

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JERFFERSON LINHARES DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 00000023366-8

---

Nr. Autenticação

BRADESCO28122017050000000002370099700000023366472500 PAGO

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170647288      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JERFFERSON LINHARES DE MOURA      **Data do acidente:** 18/08/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta da falange proximal do dedo polegar direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico, periciado apresenta bloqueio articular do dedo polegar direito em decorrência da fratura. Possui diminuição dos movimentos de abdução e adução, limitando os movimentos da mão direita. Apresenta redução da força de preensão palmar e dificuldade ao realizar o movimento de pinça.

**Resultados terapêuticos:** O quadro evolutivo da lesão apresenta-se da seguinte forma: logo após o acidente (fase aguda da lesão), o periciado apresentou o quadro pós-traumático identificado com fratura exposta da falange proximal do dedo polegar direito, de severa restrição. Submeteu-se a medida terapêutica mediante tratamento medicamentoso, intervenção cirúrgica e 35 sessões de fisioterapia para reduzir ou curar a lesão. Findo os tratamentos e considerando as medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão, apresentou melhora discreta. No estágio atual, mediante o quadro de consolidação da lesão e mediante a alta médica, existe déficit funcional permanente na mão direita.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional, parcial e incompleta da mão direita, em grau médio, devido à redução da força e mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Montezuma Feitosa Alexandrino

**CRM do médico:** 16205

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

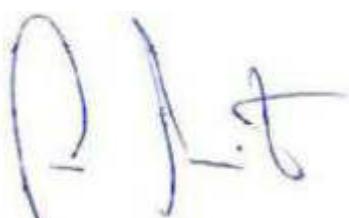
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**Médico revisor:** Henrique Rodrigues Rosito

**CRM do médico:** 5402

**UF do CRM do médico:** RS

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170647288      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JERFFERSON LINHARES DE MOURA      **Data do acidente:** 18/08/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/12/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º DEDO DA MÃO DIREITA

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / 1º DEDO DA MÃO DIREITA: 50% DE 25%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

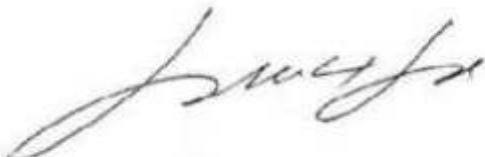
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Nome do Examinado (a): JERFFERSON LINHARES DE MOURA**

**Identificação: SSP / CE / 20073719921**

**Endereço do Examinado (a): RUA CORONEL LÚCIO, Nº 74, CRATEÚS/CE**

**Data: 23/12/2017 13:00:00 Local do Exame: TAUÁ/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):**

Fratura exposta da falange proximal do dedo polegar 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?**

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 de acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?**

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:**

A avaliação do estágio clínico atual demonstra que a lesão obteve resposta discreta, posteriormente a realização dos tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica e 35 sessões de fisioterapia. Existência de sequela permanente na mão direita, inexistindo tratamentos terapêuticos para a lesão decorrente do acidente.

**III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?**

Sim  Não

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

Ao exame físico, periciado apresenta bloqueio articular do dedo polegar direito em decorrência da fratura. Possui diminuição dos movimentos de abdução e adução, limitando os movimentos da mão direita. Apresenta redução da força de preensão palmar e dificuldade ao realizar o movimento de pinça.

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.

**Sem sequela permanente**

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

**Exame não permite conclusão**

Vide motivo do impedimento no campo das observações.

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas:

Região Corporal (sequela): Mão - Direita - MÉDIA - 50%

10%Residual     25%Leve     50%Médio     75%Intensa     100%Completo

Região Corporal (sequela): - -

10%Residual     25%Leve     50%Médio     75%Intensa     100%Completo

Região Corporal (sequela): - -

10%Residual     25%Leve     50%Médio     75%Intensa     100%Completo

Região Corporal (sequela): - -

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:

Montezuma P. Alexandrino  
MÉDICO  
CRM - CE 16.205  
Assinatura e carimbo do médico



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 4072/2017

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **11/10/2017 09:16:53**

Data / Hora da Ocorrência: **18/08/2017 09:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA GERARDO MACHADO**

Complemento:

Bairro: **VENÂNCIOS**

Município: **CRATEUS/CE**

Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JERFFERSON LINHARES DE MOURA**

Nascimento: **21/06/1994** CPF: **053.124.653-13**

RG: **20073719921** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES**

**JEAN DE MOURA FARIA**

Endereço: **RUA CORONEL LUCIO, 74**

Bairro: **CENTRO**

Município: **CRATEUS/CE**

CEP: **63.700-000**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99855-3106**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCM2462** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:

**9BFJF3798BB089158** Renavam: **330487701** Tipo do Veículo: **CAMINHAO**

Marca / Modelo: **FORD/F350 G** Ano Fabricação: **2011** Ano

Modelo: **2011** Combustível: **DIESEL** Cor: **PRATA** Proprietário: **MARIA**

**ELIANE REIS DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:  
**ENVOLVIDO**

### Histórico

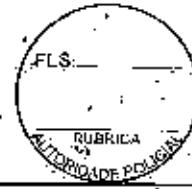
O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA HORA E LOCAL, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO ESTAVA SE CONDUZINDO NA CARROCERIA DO CAMINHÃO ACIMA DESCrito; QUE RELATA QUE É FUNCIONÁRIO DA EMPRESA ELETROJÓIAIS E NA OCASIÃO DOS FATOS ESTAVA TRABALHANDO, SEGURANDO UMAS CADEIRAS EM CIMA DO REFERIDO CAMINHÃO, QUANDO O CONDUTOR DE NOME FRANCISCO DE ASSIS DE SOUSA REIS PASSOU PRÓXIMO A UM GALHO DE UMA ÁRVORE QUE ACERTOU O DECLARANTE, OCASIÃO EM QUE DESEQUILIBROU-SE E CAIU DO CAMINHÃO, SOFRENDO FRATURA NO DEDO POLEGAR DIREITO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOI QUEM LHE SOCORREU PARA A UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO-UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO, NESTA CIDADE, APRESENTANDO CÓPIA DO REFERIDO ATENDIMENTO MÉDICO NESTE ATO; QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS DO SEU ACIDENTE AS PESSOAS ISRAEL SIMÃO MOURA CESAR, PORTADOR DA CNH N° 0542309165-DETRAN-CE, E CPF 043.001.603, E JOSÉ WELLINGTON FERREIRA DA SILVA, PORTADOR DO RG N° 2003005068571-SSPDS-CE, CPF 027.229.023-89. E NADA MAIS DISSE.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 4072 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO - MAT.: 404574-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

José Hilton Alves Sampaio  
Delegado Civil  
Mat. 404574-1-0  
Assinatura

VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

X Israel Simões Mauro César

X Wellington Ferreira da Gama

**PRONTO - SOCORRO**  
**RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA**

Data do Atendimento: 18/08/2017 09:42

Nome: Jefferson Linhares de Souza Idade: 23 anos

Nome da Mãe: Antonio Nubio Costa Linhares CPF: \_\_\_\_\_

Nº Prontuário: 020055 Município: \_\_\_\_\_

HDA: Paciente apresentando ferimento localizado em 1º grau (dorsos), após queda de veículos em movimento, os Rd em fratura no osso da pélvis (fratura, média).

EXAME FÍSICO: ferimento localizado + fratura da pélvis.

EXAMES REALIZADOS: Rx

DIAGNÓSTICO: Fratura da pélvis.

CONDUTA: antibiótico temporário (cefotaxime 2g) + profissional.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: avaliar ortopedia

HOSPITAL REFERENCIADO: San Lucas

SAÍDA: 04 DEZ 2017  
SASEM: SEGURO-DA-VIDA

RECEBIDO



Guia de atendimento - EMERGENCIA

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
020055	0026	JEFFERSON LINHARES DE MOURA	704509301851914	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
CPF: 053.124.653-13			Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Lote			Idade
21/06/1994	CRATEUS/CE			23 Ano(s)
Pai		Mae		
JEAN DE MOURA FARIA		ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES		
Endereço		CEP	Município	UF
RUA CEL. LUCIO, 74		63700-000	CRATEUS	CE
Profissão		Conjuge		
ENTREGADOR				
Responsável		CPF do Responsável	Endereço	Município
ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES			RUA CEL. LUCIO, 74	CRATEUS
UF		UF		
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>				
Local Atendimento	Hora	Convênio	Matricula	CID
18/06/2017	09:42	SUS		
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento
MEDICO - UPA			1/CE	CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário	
			LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA	

#### DADOS DO ATENDIMENTO

data Atendimento 18/06/2017	hora 09:42	Convênio SUS	Matrícula	CRMUF	CID	
Profissional do Atendimento MEDICO - UPA				1/CE	Tipo Atendimento <b>CONSULTA COM PROCEDIMENTO</b>	
Indicador de Atendente				Funcionário <b>LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA</b>		
Observações						
Saída		Data/Hora Liberação		as	hs	
Sinais Vitais				<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Óbito
Peso (kg)		Altura (cm)				
		T (°C)		P (BPM)	SpO <sub>2</sub> - 99%	PA (mmHg)
					R (respiratória)	100 x 70 mmHg

**Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)**

18.08.2017 às 08:52h Paciente apresentando corte em 4 quinzeaditil  
D, após queda do carro em movimento. — Lygia Silveira  
ENFERMEIRA  
COREN/PE 10.848

exfoliation of  $\text{EV}$  11:17

- Rua da misa (D) 10:05  
→ Praça da Liberdade (W)

*José de Andrade Lello*  
Médica  
CRM: 10663

MÉDICO - UPA - CRM: 1

Chantal Lepes Boisvert  
TÉC. DE ENFERMAGE  
COPPEL

SABESP SEGURODOA S/A

04 DEZ 2017

RECEBIDO

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ANTONIA NUBIA COSTA LIMA



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente		CNS		Guia de Autorização	
020055	0015	JEFFERSON LINHARES DE MOURA		704509301851914			
Documento(s)				Estado Civil		Sexo	
CPF: 053.124.653-13				Solteiro(a)		Masculino	
Data de Nascimento		Local		Mae		Idade	
21/06/1994		CRATEUS/CE		ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES		23 Ano(s)	
Pai				Bairro		UF	
JEAN DE MOURA FARIAS				CENTRO		CE	
Endereço				CEP	Município	Telefone	
RUA CORONEL LUCIO, 74				63700-000	CRATEUS	CE 88 98553106	
Profissão		Empresa		Conjugue		UF	
ENTREGADOR		ELETROJOIAS				CE	
Responsável		CPF do Responsável	Endereço	Município		UF	
ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES			RUA CORONEL LUCIO, 74	CRATEUS		CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

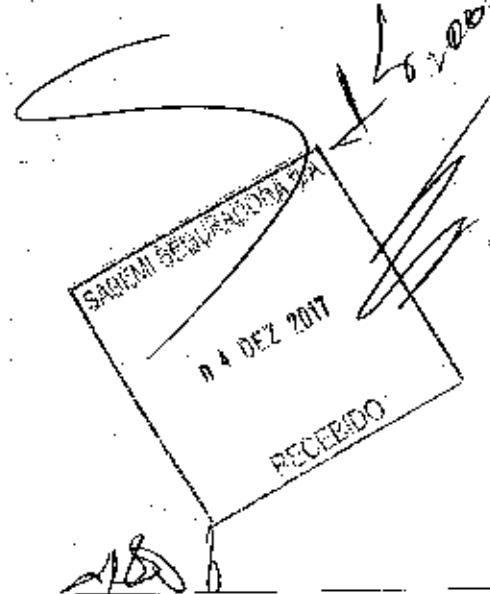
Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID		
18/08/2017	11:46	SUS				
Profissional do Atendimento			CRM/UF			
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945/CE			
Indicador de Acidente			Funcionária			
Trânsito			MARTA MOTA VÉNANCIOS DO VALE			
Observação						
Sala		Data/Hora Liberação	as	hs.	Tipo de Saída	
					<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Internação
					<input type="checkbox"/> Óbito	
Sinais Vitais		Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)
Peso (kg)		98		82		140x90

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Mulher com derrame AS 130x80 no tórax de 090 mmHg. Consulta

Dr. Jamil S. Jorqueira  
Traumatologista  
CRM 6945

1. USM de tórax + MDR de tórax.  
Exame no dia 01/09/17.



Dr. Nilton Greyek de Castro  
Médico  
CRM-CE 9578

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ANTÔNIA NUBIA COSTA LI

## FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

## DADOS DO PACIENTE

Nome <b>JERFFERSON LINHARES DE MOURA</b>				Prontuário/Atendimento 020055/0016
Nascimento 21/08/1994	Local CRATEUS	País Nacionalidade Brasil		Idade 23 Ano(s)
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Estado Civil Solteiro(a)		Religião NÃO DETERMINADA
Documento(s) CPF: 053.124.853-13		CNS 70.4509.301.8519-14		
Endereço RUA CORONEL LUCIO	Nº 74	Bairro CENTRO	Município CRATEUS-CE	CEP 63700-000
Fone (88) 9855-3108	Profissão ENTREGADOR	Empresa ELETROJOIAS		Fone Empresa
Responsável ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES		CPF do Responsável		Fone Responsável
Endereço Responsável DOM PEDRO II, 1475 CASA		Cônjugue		
Mae ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES		Pai JEAN DE MOURA FARIA		

## DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 18/08/2017 14:35	Quarto/Leito 006-0003	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Setor CLINICA CIRURGICA
Convenio SUS		Matrícula	Autórisação	Dias 0
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA				CRM 6945
CID Principal			CID Complementar	
Observações				
Usuário MARIA AUXILIADORA COSTA BARROS	Procedimento SUS			Siaprenatal
Data Saída	Hora	Condição de Saída	Usuário Saída	

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 18 de agosto de 2017.

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: MARIA AUXILIADORA COSTA BARROS



*Maria Auxiliadora Barros*  
Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO

Paciente: JEFFERSON LINHARES DE MOURA  
 Data da Int: 18/08/2017 Cé de Nasc: 21/06/1994  
 Convenio: SUS Frontuário: 820055  
 Município: CRATÉUS-CE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

SETOR: C.C.T

LEITO: 6.3 CONVÊNIO: \_\_\_\_\_

DATA: 19/08/17

PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO
01	<i>Jefferson Linhares</i>	
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Evolução Médica:

*Jefferson Linhares*

Dr. Janil S. Jorquera  
 Traumato Ortopedia  
 CRM 6945

SISTEMA DE SEGUINCIAS  
 4 DEZ 2017

RECEBIDO

Dr. Janil S. Jorquera  
 Traumato Ortopedia  
 CRM 6945

Assinatura e Carimbo

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO<sub>2</sub> = Saturação Periférica; DT = Dreno de Torax; DS = Dreno de Sússão; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasointestinal; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodialise; TOT = Tubo Otorrágueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

## INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA	REALIZADA	REALIZADA	REALIZADA	REALIZADA	REALIZADA
	PROPOSTA	REALIZADA	REALIZADA	REALIZADA	REALIZADA	REALIZADA

CIRURGIAO Dr. Jamil CRM 7

CRM

AUXILIARES CRM

39. \_\_\_\_\_ CRM

49 A 21 CRM

ANESTESIOLOGISTA

TIPO DE ANESTESIA *seol*

## PATOLOGISTAS

INSTRUMENTADOR(A) Amilo

**CIRCULANTE** *Nazia e Companhia*

## ACHADOS OPERATÓRIOS

SYSTEMS IN INDIA

2017-2018

RECEIVED

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO São Paulo

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.S.L.

2 - CDES

24810213

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.S.L.

4 - CDES

24810213

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jersonson Tainhas de Souza

8 - N° DO PRONTUÁRIO

20055

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

A - DATA DE NASCIMENTO

21/09/1981

9 - SEXO

MASC.  Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Antônia Nubio Costa Tainhas

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA)

Baronecito Horácio, 74, Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cratés -

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP  
18-62700-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Perdeu em memória de vez  
não se lembra de quando

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EP

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

Exame suspeito de  
10 de 08/09 5525

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Anágue

0408050670

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

1 - CNS

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Jânio S. Tavares

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/08/17

32 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) INDEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1 - CNS ( ) CPF

D 11.111.111-11

RECEBIDO

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

19/09/17

CRMESP/SP  
Médico - Auditor

CPF: 004.736.473-46



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Impressão: 18/08/2017 09:42

Página 1



DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
020055	0026	JERFFERSON LINHARES DE MOURA	704509301851914	
Documento(s)				
CPF: 053.124.653-13				
Data do Nascimento	Local			
21/06/1994	CRATEUS/CE			
Pai		Mãe		
JEAN DE MOURA FARIA		ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES		
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA CEL. LUCIO, 74	CENTRO	53700-000	CRATEUS	CE
Profissão	Empresa			Telefone
ENTREGADOR	ELETROJOIAS			88998553106
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES		RUA CEL. LUCIO, 74	CRATEUS	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
18/08/2017	09:42	SUS		
Profissionais do Atendimento			CRM/UF	
MÉDICO - UPA			1/CE	Tipo Atendimento
Indicador de Atendente			Funcionário	CONSULTA COM PROCEDIMENTO
			LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA	

Observação

Sexo	Date/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Sádico		
				( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito		
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)
					85	110 X 70 mmHg

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

18.08.2017 as 09:52h. Paciente apresentando corte em 1 quinze de sete (1) após corte de barbeiro comum em movimento. Lygia Silveira  
ENFERMEIRA  
CRM/CE 378.945

Palpitação dolorida e dor em braço (1) e ferida (1).  
Continua em 1a quinze de sete (1).

A.D.

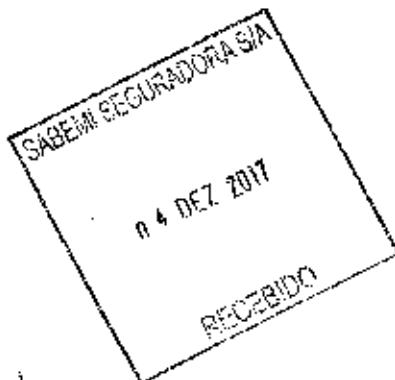
ee polotimour 2g EV 11:17

- Rx de m (1)
- Rx de m (1) 10:05
- Rx de m (1) 10:05

Cláudia Lopes Barreto  
TÉC. DE ENFERMAGEM  
CID: 10.111

Juana de Andrade Lello  
Médica  
CRM: 10666

MÉDICO - UPA - CRM: 1



X A.D.  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ANTONIA NUBIA COSTA LI



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO E DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCL

Autorização de pagamento

TO0144

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

Nome completo da vítima

053.124.653-13

Clefferson Binhares de Moraes

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Clefferson Binhares de Moraes	053.124.653-13	Montador
Endereço	Número	Complemento
Rua Coronel Lucio	79	
Bairro	Estado	CEP
Centro	SC	89.300
Email	Telefone (DDD)	
santosdebora24@hotmail.com	88.99690-3249	

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 type="checkbox"/> RECUZO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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

CONTA

Nº

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NHO

Bradesco

237

AGÊNCIA

CONTA

Nº

Nº

0997

033366

(Informar dígito se existir)

8

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada 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.

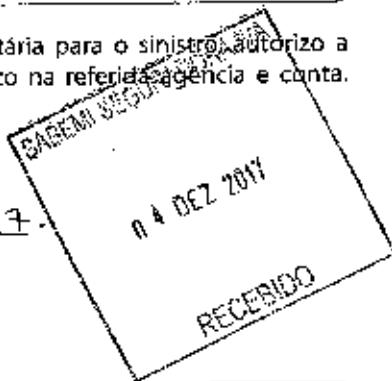
Crotetus-SC, 20 de novembro de 2017.

Local e Data

X Jefferson Binhares de Moraes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**Bradesco**

**Dia & Noite**

BDN - Bradesco Dia e Noite  
Deposito Conta Corrente

Data: 17/11/2017 Term: 039713 N. Trans: 2832

Favorecido: Valor: 4,00  
Banco: 237  
Agencia: 0997 / CRATEUS  
Conta: 0023366-8

TITULAR 1: JEFFERSON LINHARES DE MOURA

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancario e nos sábados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia útil subsequente.

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

Alô Bradesco  
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamações e Informações  
0800 704 0383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

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

Obrigado  
Tenha uma boa tarde

