN	2567274
	INSTRUMENTADORA	3115470	MARCIA MARIA ALMEIDA FIALHO	COREN	739174
Código Especificação	Qtde	Código Especificação	Qtde		
Materiais Médicos-Hospitalares		Medicamentos			
31720 AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	30	82727 ADRENAINA AMPL 1 ML			1
27855 AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	2	133985 ÁGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML			3
27847 AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	1	89144 ANTAK AMPL 2 ML			1
32450 AGULHA DESCARTAVEL 10X12 - 1 UD	4	149750 ARAMIN AMPL 1 UD			1
134866 AGULHA STIMUPLEX 100 G - 21X4 - 1 UD	1	35181 ATROPINA 0,25 MG AMPL 1 ML			2
31739 ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	200	35064 BUSCOPAN COMPOSTO AMPL 5 ML			2
31747 ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	139790 CLONIDIN 150MG AMPL 1 UD			1
51033 ALGODAO HIOROFILO - 500 GR	20	36811 DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML			1
51055 ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD. 10CM) ROLO 1 UD	2	124102 DIMORF 0,2MG/ML (ML) AMPL 1 ML			1
27935 ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	3	386080 DIPRONA 1 G AMPL 2 ML			2
30082 ATADURA DE GESSO 15 CM - 1 UD	2	48542 DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML			2
152352 CAMPÔ IMPERMEÁVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	39385 DOLANTINA AMPL 2 ML			1
30163 CATETER DE OXIGENIO - 7 UD	1	40037 DORMONID 15 MG AMPL 3 ML			1
30207 CATETER INTRA VENOSO 20 ULC02 - 1 UD	1	126722 DRAMIN 10 DL IV AMPL 10 ML			1
135865 CLOREXEDINA 0,2% ÁGUOSA FRAS 1000 ML	150	40142 EFORIL AMPL 1 UD			1
136686 CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150	139923 FENTANIL 2ML AMPL 2 ML			1
112712 CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 5000ML FRAS 1000 ML	200	42913 KEFATOL 1 GR FRAP 1 UD			3
158880 COMPRESSA OPERATÓRIA 25X20 ESTERIL C/ 1 UD - 1 UD	4	154754 KETALAR 2ML AMPL 1 UD			1
27813 ELETRODO PMONITOR DESCARTAVEL - 1 UD	5	85537 NAROPIN SP 10MG FRAP 20 ML			1
134004 EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 UD	1	46671 NUBAIN 10MG AMPL 1 ML			1
60987 ESPARADRAPO TURO 450 CM	1	142570 OMEPRAZOL 40MG FRAP 1 UD			1
31771 ETER FRAS 1000 ML	50	120106 ONDANSETRONA 8MG AMPL 4 ML			1
130603 EXTENSOR 40 CM PINO C/2 VIAS - 1 UD	1	41554 PLANET 10MG AMPL 2 ML			1
25985 FIO ALGODAO SEM AGULHA SUTUPAK 3-0 - 1 UD	1	59680 PROFEN 100MG IV FRAP 1 UD			1
31984 FIO J&J Mononylon (1717) - ETHILON BLACK 3-0 - 1 UD	1	43290 RINGER C/ACTATO 500ML TUBO 500 ML			1
161605 FIO Q. VICRYL (PG120X) - POLYGLACTIN VIT 2 ENV 1 UD	1	43810 SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML			2
161606 FIO Q. J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	1	104833 XYLOCAINA SIAD 2% 5ML AMPL 5 ML			1
165583 FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1				
133004 GATE 10X10 ESTERIL PCT C10 PCT 1 UD	5				
27227 GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2				
50857 GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	4				
50954 LÂMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1				
30835 LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4	18 Gases / Adarethos			
30651 LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	5	19 TAXA DE SALA	Inicio: 08:00 Fim: 09:00		
30600 LUVA DESC. ESTERIL N- 7,5 - 1 PA	2	20 OXIGENIO	Inicio: 08:00 Fim: 09:00		
30676 LUVA DESC. ESTERIL N- 8,0 - 1 PA	3	15 BISTURI ELÉTRICO	Inicio: 08:00 Fim: 09:00		
30783 MALHA TUBULAR 30 CM ROLO 1500 CM	2	16 MONITORIZAÇÃO	Inicio: 08:00 Fim: 08:00		
50822 MASCARA DESCARTAVEL 10PLA CAMADA C/10 PCT 50 UD	5	22 OXIMETRO DE PULSO	Inicio: 08:00 Fim: 09:00		
51004 MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	100	25 STIMUPLEX	Inicio: 08:00 Fim: 09:00		
124942 PARAFUSO CORTICAL - 1 UD	6				
27529 PLACA DCP - 1 UD	1				
130923 PLACA DESCARTAVEL P/ BISTURI ADULTO - 1 UD	1				
50849 PROPEZ DESCARTAVEL PCT 100 UD	4				
80648 SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1				
80856 SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2				
30564 SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2				
30872 SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2				
50961 SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1				
50961 TORNERA 03 VIAS - 1 UD	2				
147256 TRANSOFIX - 1 UD	1				
76430 ULTRA GEL GI 5000 GR	30				

RECEDEMOS

24 ABR 2018

 Maria Geronilde M. Nobre
Corretora de Seguros Etell
CNPJ 21.487.730/0001-64

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO
PRUDENTE

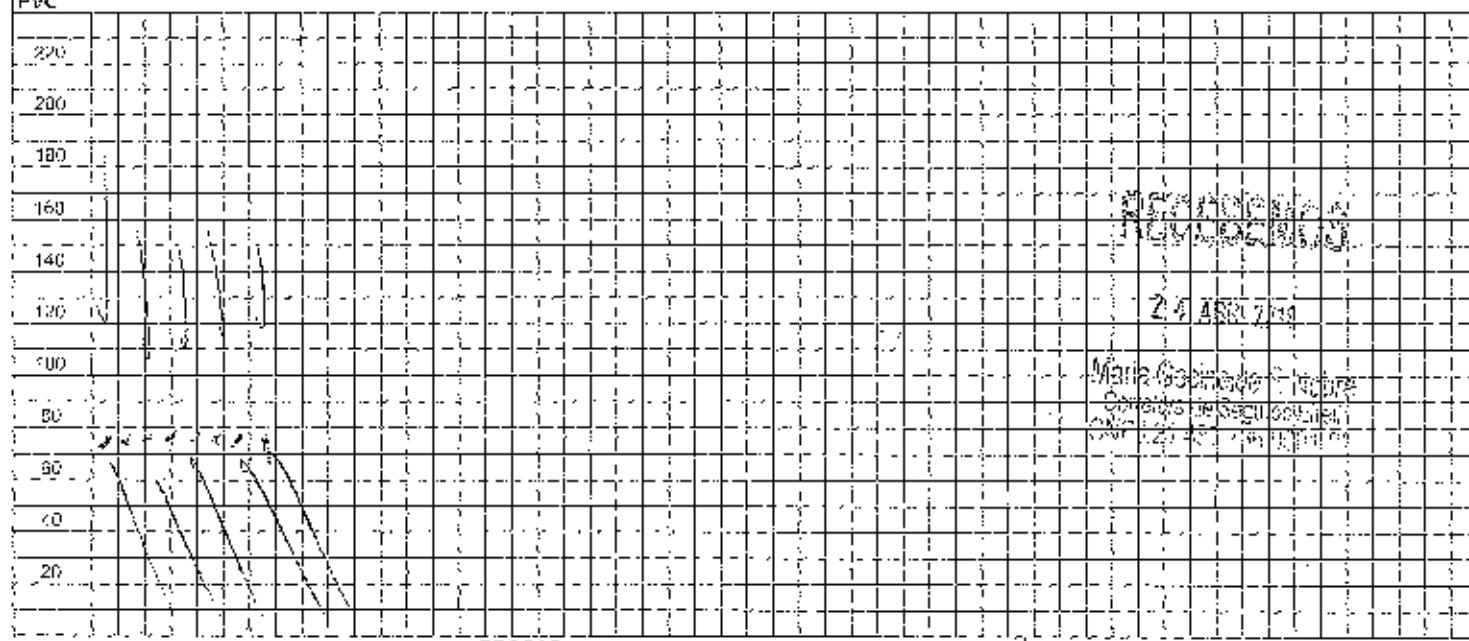
Nome:	Heitor de Almeida Leal Maia	Data:	30/04/
Idade:	24	Peso:	67
Prontuário:	47344702	Convênio:	HAP
Diagnóstico:	Bronco		
Chirurgia:	575 + Serragio		
Chirurgião:	João Batista R. M. (E)	Anestesia:	ASA: 1

A	HORA	12:00	12:00
G	O2	100%	100%
E	NSO		
N	Ar		
T			
E			
S	21	16	16

LÍQUIDOS

500 500

CARDIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O: 99 98 99				
ETC O: 99 98 99				
PVC				



DROGAS

1	600	9	A	Algozol 100 (Intercostal)
2	600	10	B	Algozol 100 (Intercostal)
3		11		
4		12	C	Algozol 100 (Intercostal)
5		13	D	
6		14	E	
7		15	F	Algozol 100 (Intercostal)
8		16	G	Algozol 100 (Intercostal)
9		17	H	
10		18	I	
			J	

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Endotubação:	Oro	Naso	Sonda:
					Respiração:	Espont.	Assist.	Mecân.
					Abreuvedor da:	Sem	Com	
					Posição:			Local da Pungão:
					Agrilhas:			Técnica:
					Inicio:			Final:
					Duração:			

Condição final op: 36, 100/100

Interrupções per. op:

5/intervalos

Ass. Anestesista - CRM

DR. DARIO C. NETO
CRM-14.667

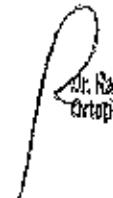
FICHA DE ANESTESIA REF: 724

PRESCRIÇÃO MÉDICA

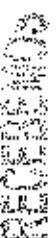
Pagina 1 de 1

Emissão: 31/01/2018 09:34:59

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL	Dt. Nasc.: 13/04/1993	Atendimento: 48344102	Promotor: 4057621
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Nº Prescrição: 15784972	31/01/2018 às 09:31	
Posto: POSTO 3B	Leito: 3013B/2	Peso: 80.00 kg	
1 DIETA GERAL ADULTO / PARA A IDADE			3/3h ORAL
2 Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml	
3 CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	1 g	1 FRAP(C/1GR) 10 ml	8/8h EV
4 PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	1 FRAP(C/100MG) 100 ml	8/8h EV
5 DIPIRONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG/6h)	EV
		18 ml	
6 TRAMAL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG/6h)	EV
		100 ml	
7 PLAMET (5.00mg/ml) Agua Destilada	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG/8h)	EV
		18 ml	
8 PUNCAO C/ JELCO		SN	
9 SINAIS VITAIS			
10 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA			
H. Alta em: 31/01/2018		ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO	
Alta dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA			



Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedista / Traumatologista
CRMCE 1260



Maria Gacelice

24 ABR 2018

Maria Gacelice e. Maciel
Corretora de Seguros Ltda.
CNPJ 21.437.733/0001-03



Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedista / Traumatologista
CRMCE 1260

Paciente: HELIO DE ANGILIS LEAL MACIEL
 Convenio: HAPVIDA MATRIZ
 Posto: POSTO 3B

Dt. Nasc.: 13/04/1993
 N° Prescrição: 0015784972
 Leito: 3013B/2

Atendimento: 48344102
 31/01/2018 às 09:31
 Peso: 80,00 kg

Prontuário: 4057621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETA GERAL ADULTO / PARA A IDADE		3/3h	ORAL	09:00	;	12:00	;
2. Hidratação Venosa		Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	07:00	;
SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia		500 ml					
3. CEFAZOLINA SODICA (1,00g) (D1/1) Agua Destilada		1g	1 FRAP (C/1GR) 10 ml	8/8h	EV	10:00	;
4. PROFENID IV (100,00mg) Soro Fisiologico 0,9%		100 mg	1 FRAP (C/100MG) 100 ml	8/8h	EV	10:00	;
5. DIPIRONA (500,00mg/ml) Agua Destilada		1000 mg	2ML (AMPL C/500MG) 18 ml	6/6h	EV	12:00	;
6. TRAMAL (50,00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%		100 mg	2ML (AMPL C/100MG) 100 ml	6/6h	EV		
7. PLAMET (5,00mg/ml) Agua Destilada		10 mg	2ML (AMPL C/10MG) 18 ml	8/8h	EV		
PUNCAO C/ JELCO		SN		01/02- 02:00		;	
SINAIS VITAIS		Manhã		Tarde		Noite	
CURATIVO COM ATADURA E GAZE COCHOADA MEDIO		09:00		;			
Data em: 31/01/2018		ENCAMINHAMENTO A DOMICILIO					
Data dada por: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA							

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

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
Nº Conv: 00100586849010042
Tel.: 34752178

Exame.....: HEMOGRAFIA COMPLETO COM REVISÃO DE LAMINAS
Método.....: AUTOMAÇÃO

Coleta: 30/01/2018 00:19

	Valores Obtidos	Valores de Referência	
		Homem	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
HB. CORPUSCULAR MÉDIA	29,1 pg	27 a 33	27 a 33 pg
CONC. HB. CORP. MÉDIA	33,6 g/dL	32 a 36	32 a 36 g/dL
R.D.W.....	12,2 %	11,0 a 16,0	13,0 a 16,0
LEUOCÍTOS.....	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 14 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
MIELÓCITOS.....	0 0	0	0
METAMIELÓCITOS.....	0 0	0 a 1	0 a 100
BASÓFIOS.....	4 940	0 a 1	0 a 100
SEGMENTADOS.....	88 20.689	54 a 62	2.160 a 6.200
ZOSINÓFILOS.....	0 0	1 a 5	40 a 500
BASÓFILOS.....	0 0	0 a 2	0 a 200
LYNFOCÍTOS.....	4 940	20 a 36	800 a 3.600
MONÓCITOS.....	4 940	3 a 10	120 a 1.000
BLASTOS.....	0 0		
CONTAGEM DE PLAQUETAS...	301.000 /uL		160.000 a 500.000

HEMÁCIAS NORMOCROMICAS E NORMOCÍTICAS

LTIMPÓCITOS SEM ATIPIAS.

PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS.

José
Jorgeando Brinapalo Dos Santos

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

REC/SEGUIMENTOS

24 ABR 2018

Maria Cecília L. Nobre
Coordenadora de Seguimento Biológico
CNPJ 21.487.736/0001-38



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
 RG.....: 92015032037 SSP CE Conv.: HAPVIDA MATRIZ
 Endereço...: R 218 319 CONJUNTO CEARÁ FORTALEZA CE 60530380
 Solicitante: Dr(a) DEGINALDO HOLANDA CHAVES

Sexo: M Nasc: 13-04-1993
 N°Conv: 00100688849010042
 Tel.: 34702176

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
RATIO....: 0,98	Controle: 26,6 s Rádio: Até 1,20

Jorgeano Sampaio Dos Santos
 Farmacêutico (A) - Biogênico (A) CRM - 2890

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

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

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

- Profilaxia da tromboembolia venosa: 2,00 a 4,50
- 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 recorrência e embolia arterial: 3,00 a 4,00

Jorgeano Sampaio Dos Santos
 Farmacêutico (A) - Biogênico (A) CRM - 2890

RECEBIMENTOS

24 ABR 2019

Maria Desirée F. Nobre
 Corretora de Seguros Eival
 CNP: 21.487.736/0001-90



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 HOLANDA CHAVES

Sexo: M Nasc: 13-04-1993
Nº Conv: 00100688849010032
Tel.: 34732178

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

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

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

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

RECORDEMOS

24 ABR 2019

Maria Ucoveira R. Nobre
Corretora de Seguros Brasil
CRM / 21.487.7364/001-00

PLANO TERAPEUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

30/01/2018 07

Paciente: HELIO DE ANGLIS LEAL MACIEL

Dt. Nasc.: 13/04/1993

Atendimento: 48344102

Prontuário: 4057821

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Ponto: CENTRO CIRURGICO - HAP FORTAL Leito: 133410/1

Profissional(s): BRUNO DE BRITO BORRELHO MEDICO CRM 5929 [1] N°: 18783170 30/01/2018 às 07:44

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	HELIOS DE ANGLIS LEAL MACIEL	[1]
Sexo	MASCULINO	[1]
Idade	24 A 9 M	[1]
Data De Nascimento	13/04/1993	[1]
Nº Atendimento	48344102	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S52 FRAT DO ANTEBRAÇO	[1]
----------------	-----------------------	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Principal	ORTOSSINTSE DO ANTEBRAÇO	[1]
-----------	--------------------------	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	31/03	[1]
---------------	-------	-----

 Dr. Bruno Botelho
 Ortopedia & Traumatologia
 CRM-SP 5929

REPORTE

24 ABR 2018

 Maria Geronice F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ 21.487.738/0001-1

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

ANTONIO
PRUDENTE

Paciente: Julio de Anchieta Sexo: Masculino Idade: 27 Sexo: Masculino Feminino Data: 30/01/18 Hora: 07:50 Atendimento: Hospital Outros. Especificar:

1. Motivo de Internação na Unidade:

Int. de Cervelo

2. Médico Assistente:

Silviano

3. Dispositivos em Uso:

- | | | | | | | |
|------------------------------|--|---|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Sim (especificar): | <input type="checkbox"/> Marcapasso | <input type="checkbox"/> TEPAP | <input type="checkbox"/> Aparelho Vídeo Endoscópico | <input type="checkbox"/> SNESSUS ou GIT | <input type="checkbox"/> Sustentador |
| | | <input type="checkbox"/> Bomba de Infusão | <input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica | | <input type="checkbox"/> Cateter de Dílatação | |
| | | <input type="checkbox"/> Outros: | | | | |

4. Integridade da Pele:

- Integra
- Úlcera por Pressão (Especificar): Lateral Gráu:
- Curativo local: Hipof

5. Alergia:

- Não
- Sim: Medicamento

6. Medicamento de risco em uso:

- | | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Sim (especificar): | <input type="checkbox"/> Anticoagulante | <input type="checkbox"/> Insulina |
| | | <input type="checkbox"/> Opioides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína) | <input type="checkbox"/> Salsícos (ex: hidrocodone, etorfina) |

7. Necessidade de isolamento:

- Não
- Sim: Tipo: Contato Respiratório

8. Pendência de autorização, parecer ou exame:

- Não
- Sim: Especificar: _____

9. Objetos do paciente:

- Não
- Sim: Especificar: _____

Responsável da unidade de origem (Assinatura e carimbo):

Data e Hora:

30/01/18 às 07:50 horas

Responsável da unidade de destino (Assinatura e carimbo):

Data e Hora:

Observações:

*Julio de Anchieta
Silviano
30/01/18
07:50
Hospital
J. Polon*

RECOMENDOS

24 ABR 2018

Maria Geórgia de F. Nóbrega
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.739/0001-02



RECEBEMOS

24 ABR 2014

Maria Cecília F. Noêra
Corretora de Seguros Eireli
(MPRJ 21 457.735/0001-06)

**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 PRONADAÇÃO 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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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
- Maceió - 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

OUTORGANTE:

Nome: HEU DE ANGÉLUS LEAL MACIEL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est.Civil: SOLTEIRO

Profissão: DESCABEÇADO

Identidade: 2009010338092

CPF: 023 944 493 02

GONÇALO DO AMARANTE

Endereço: SALVADOR - BA

27 MAR 2018

Recunhação de instrumento de Heu de Angelus Leal Maciel
POR SEREIA PÚBLICA - POR AUTENTICIDADE
Em local: Salvador - BA - data: 27-03-2018 - Selo: Seal Geral do Juiz de Direito
Assinado por: Heu de Angelus Leal Maciel - Heu de Angelus Leal Maciel
Data: 27-03-2018 - Local: Salvador - BA
Assinado por: Mirella Santos Silva - Mirella Santos Silva
Data: 27-03-2018 - Local: Salvador - BA

RECORRÉMOS

OUTORGADO:

Nome: JOSÉ DE MEDEIROS PAIVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est.Civil: CASADO

Profissão: COLETOR

Identidade: 98010400041

CPF: 413 845 648 88

Endereço: AVENIDA CONDE DE CASTRO 4838, FORTALEZA

24 ABR 2018

Maria Geralda F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.739/0001-02

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER 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 substabelecer 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.

Heu de Angelus Leal

Maciel

SÃO GONÇALO DO AMARANTE 27-MARÇO-2018

Local, data

Heu de Angelus Leal Maciel

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

