

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: 000000023366-8

Nr. Autenticação

BRDESCO281220170500000000023700997000000023366472500 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

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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

Valoração 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

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
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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 F. 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 Nº 445-4072-J-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 FARIAS**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** AnoModelo: **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 Nº 0542309165-DETRAN-CE, E CPF 043.001.603, E JOSÉ WELLINGTON FERREIRA DA SILVA, PORTADOR DO RG Nº 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).

José Hilton Alves Sampaio
Escrivão de Polícia Civil
Mat: 404574-1-0



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 4072 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

X Israel Simão Moura César

X Wellington Ferreira da Silva



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

Nome: Jefferson Linhares de Mouro Idade: 23 anos

Nome da Mãe: Antonio Nubio Costa Linhares CPF: _____

Nº Prontuário: 020055 Município: _____

HDA: Paciente apresentando ferimento localizado em 1º grau doctilo D, após queda de veículo em movimento, ao Rá em posição no ar - da fúlgida fratura medular,

EXAME FÍSICO: ferida limba + fúlgida e sangramento!

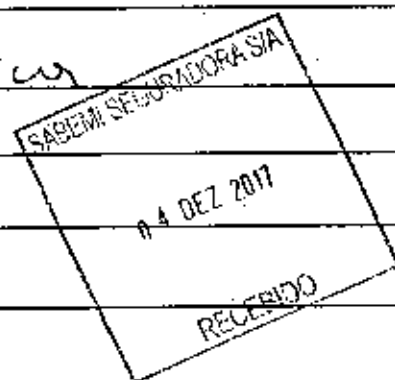
EXAMES REALIZADOS: Rx

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta.

CONDUTA: antibiótico tempo (cefalotina 2g) + profenid.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: avaliar ortopedico

HOSPITAL REFERENCIADO: São Lucas.





Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 020055	Atendimento 0026	Nome do Paciente JERFFERSON LINHARES DE MOURA	CNS 704509301851914	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 053.124.653-13			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 21/06/1994	Local CRATEUS/CE			Idade 23 Ano(s)
Pai JEAN DE MOURA FARIAS	Mãe ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES			
Endereço RUA CEL. LUCIO, 74	Bairro CENTRO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão ENTREGADOR	Empresa ELETROJOIAS	Cônjuge		Teléfono 88998553106
Responsável ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES	CPF do Responsável	Endereço RUA CEL. LUCIO, 74	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

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

Sala	Data/Hora Liberação	as	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	TC	P (bpm) 85	R (mmHg) 85
				PA (mmHg) 130 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 1 quíquedactil
(D), após queda do carro em movimento. —
Paciente el. deformidade e dor no mto (D) e fêmur ltr.
contusão no 1º quíquedactil (D).

Lygia Silveira
ENFERMEIRA
COREN/CE 378.945

ef. polotoma 2g EV 11:17

- Rx de mto (D)
- Rx fêmur ltr. (D) 10:05

Cláudia Lopes Barros
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 378.945

Jana de Andrade
Médica
CRM: 10663

MEDICO - UPA - CRM: 1

SABEM SEGURADORA S/A
04 DEZ 2017
RECEBIDO

x hto
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA NUBIA COSTA LI



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 18/08/2017	Hora 11:46	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/UF 6945/CE			Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente	Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE			
Transição				
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
------	---------------------	----	-----	--

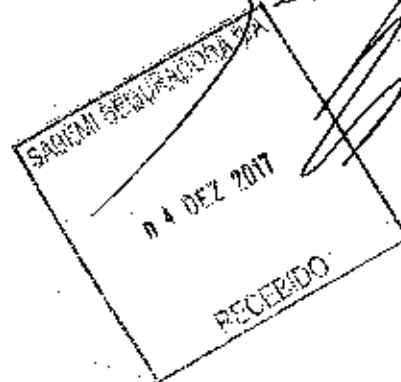
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
	78			82		140x90

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

*Auto com fratura
no 1.º Os da D9D por queda
de 1.5m - Anquilose*

*AS 13:30 SUS 299
130X80*

*1 USMUL ORTOMED + 100 ml COF
CRATEUS DA AMUL*



Dr. Nailton Geyck de Castro
Médico
CRM-CE 9578

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTÔNIA NUBIA COSTA LI



DADOS DO PACIENTE

Nome JERFEERSON LINHARES DE MOURA				Prontuário/Atendimento 020055/0018	
Nascimento 21/06/1994		Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil	
Idade 23 Ano(s)		Estado Civil Solteiro(a)		Religião NÃO DETERMINADA	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Endereço RUA CORONEL LUCIO	
CPF: 053.124.653-13		CNS 70.4509.301.8519-14		CEP 63700-000	
Profissão ENTREGADOR		Empresa ELETROJOIAS		Fone Empresa	
Responsável ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável DOM PEDRO II, 1475 CASA		Cônjugue			
Mãe ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES		Pai JEAN DE MOURA FARIAS			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 18/08/2017 14:35	Quarto/Leto 006-0003	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Setor CLINICA CIRURGICA	
Convênio SUS	Matrícula	Autorização	Dias 0	Gula	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CID Principal			CRM 6945	
CID Complementar					
Observação					
Usuário MARIA AUXILIADORA COSTA BARROS	Procedimento SUS			Siapronatal	
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

Assinatura do responsável



Maria Auxiliadora Costa Barros

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

- Municipio: CRATEUS-CE

DATA

180817

PACIENTE

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

CIRÜRGİAÖ

D, Jami

CRM

AUXILIARES

19

20

-30-

49

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

ANESTESIOLOGISTA

TIPO DE ANESTESIA

1229

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

Amila

CIRCUANTE

Nazim & Gamil

ACHADOS OPERATÓRIOS

[illegible]

04 DEZ 2017

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

2481023

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. S. L.

4 - CDES

2481023

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jerson Lantanas de Mena

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

20055

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/09/1979

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Antônia Nubia Costa Lantanas

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Barroel, Lencois, 74, Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cratius

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

12 - 63700000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Muito em função de
vício de caráter
crônico

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EP

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

10 de 10 P

21 - CID 10 PRINCIPAL

5925

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050470

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CNS

CPF

108193322335

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Jamil S. Jucá

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/08/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

Dr. Jucá

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

18/08/17

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CREMEC-CE 10098
Médico - Auditor
CPF: 004.736.473-46

RECEBIDO



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO

Impressão: 18/08/2017 09:42

Página 1

v2017001

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 020055	Atendimento 0026	Nome do Paciente JERFFERSON LINHARES DE MOURA	CNS 704509301851914	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 053.124.653-13	Local CRATEUS/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 21/06/1994	Idade 23 Ano(s)			
Pai JEAN DE MOURA FARIAS	Mãe ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES			
Endereço RUA CEL. LUCIO, 74	Bairro CENTRO	CEP 53700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão ENTREGADOR	Empresa ELETROJOIAS	Cônjuge		
Responsável ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES	CPF do Responsável	Endereço RUA CEL. LUCIO, 74	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

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

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	PA (mmHg)
			85	130 x 70 mmHg

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

18.08.2017 às 09:52h Paciente apresentando corte em 1 quíndactil
 ① após queda do carro em movimento.
 Paciente id. deformidade e dor no mto ① e fêmur ①
 contuso no 1º quíndactil ①.

Lygia Silveira
ENFERMEIRA
COREN/CE 378.945

A.D.

ef polotizar 2 g EV 11:17

Rx de mto ①
 Piquete ① 10:05

Clariana Lopes Barros
TÉC. DE ENFERMAGEM I

Joana de Andrade Pereira
Médica
CRM: 10669

MEDICO - UPA - CRM: 1



Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: ANTONIA NUBIA COSTA LI

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

053.124.653-13

Nome completo da vítima

Jefferson Pinheiro de Moura

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jefferson Pinheiro de Moura		CPF titular da conta 053.124.653-13	Profissão Montador
Endereço Rua Coronel Lucio		Número 79	Complemento
Bairro Centro	Cidade Crato	Estado CE	CEP 63.700
Email santosdeboras@hotmail.com		Telefone (DDD) 88.9.9690-3249	

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

- ☐ 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)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

Bradesco

Nº

237

AGÊNCIA

Nº

DV

0997

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

23366

DV

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.

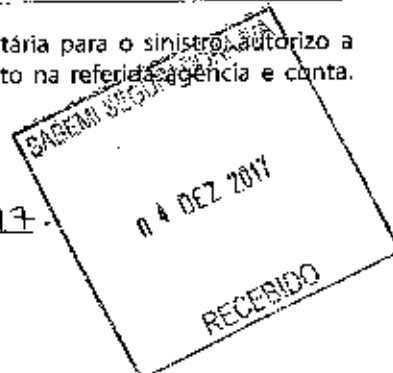
Crato - CE, 20 de novembro de 2017.

Local e Data

X Jefferson Pinheiro de Moura

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 Hora: 14:36

Valor: 4,00

Favorecido:
Banco: 237
Agência: 0997 / CRATEUS
Conta: 0023366-8

Titular 1: JERFFERSON LINHARES DE NOURA

O depósito realizado durante o expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancário e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será 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 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

