

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140049795 **Cidade:** Acopiara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA **Data do acidente:** 22/07/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO DIREITA COM FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO 5º DEDO, HIPOTROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, GESSO POR 30 DIAS, FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: DANO LEVE EM MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GREIVE FREITAS

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25%	17,5 %	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Antonio Marcelo Rodrigues de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Av Francisco Alves Moreira, 764
Moreira Acopiara CE CEP: 63560-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do exame: [14/01/2015] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA NA MÃO DIREITA COM FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, GESSO POR 30 DIAS, FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA.

- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO 5º DEDO, HIPOTROFIA MUSCULAR

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Sem seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

MÃO DIREITA

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Greve Freitas Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 8050

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2015

Carta nº: 6701385

A/C: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA

Sinistro: 3140049795
Vítima: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA
Data Acidente: 22/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005302-3

Conta: 000001002458-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Antonio Marcelo Rodrigues de Lima
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2002098024210 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 1 / 1 / 1 E
 CPF 031692813-36 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Marcelo R. de Lima AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3838 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00001388-5

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

Beopiana 46 de outubro de 2014 Antonio Marcelo Rodrigues de Lima
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



CENTAURO
VIDA E PREVIDENCIA S/A

08 DEZ. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE

CENTAURO
VIDA E PREVIDENCIA S/A

08 DEZ. 2014

CENTAURO
VIDA E PREVIDENCIA S/A

08 DEZ. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE
DPVAT - RJ



Registro de Sinistro

DP 111

Proces



Código: 670302



Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro CELIO LOPES	
BO Nº 404-1654/2014		Data BO 16/10/2014		DELEGACIA DEL MUNICIPAL DE ACOPIARA	
Placa NVB-9685/CE		Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		IML	
Nome da Vítima ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA				Tipo Sinistrado 3 - Motorista	
Sexo Sinistrado MASCULINO		Data Nascimento 18/05/1986		CPF da Vítima 031.692.813-56	
Data Ocorrência / Hora 22/07/2014 / 23:00		Tipo de CPF 0 - Possui CPF		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Cidade ACOPIARA		UF CE		CEP 63560-000	
Telefones		Email atendimento@salek.com.br			
Qtde.Benef. 1		Data Óbito		Médico LUIZ	
				Valor(INVALIDEZ)	

Beneficiários

Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Bairro	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
Profissão			Complemento	Renda		Cidade	UF
ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA	63560-000	AV FRANCISCO ALVES MOREIRA 764	Vítima	VITIMA	MOREIRA	18/05/1986	031.692.813-56
TRABALHADOR AGROPEC, FLORESTAL, PESCA E				R\$ DE 1,00 A 1.000,00		ACOPIARA	CE
Banco: 104 Caixa Econômica Fede	Ag.: 3838	C/P 1388-5					

Histórico

Data	Usuário	Situação
11/11/2014 08:28:29	MSA JULIOCESAR	Pré-Cadastro não analisado
11/11/2014 16:58:31	MSA PAULA	Pré-Cadastro analisado e aprovado



Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauro-on.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 670302 e a data de nascimento 18/05/1986 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!

**CENTAURO**

vida e previdência

Seguros para viver

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

08 DEZ. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO DE ANÁLISE

RIO DE JANEIRO, 14 de novembro de 2014

CART/DPVAT - 044632/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

AT. SRA. ANDRÉIA CINELLI

RIO DE JANEIRO - RJ

REF.: SINISTRO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT - CONSULTA TÉCNICA - INVALIDEZ

200/013571/2014/021 - 3140049795

VÍTIMA	PROCESSO Nº
ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA	0000/670302

Prezada,

Encaminhamos para análise e providências do Convênio DPVAT, conforme Ofício VP- 099/2002, o(s) processo(s) completo e em original(ais) da(s) vítima(s) acima citada(s), trata-se de processo(s) de Invalidez.

CONSULTA TÉCNICA:

Certos de Vossa atenção e providências, desde já antecipamos os nossos agradecimentos.



17-MD-2014 11:12 442438 1-1

SEGURADOR LÍDER DPVAT-15 ANDAR

CENTAURO RIO DE JANEIRO

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Sinistro Referência

Vítima: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA**Data de nascimento:** 18/05/1986**CPF:** 031.692.813-56**Data do sinistro:** 22/07/2014**Número do sinistro:** 2014730038**Seguradora:** 6017**Natureza:** Invalidez Parcial**Código de Regulação:** Pago**Sequência:** 001**Dependência:** 111

Já existe o sinistro acima cadastrado por essa Seguradora. Verificar.

✕ Fechar

C RIGUES DE I

e*: Próprio

Titular do CPF*: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE I

Legenda

Em distribuição na ponta
Em análise na ponta
Encaminhamento à digitalizadora correta
Aguardando digitalização / prioritário
Em execução em prestador de serviços
Em análise interna
Pendente com reclamante
Reprogramação de pagamento
Finalizado

Ações

Retornar



Página 1 de 1

Total: 1 de 1 registros





Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 670302

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa NVB-9685/CE	
Nome da Vítima ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 18/05/1986	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 031.692.813-56
			Data Ocorrência 22/07/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 404-1654/2014 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA	Vítima	VITIMA	18/05/1986	63560-000	031.692.813-56

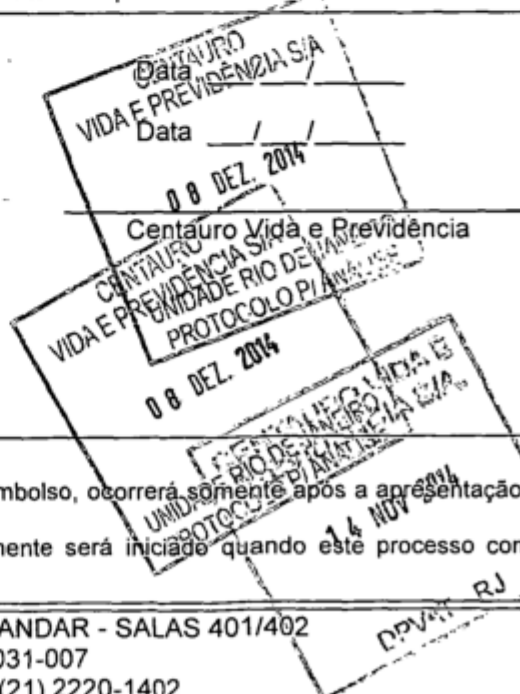
Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações: _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

Local da Entrega _____

Beneficiário _____



Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Documento de Identificação
0012

REPÚBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / FOTO EMISSOR / UF
2002098024210 SSPDC CE

CPF
031.692.813-56

DATA NASCIMENTO
18/05/1986

PRACÇÃO
JOSE SOARES DE LIMA
MARIA DE FATIMA RODRI
GUES DAS NEVES DE LIMA

PERMISSÃO
RECONHECIMENTO

ACC
RECONHECIMENTO

CAIXA
AB

Nº REGISTRO
05597973730

VALIDADE
20/03/2017

1ª EMISSÃO
17/09/2012

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR
ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
27/09/2013

ASSINATURA DO EMISSOR
58173867156
CE138041849

PROFUNDIDADE PLASTIFICAR
874944337

Telefone P/ contato
(88) 3515 - 2329
(88) 9703 - 7419

CENTAURUS
VIDA E PREVIDENCIA S/A
08 DEZ. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
PRÓCULO DO PAQUÍSE
PRÓCULO/ANALISE

CENTAURUS VIDA E
PREVIDENCIA S/A
14 NOV 2014
DPVAT - RJ



Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

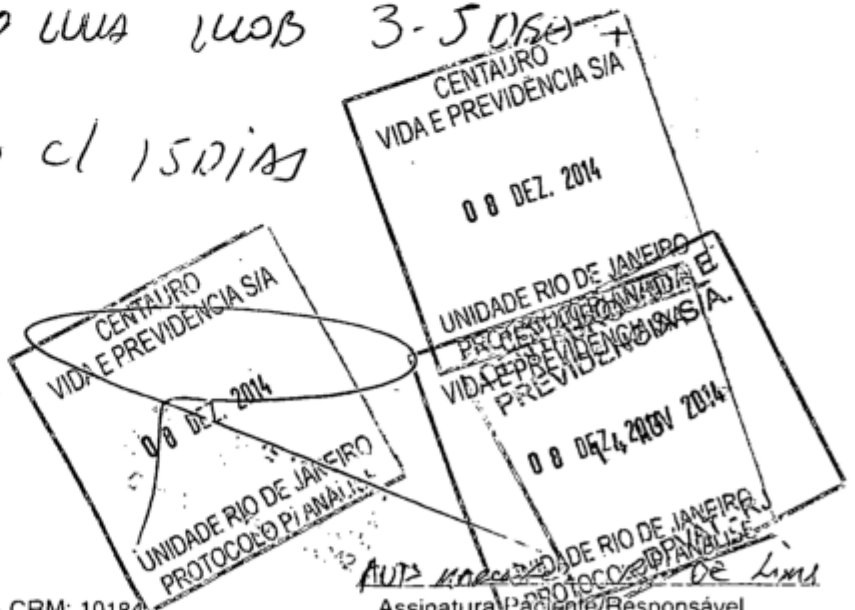
Prontuário: 043490 Atendimento: 0001 CNS: Guia Aut:
Paciente: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA Sexo: M
CPF : 03169281356 Nascimento: 18/05/1986 Local: IGUATU/CE Idade: 28 Ano(s)
Mãe: MARIA DE FATIMA FODRIGUES DAS NEVES
Endereço: AVENIDA FRANCISCO ALVES, 561 Telefone: 88351 012550 CEP: 63560-000
Bairro: MOREIRA Município: ACOPIARA UF: CE
Profissão: Empresa:
Convênio: SUS Matrícula:
Cônjuge: Responsável: O MESMO
Endereço: AVENIDA FRANCISCO ALVES, 561 Município: ACOPIARA UF: CE
Data Atendimento: 23/07/2014 Hora: 12:32 CID: Sala:
Médico: MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA CRM/UF: 10184/CE
Indicador de Acidente: Funcionário: NEYARA MCREIRA DE JESUS
Observação: CPF do Responsável:
Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

TRAUMA EM MÃO D HA CIVIL

RX- TRAUMA DE SMCO

TALA TIPO LUNA LUOB 3-5050

RENEW CI 15 DIAS



MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES - CRM: 10184

Assinatura do Paciente/Responsável



PREFEITURA DE
ACOPIARA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ACOPIARA
SECRETARIA DE SAÚDE DE ACOPIARA
HOSPITAL MUNICIPAL JÚLIA BARRETO

BPA

(URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)

Nº DE REGISTRO: 127



Hospital Municipal
JÚLIA BARRETO

ARQUIVO

Data: 22/07/2014 Horário: 23:20 Idade: 28 Sexo: Masculino
 Paciente: Antonio Marcelo Rodrigues de Rêgo
 End. do Paciente/Resp.: Av. Francisco Alves Moura
 Telefone: 9741 3832 Doc.: de identificação: 202094024210
 Cartão do SUS:

ESF de Origem: Morima

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM / TRIAGEM (Horário:)

Classificação de Risco: ☐ PA: ☐ T: ☐ PESO: ☐ HGT: ☐ P: ☐



0
Nenhuma
Dor



1
Um Pouco
Dor



2
Um Pouco
Mais de Dor



3
Tem Ainda
Mais Dor



4
Tem Muita
Dor



5
Tem Dor
Máxima

Pontos: ☐

Tabela 1

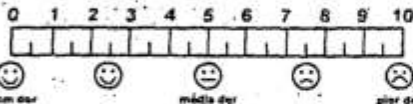
Escala de Dor para Recém-Nascidos-Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contrai	—
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	—
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	—
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	—
Estado de Alerta	Dormindo/ou Calmo	Agitado/ou Irritado	—

Presença de dor: 3 pontos

Pontos: ☐

Escala de Intensidade da Dor



Pontos: ☐

Anotações de Enfermagem: Pt vítima de acidente de motocicleta, com
edema em mãos

ATENDIMENTO MÉDICO

Histórico da Doença atual:

PAVANTE LOPES ORIENTA DE MOTO
COM NEURALGIA EM MÃO DIREITA

Exame Físico:

Exames Complementares:

Resultados:

Diagnóstico:

NEURALGIA GM MÃO

Destino do Paciente:

Ass. e Carimbo do Médico:

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Antonio Marcelo Rodrigues de Rêgo

PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTOS

[illegible]

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

ANDRÉ M. RODRIGUES DE LIMA
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

() Permanecer afastado do trabalho (30) DIAS
dias a partir de ____.

Observações: _____

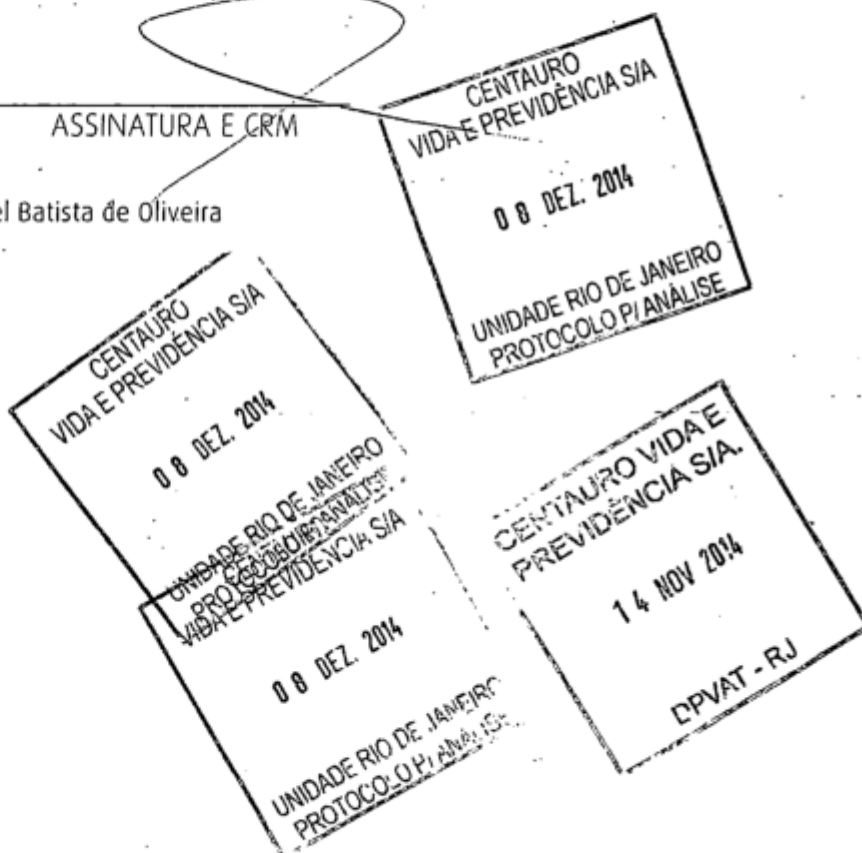
CID: FRAT. DE

SPMCI

IGUATU, 23 de 07 de 2014

ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

GUIA DA UNIDADE QUE RECEBE A REFERÊNCIA

Unidade de Origem

Sms

Prontuário

Nome: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA

Sexo: M (x)

F ()

Data do Nascimento: 18/03/86

Ocupação:

Endereço: AV. FRANCISCO ALVES

Bairro:

Município: ACOMARA

Fone:

Urgência: Sim () Não ()

Data de Referência: 12/08/14

Impressão Diagnóstica:

Encaminhado para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Unidade de Referência: H.R.I.

Procedimento: RETORNO

Data: 19/08/14 Hora:

Gabriela Teixeira B. Moreira

Coordenadora de Controle

Avaliação Regulação e Auditoria

DEVOLVER ESTA FICHA À UNIDADE DE SAÚDE QUE FEZ O SEU ENCAMINHAMENTO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem

Sms

Prontuário

Nome: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA

Sexo: M (x)

F ()

Data do Nascimento: 18/03/86

Ocupação:

Unidade de Referência: H.R.I.

Município: IGUAU

Motivo do encaminhamento: RETORNO

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica:

Gabriela Teixeira B. Moreira

Coordenadora de Controle

Avaliação Regulação e Auditoria

Função

12/08/14

Data



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

ANTONIO M. RODRIGUES DE LIMA

Rx

① MELOCOX 1546 mus ad / 118

TOMA 0107PMU

② TMA TMS LWA 1400 2-50PMU

③ OS. 08.14 - 74

IGUATU, 23 de 07 2014.

D Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edison Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

GUIA DA UNIDADE QUE RECEBE A REFERÊNCIA

Unidade de Origem

SMS

Prontuário

Nome: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA

Sexo: M (X) F () Data do Nascimento: 18/05/86

Ocupação:

Endereço: AV. FRANCISCO ALVES

Bairro: Município: ACOPIAÃ Fone:

Urgência: Sim () Não ()

Data de Referência: 30/07/14

Impressão Diagnóstica:

Encaminhado para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Unidade de Referência: H.A.I.

Procedimento: RETORNO

Data: 05/08/14 Hora:

Gabriela Teixeira O. Moreira

Coordenadora de Controle

Avaliação Regulação Auditoria

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA

GUIA DO USUÁRIO
DEVOLVER ESTA FICHA À UNIDADE DE
SAÚDE QUE FEZ O SEU ENCAMINHAMENTO

Unidade de Origem

SMS

Prontuário

Nome: ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA

Sexo: M (X) F () Data do Nascimento: 18/05/86

Ocupação:

Unidade de Referência: H.A.I.

Município: IGUAçu

Motivo do encaminhamento: RETORNO

Conduta já realizada:

Impressão Diagnóstica:

Gabriela Teixeira O. Moreira
Coordenadora de Controle
Avaliação Regulação Auditoria

30/07/14
Data

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
08 DEZ. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
CENTRO DE PROTOCOLO PI/ANÁLISE

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A
08 DEZ. 2014
UNIDADE RIO DE JANEIRO
CENTRO DE PROTOCOLO PI/ANÁLISE
DPVAT - RJ

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

ALVARO MANOEL P. LIMA

RETINA 6ESD

+

RX DE MÃO D. BIOMED

19 08 14
IGUATU, ___ de ___ 20__

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250

ASSINATURA E CRM

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

08-DEZ-2014

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

08 DEZ. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANALISE

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

14 NOV 2014

DPVAT - RJ



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 404 - 1654 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/10/2014 14:47:31**
Data / Hora da Ocorrência : **22/07/2014 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 060**

NAO INFORMADO ACOPIARA /CE
Ponto de Referência: **PROXIMO A CONSTRUÇÃO DA UPA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO MARCELO RODRIGUES DE LIMA**
Nascimento : **18/05/1986**
RG: **2.002098024210** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 03169281356**
Filiação: **JOSÉ SOARES DE LIMA**
MARIA DE FATIMA RODRIGUES DAS NEVES DE LIMA
Endereço: **AV FRANCISCO ALVES 654 CASA**
MOREIRAS 63560000
ACOPIARA CE BRASIL Telefone: **88-99922225**

Histórico

AFIRMA SOB AS PENALIDADES DOS ART. 339, 340 E 342 DO CPB; DISSE QUE TEM HABILITAÇÃO QUANDO GUIAVA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, ANO MOD 2010, COR VERMELHA, PLACA NVB 9685/CE, CILASSI 9C2JC4110AR70W029, RENAVAM 250598132, COM DOCUMENTAÇÃO EM NOME DE FRANCISCO VIANA SOARES, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO, QUANDO NA SAÍDA DO MUQUEM, UM ANIMAL(CACHORRO) ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTO E COLIDINDO COM O ANIMAL; DISSE QUE CAIU E CONSEGUIU SE LEVANTAR, INDU EM DIREÇÃO A SUA CASA; QUE CHEGANDO EM SUA CASA, FOI COM SUA ESPOSA PARA O HOSPITAL, JULIA BARRETO; DISSE QUE SOFREU ESCORIAÇÕES E FRATURA NO DEDO MINDINHO DA MÃO DIREITA; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPIARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PAULO VITORINO BEZERRA - MAT: 198457-10

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **Luiz Gonzaga Soares Neto**

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIZ GONZAGA SOARES NETO - MAT: 304554-1-8



PREFEITURA DE
ACOPIARA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ACOPIARA

SECRETARIA DE SAÚDE DE ACOPIARA
HOSPITAL MUNICIPAL JÚLIA BARRETO

BPA



Original
Hospital Municipal
JÚLIA BARRETO
ARQUIVO

→ ATO DECLARATÓRIO (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)
Nº DE REGISTRO: 127

Data: 22/07/2014	Horário: 23:20	Idade: 28	Sexo: Masculino
Paciente: Antonio Marcelo Rodrigues de Lima			
End. do Paciente/Resp.: R. Francisco Alves Moura, 100 - J. P. Moura			
Telefone: 9441 13832	Doc.: de identificação: 202091024210		

Cartão do SUS:

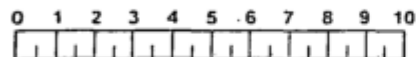
ESF de Origem: Moura

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM / TRIAGEM (Horário:)

Classificação de Risco: ☐ PA: ☐ T: ☐ PESO: ☐ HGT: ☐ P: ☐



Escala de Intensidade da Dor



Pontos: ☐

Tabela 1

Escala de Dor para Recém-Nascidos-Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contrada	—
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	—
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	—
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	—
Estado de Alerta	Dormindo ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	—

Presença de dor ≥ 3 pontos



Anotações de Enfermagem: Paciente vítima de acidente de motocicleta, com edema em mãos.

ATENDIMENTO MEDICO

Histórico da Doença atual:

Paciente homem, vítima de acidente de motocicleta, com edema em mãos.

Exame Físico:

Exames Complementares:

Resultados:

Diagnóstico:

Fratura GM

Destino do Paciente:

Ass. e Carimbo do Médico:

Ass. e Carimbo do Médico:
MARCIO BARROSA
MÉDICO
CRM 12316
DPMAT

Assinatura do Paciente ou Responsável:

ANT- MARCELO F. DE LIMA

PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTOS

NOME DO PACIENTE		ENFERMARIA	LEITO
DATA	PLANOS TERAPÊUTICOS E TRATAMENTOS	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
	<p>INULOTENNA 1 ANO</p> <p>FRM</p> <p>2 fowd - Rd</p> <p>CONF. ESTABELECIMENTO</p> <p>Confere com Original</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>ARQUIVO</p>	<p>23/24</p>	<p>pet catonardi do</p> <p>no lugar</p> <p>medicamento</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>CONF. ESTABELECIMENTO</p> <p>Confere com Original</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>ARQUIVO</p>