

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485657 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WAGNER DA SILVA PAULO **Data do acidente:** 25/04/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR - PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE JOELHO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WAGNER DA SILVA PAULO

Nº Sinistro: 3180485657

Vitima: JOSE WAGNER DA SILVA PAULO

Data do Acidente: 25/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180485657**.

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 13488795



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 e 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

050.843.473-46

Nome completo da vítima

Jose Wagner da Silva Paulo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Wagner da Silva Paulo		CPF titular da conta 050.843.473-46	Profissão Capataz
Endereço Rua Manoel Rosco Londim		Número 240	Complemento
Bairro Luizardo Viana	Cidade Maracanã	Estado CE	CEP 61.910-200
Email		Telefone (DDD) (85) 988548138	

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
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 0751

D/V

013

CONTA

NRO. 42344

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(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.

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS

16 OUT. 2018

Maracanã CE, 08 de Outubro de 2018

Local e Data

x Jose Wagner da Silva Paulo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 444 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/05/2018 11:01:03**
Data / Hora da Ocorrência: **25/04/2018 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 16**
Complemento: **ESQUINA COM AV. CENTRAL**
Bairro: **NOVO MARACANAÚ** Município: **MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência: **PADARIA E DEPÓSITO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE WAGNER DA SILVA PAULO**
Nascimento: **04/03/1990** CPF: **050.843.473-46**
REGISTRO CIVIL: **21391** Orgão Emissor: **CT.GUERRE** UF:
Filiação: **REJANE MARIA DA SILVA PAULO**
JOSE WILLAME FERNANDES DE PAULO
Endereço: **RUA JOSEFINA LIBERATO RODRIGUES, 129 LUZARDO VIANA**
Bairro: **PARQUE LUZARDO VIANA**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98854-8138**

Histórico

Afirma o declarante acima qualificado e advertido das penalidades impostas pelos artigos 340 e 342, ambos do CPB QUE estava indo trabalhar em sua bicicleta e no endereço supra foi colhido por uma motocicleta preta, a motocicleta avançou a preferencial e ao derrubar o declarante, conseguiu se equilibrar, parou do outro lado da via, olhou para trás e quando as pessoas começaram a sair de dentro de suas e casa e lojas, o motociclista foi embora, sem prestar socorro. O declarante não conseguiu pegar o número da placa do veículo. O declarante foi socorrido por populares, inclusive o seu ex cunhado RAFAEL que estava indo também para o trabalho. O declarante foi levado para o GONZAGUINHA DE MARANGUAPE, onde foi constatado rompimento nos ligamentos cruzado e lesão no cruzamento posterior, além de escoriações pelo corpo. O declarante afirma que teve a perna imobilizada, tomou medicação e foi liberado para convalescer em sua residência. O declarante afirma que irá fazer fisioterapia para fortalecer o músculo e depois deverá passar por cirurgia, ainda a ser marcada. O declarante entregou nesta Delegacia, as cópias dos seguinte documentos: A FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARGEU GURGEL BRAGA HERBSTER; RG; CTPS; COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA; CNH, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E NÚMERO DE TELEFONES DAS TESTEMUNHAS(SÉRGIO: 98540.6491 e RAFAEL: 3383.1026). E NADA MAIS DISSE.//////

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL**16 OUT. 2018****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOÃO CARLOS LIMA DE FARIAS - MAT.: 300046-1-2****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Jose Wagner da Silva Paulo

DOCUMENTO
ORIGINAL

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

19 JUL. 2018

ASS: *Sam*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128 - 444 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

NATHALIA SAMPAIO DE FIGUEIREDO - MAT.: 300621-1-6



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

19 JUL. 2018

ASS: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ASS: _____

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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, mãe 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 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

Jose Wagner da Silva Paulo

CPF da Vítima

050.843.473-46

Data do Acidente

25.04.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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 6.194/74), 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 pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento 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 aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

16 OUT. 2018

Maranhão - CE, 08 de Outubro de 2018

Local e Data

x Jose Wagner da Silva Paulo

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:

26/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WAGNER DA SILVA PAULO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000042311-0

Nr. da Autenticação 4803829C9B2940E3



Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster
Novo Maranguape, s/n - Fone: (85) 3369.9170
Maranguape - Ceará

FICHA DE ATENDIMENTO

Atendente: LEIDIANE VIEIRA

Data/hora: 25/04/2018 07:29

CMM

CONSULTÓRIO: 01

Nome: **JOSE WAGNER DA SILVA PAULO**

Estado Civil: **Solteiro**

Sexo: **Masculino**

Nascimento: **04/03/1990**

Idade: **27**

Identidade: **2008009038260**

Naturalidade: **MARANGUAPE**

Endereço: **RUA JOSEFINA LIBERATO RUFINO, 129**

Bairro: **LUZARDO VIANA**

Cep:

Município: **MARACANAÚ**

Fone: **9888506838**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐ LEITO: _____

Sinais Vitais: PA: () mmHg T: () °C P: () bpm R: () mmrpm

Enfermeiro: _____ Data: ____/____/____ Horário: ____:____

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Terapia em MID

Exames Solicitados:

Hipótese Diagnóstica:

DESTINO

☐ Residência ☐ Internação ☐ Recusou Internação ☐ Transferência ☒ Óbito ☐ Observação

Andrezza Kelly
Assinatura do Paciente ou Responsável

Fernando Antônio V. Coelho Jr.
Médico

Assinatura do Médico - (Carimbo)

Prescrição Médica:

Horário

Auxiliar

Valtair, em
Dyrenar, em

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

19 JUL. 2018

ASS: _____

CORRETORA DE SEG. LTDA.

Observação:

16 OUT. 2018

Ator

25/04: trauma no joelho ①, sem edema importante. Porém relato instabilidade. Ao exame: Lachman positivo (+) estresse em valgo (+).

US: Solicitação RMN e USG doppler

a) Imobilização

Dr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEOP 057

OBS.: Trauma ocorrido em decorrência de acidente automobilístico (multo).

Dr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEOP 057

LIBIA CORREIA DE ARAUJO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 542091420

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

SET/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

7893894

DV 5

VENCIMENTO

26/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

213,30

DADOS DO CLIENTE

Rota 12 026002 01 055400

Medidor

Poste

Nome DAMIAO DA SILVA GOMES

1989473

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade

RU MANOEL ROSEO LANDIM 00240 LUZARDO VIAN MARACANAU

Consumidora

61910200

RG / CPF / CNPJ

222.121.673-34

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☐ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP

13880

13654

1

226

0

226

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

ENERGIA
CONSUMO

226

0,76758

173,47

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

39,83

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 15,99)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

19/09/2018

Prev. Próxima
Leitura

18/10/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B05D.FCC9.ADF6.10EF.44D2.DC6E.06F4.4770

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

173,47

Aliquota

27%

Valor do Imposto

46,83

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	67,03
TRANSMISSÃO	7,15
DISTRIBUIÇÃO	38,19
ENCARGOS SETORIAIS	10,24
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	50,86

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

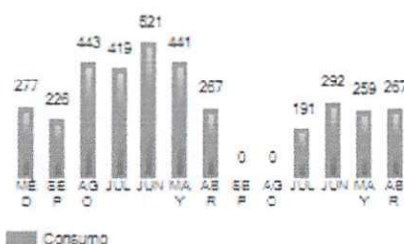
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 100,29

Conjunto MARANGUAPE

Mês JUL/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

N° do Cliente:
Data de Emissão:7893894-5
08/10/2018N° da Nota Fiscal: 542091420
Referência: SET/2018Total a Pagar (R\$): 213,30
N° de Controle: 0007893894 00023 4320 2 92

83800000002-5 13300031000-2 00078938940-1 00234320294-4





ATENDIMENTO AMBULATORIAL

06

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		☒ Prioridade	Registro: 5390
Nome: JOSE WAGNER DA SILVA PAULO		CNS: 161892528780002	
Idade: 28 anos 4 meses 9 dias		Data Nasç: 04/03/90	
Nome da mãe: REJANE MARIA DA SILVA PAULO		Nome do pai: JOSE WILLAME FERNANDES DE PAULO	
Endereço: JOSEFINA LIBERATO		Nº: 129	
Bairro: LUZARDO VIANA		Município: MARACANAÚ	
RG: 2008009038260	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2008009038260			
Celular:	Telefone Residencial:	Telefone Comercial:	
	8588506838		
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 13/07/18		Hora: 13:21:49	
Médico: JUDAS TADEU MESQUITA NOBREGA		CRM: 5619	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convênio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 129		Situação:	
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS			

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Revisão

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

03/13

EXAMES SOLICITADOS

x

DIAGNOSTICO

hevis 2 CA (grávida D)

PROCEDIMENTO

Exat

0303090200

REPETIÇÃO DE ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VEZES ()

Revisão

MARACANAÚ

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
J. Judas Tadeu M. Nobrega
CRM 5619
C.RM 5619

LÍCIA CORRETORA DE SEGR. NDA

16 OUT. 2018

Andreza Kelly

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

ASS:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

ABEMP - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUCARA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE

JOSE WAGNER DA SILVA PAULO

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS

161892528780002

10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

REJANE MARIA DA SILVA PAULO

12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO)

R - JOSEFINA LIBERATO RODRIGUES, N. 129, LUZARDO VIANA

13. BOM JARDIM

MARACANAU

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

21. PRINCIPAL

22. SECUNDÁRIO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ACIDENTE DE TRANSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

34. Nº DO BILHETE DO SEGURO

36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37.

38. CNPJ DA EMPRESA

39. CNPJ DA EMPRESA

40. CNPJ DA EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

41. CID PRINCIPAL

42. CID SECUNDÁRIO

43. LEVE

44. GRAVE

45. NATURALIDADE DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. DATA

48. CNS/CPF

50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA

52. DATA

53. CNS/CPF

54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

23. CARACTER DA INTERNAÇÃO (1 - ELETIVO/2 - URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE INTERIO

26. LEITO/CLÍNICA

27. CARACTER DA INTERNAÇÃO (1 - ELETIVO/2 - URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE INTERIO

28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29. DATA

30. CNS/CPF

31. ASSINATURA E CARIMBO

32. ACIDENTE DE TRANSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

34. Nº DO BILHETE DO SEGURO

36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37.

38. CNPJ DA EMPRESA

39. CNPJ DA EMPRESA

40. CNPJ DA EMPRESA

41. CID PRINCIPAL

42. CID SECUNDÁRIO

43. LEVE

44. GRAVE

45. NATURALIDADE DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. DATA

48. CNS/CPF

50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA

52. DATA

53. CNS/CPF

54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

55. Nº DO PRONTUÁRIO

56. Nº DO PRONTUÁRIO

57. Nº DO PRONTUÁRIO

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

Assinatura e Carimbo do Anestesista

Data

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.



RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

- 1 Anestesia
- 2 Anestesia de corpo
- 3 Anestesia de corpo e/ou de membros
- 4 Anestesia de membros
- 5 Anestesia de membros e/ou de cabeça e pescoço
- 6 Anestesia de membros e/ou de cabeça e pescoço e/ou de tórax e abdômen
- 7 Anestesia de membros e/ou de cabeça e pescoço e/ou de tórax e abdômen e/ou de membros inferiores
- 8 Anestesia de membros e/ou de cabeça e pescoço e/ou de tórax e abdômen e/ou de membros inferiores e/ou de membros superiores

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
16 OUT. 2018

Dr. Agostinho Magalhães

Cirurgião MÉDICO
CRM 34.936
Assinatura e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

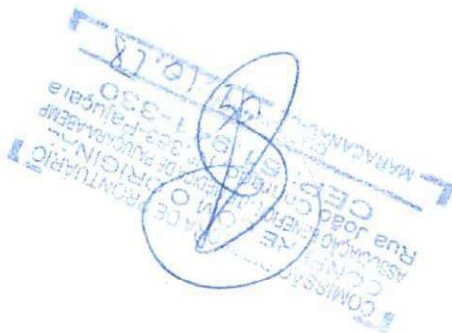
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



Convênio: SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanã/Ce
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.313

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA E HORA		EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO		
17/10/2018		17/10/2018		
Dr. Agripino Magalhães MÉDICO CRM 3495		Dr. Agripino Magalhães MÉDICO CRM 3495		
17/10/2018		17/10/2018		
Dr. Agripino Magalhães MÉDICO CRM 3495		Dr. Agripino Magalhães MÉDICO CRM 3495		



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ASS: _____



D

08 38 52

Paciente: JOSE WAGNER DA SILVA PAULA

HOSPITAL ABEMP

Tam. real

CONV. SUS

DATA: 19/08/2018

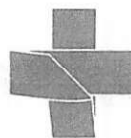
Técnico: TR THAYNARA

02:18:52

92.6%



Prefeitura de
Maranguape



HMABH
Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster

RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ José Wagner da Silva

Uso Oral

Artrosil 160mg ——— 4x
toma 03 vez de R/12h
por 05 dias.

25/04/18

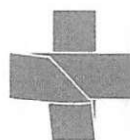
Dr. Nelson Silva Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14957

CORRETORA DE SEG. LTDA.
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.
16 OUT. 2018
19 JUL. 2018

ASS:
ASS:



Prefeitura de
Maranguape



HMABH
Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster

RECEITUÁRIO MÉDICO

P/José Wagner da Silva

Soluto

Rx joelho (D) AP/P

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

: 19 JUL. 2018

ASS: _____

Dr. Nelson Silveira Marias
Ortopedia e Traumatologia
CRM 104.957

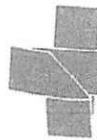
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ASS: _____



Prefeitura de
Maranguape



HMABH
Hospital Municipal Dr. Agostinho Heróides

RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ José Wagner de Silva Paulo
Políaco

RNM6 do joelho (D).

Just: luxação de joelho (?)

- Lactman (+)
- estresse valgo (+)

25/04/18

Dr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.957

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

19 JUL. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

ASS: _____

16 OUT. 2018

ASS: _____

Atendimento: 242688
Paciente..... JOSE WAGNER DA SILVA PAULO
Solicitante..... Dr.(a) NELSON S. MATIAS
Data..... 11/05/2018
Exame..... 364438 RM JOELHO (DIREITO)
Convênio..... CLINICA SIM FÁTIMA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

MÉTODO: Obtidas seqüências multiplanares ponderadas em T1 e T2 sem o uso do contraste venoso.

ANÁLISE:

Coleção líquida na topografia dos recessos suprapatelar, supra-hoffático, infra-hoffático, posterior e perimeniscal superior medial, com sinais de espessamento sinovial, sugerindo sinovite.

Edema na gordura infrapatelar sugestivo de lesão do mecanismo extensor do joelho.

Indefinição das fibras proximais do ligamento cruzado anterior, sugestivo de rotura de espessura completa.

Edema ósseo na topografia do côndilo femoral lateral e no aspecto lateral do planalto tibial.

Indefinição parcial das fibras proximais do ligamento colateral medial associado a aumento intrassubstancial de sinal e moderado espessamento, sugestivo de rotura de espessura parcial.

Meniscos íntegros.

Ligamento cruzado posterior de continuidade, espessura e sinal conservados.

Ligamento colateral medial com espessura e sinal preservados.

Tendões do quadríceps, patelar e da "pata anserina" de aspecto usual.

Fossa poplíteia livre.

Estruturas musculares perigeniculares com sinal preservado.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

19 JUL. 2018

ASS:

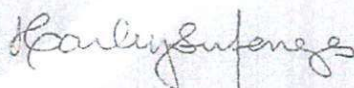
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018


Dr. KELNNER PORTELA LUZ
Médico Radiologista
CRM - 7386

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Sr.(a) **JOSE WAGNER DA SILVA PAULO** compareceu hoje dia 11/05/2018 no horário de 16:08 às 18:00 h neste estabelecimento para realização de exame de Ressonância Magnética.



Dr.. Harley Silveira Menezes
CRM 8557-CE

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

19 JUL. 2018

ASS: _____

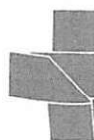
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ASS: _____



Prefeitura de
Maranguape



HMABH
Hospital Municipal Dr. Argemir Braga Herbetter

RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ José Wagner de Silva

Solizito

USG com doppler do MTD

Just.: Avaliar pós luxação
do joelho.

25/04/18

Dr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMED 14.957

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

19 JUL. 2018

16 OUT. 2018

ASS: _____

ASS: _____



Prefeitura de
Maranguape



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado Jose Wagner do
Silva portador da Carteira Profissional —
Série — necessita de 45 (quarenta e cinco)
(Por extenso)

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

CID-10: S83.0

HMABH

Hospital ou Ambulatório

Maranguape, 25/04/18

Localidade e Data

Dr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC 14.367

Ass. do Médico - C.R.M. Nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto N 60501, 14/03/67 e
será expedido para justificativa de 1 a 15 dias da

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

19 JUL. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

ASS:

ASS:



Prefeitura de
Maranguape



RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ José Wagner do Silva
Solicito

Brace articulado — Osmid
Uso contínuo.

OBS: Na falta, pode ser o rígido

25/04/18

Dr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEO 14.957

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

19 JUL. 2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

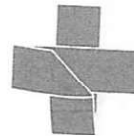
16 OUT. 2018

ASS: _____

ASS: _____



Prefeitura de
Maranguape



HMABH
Hospital Municipal Dr. Argemiro Braga Herbolster

RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ José Wagner de Silva Melo
Salvador

RNM6 do joelho (D).

Just: luxação de joelho (?)

- lactância (+)

- estresse valgo (+)

25/04/18

Dr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.957

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

19 JUL. 2018

16 OUT. 2018 Ass:

Ass:

Atendimento: 242688
Paciente.....: JOSE WAGNER DA SILVA PAULO
Solicitante.....: Dr.(a) NELSON S. MATIAS
Data.....: 11/05/2018
Exame.....: 364438 RM JOELHO (DIREITO)
Convênio.....: CLINICA SIM FÁTIMA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

MÉTODO: Obtidas seqüências multiplanares ponderadas em T1 e T2 sem o uso do contraste venoso.

ANÁLISE:

Coleção líquida na topografia dos recessos suprapatelar, supra-hoffático, infra-hoffático, posterior e perimeniscal superior medial, com sinais de espessamento sinovial, sugerindo sinovite.

Edema na gordura infrapatelar sugestivo de lesão do mecanismo extensor do joelho.

Indefinição das fibras proximais do ligamento cruzado anterior, sugestivo de rotura de espessura completa.

Edema ósseo na topografia do côndilo femoral lateral e no aspecto lateral do planalto tibial.

Indefinição parcial das fibras proximais do ligamento colateral medial associado a aumento intrassubstancial de sinal e moderado espessamento, sugestivo de rotura de espessura parcial.

Meniscos íntegros.

Ligamento cruzado posterior de continuidade, espessura e sinal conservados.

Ligamento colateral medial com espessura e sinal preservados.

Tendões do quadríceps, patelar e da "pata anserina" de aspecto usual.

Fossa poplíteia livre.

Estruturas musculares perigeniculares com sinal preservado.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

16 OUT. 2018

19 JUL. 2018

ASS: _____


Dr. KELNER PORTELA LUZ
Médico Radiologista
CRM - 7386

Dr. CARLOS MACEDO

RADIOLOGIA GERAL E INTERVENÇÃO
CRM 10191 / CRM 10192

Dr. HARLEY SILVEIRA

RADIOLOGIA GERAL
ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 5257

Dr. KELNER PORTELA LUZ

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
MEMBRO DO CONSELHO REGIONAL DE RADIOLOGIA
CRM 7386

Dr. PABLO PICASSO

RADIOLOGIA GERAL E NEURORADIOLOGIA
CRM 1948

Rua Ferreira de Sousa, 573 - Bairro José Bonifácio
Fortaleza/CE
(85) 3032-2327