

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: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: VANDEORGE FERREIRA ALVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00645-9

CONTA: 000000029373-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO29112018050000000002370064500000029373168750 PAGO

Nº DO CUENTE

796434

Para aplicar seu abatimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nº 10.426  
do 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará  
Rua Pedro Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.042.291/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 542691149

Rota 15 01260 22 021000 - 8

Data de Emissão 22/09/2018

Nome MARIA FERREIRA ALVES

End. Postal TR STA ISABEL 00026

CURIO - FORTALEZA - 60844170

Medidor 6040696

Poste 1000 Y98E

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 263971613-15

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2018	22/09/2018	24/10/2018

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	JUL/2018	0,60 23,51
Mês	DICRI = 0,20 P	

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
106,22	7,00%	7,42

Padrão Individual	Apresentação Individual
-------------------	-------------------------

Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
--------	-------	-------	--------	-------	-------

DIC	4,95	5,91	19,02	0,00	0,00
-----	------	------	-------	------	------

FIC	1,23	1,47	12,95	0,00	0,00
-----	------	------	-------	------	------

DMIC	2,77		8,88		
------	------	--	------	--	--

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0002.4566.947E.070.5888.7009.8557.374

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Llit. Atual	Llit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
35641	35588	1,00	141	8,00	141	0,76788	106,22
22/09/18	23/09/18		30 Dias		141		106,22

## DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
ILUMINACAO PÚBLICA MUNICIPAL	106,22
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 9,97 )	11,69

VENCIMENTO

01/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

119,91

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

geração	41,22
transmissão	4,46
distribuição	21,80
encargos setoriais	6,39
tributos (ICMS PIS/COFINS)	31,72
<b>TOTAL</b>	<b>106,22</b>

## HISTÓRICO DE CONSUMO (milhões de kWh)

01	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
12	14	15	14	12	12	12	11	11	11	11	11	11	11	11

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compensar suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg CO<sub>2</sub>

55,05

Compensado kg CO<sub>2</sub>

0,00

Conscientização Ecologica (kg CO<sub>2</sub>)

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DE CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chave os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta J-100 - F-1000 04-051 referente a PIS e COFINS, respectivamente: PIS 0,42% e COFINS 1,5%.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

08 OUT 2018

Nº DO CUENTO		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei N° 10.438 de 26 de abril de 2002					
796434		Companhia Energética do Ceará Rua Pedro Valério, 100 CEP: 60135-040   Fortaleza/CE CNPJ: 07.042.251/0001-70   CGF: 06.105.848-3					
Para aplicar esse desconto, utilize o nº acima sempre que enviar um contato com a enel							
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B   SÉRIE B-4   N° 542691149							
Rota	15 01260 22 0218000 - 8	Data de Emissão	22/09/2018				
Nome	MARIA FERREIRA ALVES						
End. Postal	TR STA ISABEL 00026						
	CURIÓ - FORTALEZA - 60844170						
Medidor	6040696	Posto	1000 Y95E				
Classe	B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO						
RG / CPF / CNPJ	263971613-15	CGF					
Nome do Responsável							
DATAS							
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura					
Set/2018	22/09/2018	24/10/2018					
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO							
Veja a legenda na versão digital desta conta.							
Conjunto	Jul/2018						
Mês	DIC = 1.42 P	EUSD 33,51					
ICMS							
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto					
188,22	7,00%	29,21					
DIC	Mensal	Trimestre	Anual				
FIC	2,20	6,47	12,95				
DMIC	2,77	8,00	16,00				
Padrão Individual							
Ajuste Individual							
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL							
E8EB,4F6B,94E,007,50B8,70B9,EE57,3F4							
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Corret.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FT 35641	35598	1,00	141	8,00	141	2,76788	188,22
22/09/18	23/08/18		30 DIAS		141		188,22
DESCRIÇÃO				VALOR (R\$)			
VALOR CONSUMO DO MES				188,22			
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL				11,69			
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 9,97 )							

VENCIMENTO	01/10/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	119,91
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO			
Energia .....	41,82	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Transmissão .....	4,45	129	141
Distribuição .....	23,93	137	140
Encargos Sistêmicos .....	5,39	126	127
Tributos (IOM, PIS/COFINS) .....	31,72	114	119
<b>TOTAL .....</b>	<b>166,22</b>	117	142
118	127	121	150
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh)			
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emisso (kgCO <sub>2</sub> )	55,95	Compensado (kgCO <sub>2</sub> )	6,86
Consciência Ecológica (NCO <sub>2</sub> )			
+ 100% mais			
PARABÉNS! VOCÊ PODE RECEBER REBAIXAMENTO			
PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE			
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.			
Chame os vizinhos, é antigo e entre no combate ao mosquito transmissor			
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal			
A ELETROBRAS E PARABÉNS PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.			

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'COMPREV SEGUROS' is at the top, 'E PREVIDÊNCIA SIA' is in the middle, and '08 OUT 2018' is at the bottom. The stamp is slightly tilted.

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luis Carlos Nascimento da Silva,  
RG nº 97009007655 data de expedição 17/02/2010  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 368789283-262, com  
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. SANTA ISABEL 427, nº 427,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Vandeeorge Ferreira Alves cujo o condutor era \_\_\_\_\_.

Veículo: Motociclo  
Modelo: Honda/NXR 160 Bros 6500  
Ano: 2015  
Placa: PNJ 2176  
Chassi: 9C2KD00810FR475941  
Data do Acidente:  
Local e Data: Fortaleza 14 de Fevereiro de 2018

Luis Carlos Nascimento da Silva  
Assinatura do Declarante

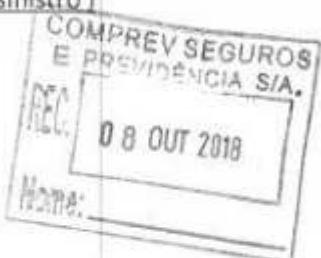
Vandeeorge Ferreira Alves  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Serviço Registral de Messejana  
Reconheço por autenticidade a firma de (85) 3229-1911 - (85) 3474-0510  
VANDEORGE FERREIRA ALVES (9515043103700) 3  
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.  
Fortaleza, 19 de fevereiro de 2018.

Em testemunho da verdade,  
SILVANA MARY FARIA GOMES (OFICIAL)

Assento com o selo de autenticidade  
Valor Total R\$ 3,65

Serviço Registral de Messejana  
CARTÃO  
Messejana - Fortaleza - Ceará



Serviço Registral de Messejana (85) 3229-1911 - (85) 3474-0510  
Reconheço por autenticidade a firma de (4168288049028) 3  
LUIZ CARLOS NASCIMENTO DA SILVA  
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.  
Fortaleza, 21 de fevereiro de 2018.





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

**SAÚDE**   
**HOSPITALAR**

Emitido em: 24/09/2018 17:29:0

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

**Registro de Atendimento  
Emergencial**
**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

DATA/HORA: 23/08/2017 11:42:18

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CNS: 706700570851715	NOME: VANDEORGE FERREIRA ALVES			Registro: 5524339
CPF: 85524085387	RG: 96006026154	D. NASC: 23/09/1979	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA ALVES		NOME DO PAI: GEORGE FERREIRA ALVES		

TIPO DE LOGRADOURO: Travessa		ENDERECO DO PACIENTE: SANTA ISABEL	Nº: 387	BAIRRO: CURIO
COMPLEMENTO: CASA A	TELEFONE: 987231136	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60866764

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL**

NOME: VANDEORGE FERREIRA ALVES	PARENTESCO:	TELEFONE:
--------------------------------	-------------	-----------

**ACIDENTE DE TRABALHO**

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta.			
--	--	--	--

QUEIXAS: Vítima de colisão moto x caminhão parado. Trauma sanguíneo em M/D. Orientado.			
--	--	--	--

OBSERVAÇÕES:			
--------------	--	--	--

**SINAIS VITais**

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		
-------------------------------	--	--

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Anamnese:		
-----------	--	--

Exame Físico:

24/09/18  
10:38:17  
J... h h

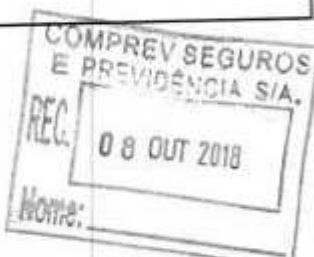
Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
-----------------------------------	--

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
------------------------------------	--

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
-----------------------------	--

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:
-----------------------------	--





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

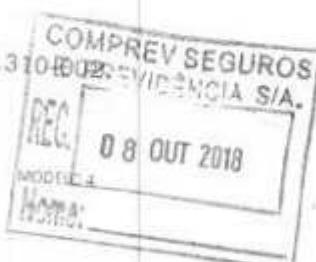
Ribeiro LIP

Dr. 15/09/17,  
H. 1087FA

Valterno Pinheiro  
Traumatologia  
CRM-6193

- Cirurgia 04/09/17
- Retorno dia 27/10/17  
às 8h.

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
www.hospitalfernandestavora.com.br  
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Vanderlunge Fernandes Alves

-50 dias de fisioterapia  
P) o tornozelo D (20/10)  
HD: fratura no punho  
em evolução.

Dr. José Fernandes  
Traumato - Ortopedista  
CRM: 139 CPF: 321.334.134-0

15/09/11

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.

Fone/Fax: (85) 3228.2555

[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)

E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

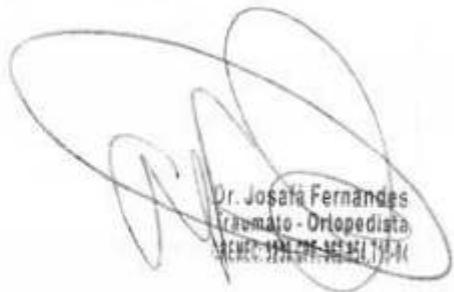




H O S P I T A L  
FERNANDESTÁVORA

Vanderlei Fernandes

- Pedi para os pais  
Dia 18/09/17



Dr. Josata Fernandes  
Ortomato - Ortopedista  
M: 81 99129-1111

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE, CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com



O.E.: M230440001	ESFERA: PRIVADO	Tipo: 01-INICIAL	Apresentação: 11/2017	Data Autorização: 29/08/2017
Num AIH: 231710295405-6	Situação: APURADA	CRC:		
Especialidade: 01 - CIRURGICO	Órgão Emissor: M230440001	Doc autorizado: 980016293908789	Doc med resp: 210158059320008	Doc diretor clínico: 210158059320008
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS	CRC:	Doc médico solicitado: 206633842350003	CNS: 70670057085171-5	
Paciente: VANDEORGE FERREIRA ALVES	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Nome da Mãe: MARIA FERREIRA ALVES	Prentuário: 2442715	
Data Nasc.: 23/09/1979	Sexo: MASCULINO	Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO	Doc: 96006026154	
Responsável pac.: VANDEORGE FERREIRA ALVES	UF: CE	Etnia: 0000-NAO SE APLICA	Telefone: (85)9872-31136	Muda Proc.? : SIM
Endereço: 17A TRAVESSA SANTA ISABEL 378, Bairro: CURIO MESSEJANA	CEP: 60831-220			
Município: 230440 - FORTALEZA				
Procedimento solicitado: 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR				
Procedimento principal: 04.08.05.060-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA				
Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA				
Complementar:				
Caráter atendimento: 02 - URGENCIA				
Data internação: 29/08/2017	Data saída: 06/09/2017	Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO		
Liberação SISAIH01:		AIH Anterior:		AIH Posterior:
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]				
CNPJ do Empregador:		CNAER: -		
Vínculo Previdência:		CBOR: -		

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtd	Cmpt	Descrição
1	0408050500 - 206633842350003	225270(1)			3969800	1	08/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500 - 170316087140004	225151(6)			3969800	1	08/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702038902		15383215000106		3969800	1	08/2017	PACA DE COMPRESSAO DINAMICA 45 MM
4	0802010016		3969800		3969800	3	08/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
5	0802010016		3969800		3969800	5	09/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
6	0204060168		3969800		3969800	3	08/2017	RADIOGRAFIA DE Perna

**DADOS DE OPM**

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	1344	15.383.215/0001-06				

**VALORES DA PRÉVIA**

		Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL	
		Direto		Direto		Rateado			
		Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
04.08.05-MEMBROS INFERIORES		631,25		64,53		150,58		846,36	
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		235,88						235,88	
08.02.01-DIARIAS		64,00						64,00	
<b>Total Geral:</b>		<b>931,13</b>		<b>64,53</b>		<b>150,58</b>		<b>1.146,24</b>	

**CID SECUNDÁRIO**

Cid	Característica	Descrição
V239	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - MOTOCICL È ESPEC TRAUM EM ACID TRANSITO

Número de Nascidos	Número de Saídas	Nº Pré-Natal:
Vivos:	Mortos:	Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

13/10/2018 10:15:00

MÉDICA

CRM/CE 3635





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA  
24 horas de proteção à vida"

**LANÇAMENTO DE NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA</b>		2 - CNES: <b>2529149</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE : <b>INSTITUTO PRAXIS</b>		4 - CNES: 	
5 - NOME DO PACIENTE: <b>VANDEORGE FERREIRA ALVES</b>		6 - Nº PRONTUÁRIO:	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 	8 - DATA NASCIMENTO: <b>23/09/1979</b>	/9 - SEXO: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	
11 - NOME DA MÃE/ PAI: <b>MARIA FERREIRA ALVES</b>		10-RAÇA/COR 10.1 - ETNIA	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I		12 - TELEFONE DE CONTATO: 	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO: <b>TRAVESSA SANTA ISABEL 387 CURIO</b>		14 - TELEFONE DE CONTATO: 	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <b>FORTALEZA</b>	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 	18 - UF: <b>CE</b>	
19 - CEP: 			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS.  <b>PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, FOI REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO.</b>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <b>RISCO DE COMPLICACÕES E AGRAVOS</b>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  <b>ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS</b>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>FRATURA DE FEMUR</b>	24 - CID 10 PRINCIPAL: 	25 - CID10 SECUNDÁRIO: 	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: 
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>TTO CIRÚRGICO</b>			
29 - CLÍNICA: <b>TRAUMA</b>	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <b>EMERGÊNCIA</b>	31 - DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <b>04050519</b>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: <b>29/08/2017</b>	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: 
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA: 		40 - Nº DO BILHETE: 
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA: 		41 - SÉRIE: 
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			43- CNAE DA EMPRESA: 
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 			
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: 		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 	
48 - DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNES <input type="checkbox"/> CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH 		

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1<sup>a</sup> via- SMS e 2<sup>a</sup> via - Prontuário do paciente - Fortaleza

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle  
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

29/08  
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH  
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600068971  
NÚMERO DA AIH: 2317102954056

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL  
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 706700570851715 - VANDEORGE FERREIRA ALVES

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 23/09/1979 - 37 anos

SEXO: MASCULINO

NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA ALVES

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: R. BARAO DO RIO BRANCO, N° 1816

BAIRRO: CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

CEP: 60025060

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050519-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170224967980002 - JONAS ARAUJO E SILVA

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 29/08/2017 - 13:29 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 29/08/2017 - 18:43

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



Fábio José Rodrigues da Cunha  
Assessor Ceará - 2804  
CPF: 030.859.343-00  
SMS - Fortaleza



**GOVERNO DO ESTADO DO  
CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado  
do Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação,  
Avaliação e Controle**  
**CRESS/Coordenadoria de Regulação  
Estadual do SUS**



USUÁRIO: aleciane - UNIDADE: INF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

**Operação:**

Acompanhar Solicitação de Internação

Siga os passos abaixo:

Seleção de situação

Seleção da solicitação

Visualização da solicitação

Lista de ocorrência

Inclusão de ocorrência

Visualização de ocorrência

Confirmação de cancelamento

Registro de transferência

Confirmação de transferência

Operação finalizada com sucesso

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações



**VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO**

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

**Identificação do paciente**

706700570851715 - VANDEORGE FERREIRA

ALVES



**CNS - PACIENTE**

**NOME DA MÃE**

MARIA FERREIRA ALVES

**NÚMERO DO PRONTUÁRIO**

5524339

**DATA DE NASCIMENTO - IDADE**

23/09/1979 - 37 anos

**SEXO**

MASCULINO

**NOME DO RESPONSÁVEL**

O MESMO

**TELEFONE DO RESPONSÁVEL**

R. BARAO DO RIO BRANCO, Nº 1816

**ENDEREÇO**

CENTRO

**BAIRRO**

CEARA

**ESTADO DE RESIDÊNCIA**

FORTALEZA

**MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**

**Plantonista**

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

**MÉDICO**

(85) 32555000

**TELEFONE PARA CONTATO**

PACIENTE TRANSFERIDO ( INSTITUTO PRÁXIS )

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

**Solicitação**

12600068971

**NÚMERO**

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

**SITUAÇÃO**

23044021 - FORTALEZA

**CENTRAL DE REGULAÇÃO**

29/08/2017 - 13:29

**DATA - HORA**

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

**PROFISSIONAL**

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

13 - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

29/08/2017 11:45

**CLÍNICA**

6 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

**CLÍNICA COMPLEMENTAR**

**CARÁTER DA INTERNAÇÃO**

<b>GRAU DE PRIORIZAÇÃO</b>	4 - URGÊNCIA
<b>Justificativa da internação</b>	
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b>	S723 - Fratura da diáfise do fêmur
<b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b>	
<b>DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO</b>	
<b>DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS</b>	
<b>PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>	PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR NECESSITA DE CIRURGIA
<b>CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>	RISCO DE COMPLICAÇÃO
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS</b>	ANAMNESE + EXAMES FÍSICO + RAIOS X
<b>Causas externas</b>	
<b>DEFINIÇÃO DO ACIDENTE</b>	1 - NÃO SE APLICA

[Voltar](#)

---

**Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:**

Cancelar solicitação

---

**Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:**

Acessar ocorrências



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

====[ ADMISSÃO ]====

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201721002311	29/08/2017	16:53	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG
ELETIVO				AIH

Origem do Paciente Clínica/Especialidade  
IJF CLÍNICA CIRÚRGICA/GERAL

Médico Solicitante Médico Responsável  
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI

Procedimento Solicitado Dias  
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR 4

====[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]====

Nome	Sexo			
VANDEORGE FERREIRA ALVES	MASCULINO			
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
23/09/1979	37 Anos	SEM INFORMAÇÃO	SOLTEIRO(A)	NÃO INFORMADO
Mãe	Pai			
MARIA FERREIRA ALVES	GEORGE FERREIRA ALVES			
Conjuge	Responsável	Prontuário		
	VANDEORGE FERREIRA ALVES	2442715		
CNS	Registro	Documento Informado		
706700570851715	201702570002425	RG: 96006026154		
País	Município de Naturalidade	CEP		
BRASIL	PACAJUS/CE	60831-220		
Município de Residência	Logradouro			
FORTALEZA/CE	RUA TRAVESSA SANTA ISABEL			
Número	Complemento	Bairro		
378		CURIÓ MESSEJANA		
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência		
(85)9872.31136	(85)9879.34795			
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)				
EMPREGADO INFORMAL / PEDREIRO				
Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito			
SONIA MARIA OLIVEIRA SOUSA	223/3			
Tipo de Acomodação	Clínica	Posto de Enfermagem		
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 03		

VANDEORGE FERREIRA ALVES, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 29 de agosto de 2017

RESPONSÁVEL  
TESTEMUNHAS



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

====[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201721002311 29/08/2017 16:53 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E AÇÃO S

Médico Solicitante  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193

Médico Responsável  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193

Procedimento Solicitado  
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

====[ ACOMODAÇÃO ]=====

Acomodação/Leito	Tipo de Acomodação	Clinica	Posto de Enfermagem
223/3	ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA	POSTO DE ENFERMAGEM 0

====[ PACIENTE ]=====

Nome	Sexo
VANDEORGE FERREIRA ALVES	MASCULINO

Nascimento	Idade	Religião	Prontuário	Registro
23/09/1979	37 Anos	NÃO INFORMADO	2442715	201702570002425

====[ DADOS DA ALTA ]=====

Diagnóstico Principal  
S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Procedimento Realizado  
0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Data	Hora	Motivo
06/09/2017	09:00	ALTA MELHORADO

====[ DECLARAÇÃO ]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente VANDEORGE FERREIRA ALVES, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.



FORTALEZA(CE), 06 de setembro de 2017.

Responsável/  
Representante Legal

*Xonice Maria Oliveira Sampaio* Xonice Maria

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)  
Responsável  
pela Liberação

*Rayssa Cavalcante*

Nome Legível

*Rayssa Cavalcante*  
Enfermeira  
CRH-CE 1038

Assinatura/Carimbo



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 04/09/17

Nome do paciente: Vandilene Ferreira Alves

Nº Prontuário: 244 27 15

Clinica: HFT

Categoria:

Cirurgião: Dr. Jerson

Leito: 223 13

Anestesista: Dr.

Tipo de Anestesia: N2 gás + sedação

1 Auxiliar: —

2 Auxiliar: —

3 Auxiliar: —

Instrumentadora: Rodrigo

Circulante: Branca

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tipo de Operação/ Código:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente e Incidentes:

*Franquia na retina direita*

*Franquia na retina D*

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia 15:15	Término da Cirurgia 16:00	Duração da Cirurgia 45 MIN
Início do Oxigênio 15:15	Término do Oxigênio 16:00	Duração do Oxigênio 45 MIN
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
<i>Amplas e curas</i>	LIMPA: X
<i>Perfusão Líquida</i>	POT. CONTAMINADA:
<i>+ reca artrite +</i>	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

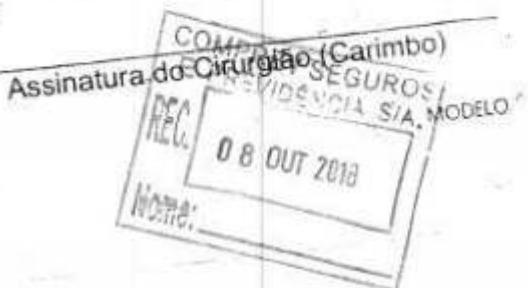
*Enfermeira Jéssica  
04/09/2017*

Assinatura Anestesista

*Anestesista  
CRM - 4424*

- Deixar o tornozelo com angulo
- Suspensão do MID
- Aproximação dos comprimidos
- Inclinação antero-posterior da ferida D
- Reduzir a proximal, que foi fixada com uma placa DPP de 6 furos, amarrar 8 parafusos
- Sutura
- Osteotomo

Dr. José Fernando  
Traumato-Ortopedista  
Celular: (41) 9967-2572/41





H O S P I T A L  
FERNANDES TÁVORA

Vanderjorge Fernandes Alves

-500gts bivalvoterapia  
p) otorrinolaringo D (20/10)  
HD: fractura na clavícula  
em consolidada.



Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.

Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.

Fone/Fax: (85) 3228.2555

[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)

E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Modelo 4





H O S P I T A L  
FERNANDESTÁVORA

Rtav dia

15/09/17  
D: 4087FA

Valterno Pinheiro  
Traumatologia  
CRM-6193

- Cirurgia 04/09/17
- Retorno dia 27/10/17  
às 8h.

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3228 2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: [hospitalfernandestavora@gmail.com](mailto:hospitalfernandestavora@gmail.com)

MODELO-4





H O S P I T A L  
FERNANDESTÁVORA

Vanderlei Ferreira

- Retirar os pontos  
Dia 18/09/13



Dr. José Fernandes  
Ortopedista  
Médico - Ortopedista  
Médico - Ortopedista

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.  
Fone/Fax: (85) 3229.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br)  
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
RECEITUÁRIO SIMPLES



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
RECEITUÁRIO SIMPLES



PACIENTE

ANDEORGE FERREIRA ALVES

R. TRAVESSA SANTA ISABEL, 378 - CURIO MESSEJANA - FORTALEZA/CE

Idade: 37 ano(s)

Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES  
Endereço: R. TRAVESSA SANTA ISABEL, 378 - CURIO MESSEJANA - FORTALEZA/CE  
R

Idade: 37 ano(s)

R

ETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

ANDEORGE FERREIRA ALVES

R. TRAVESSA SANTA ISABEL, 378 - CURIO MESSEJANA - FORTALEZA/CE

FORTALEZA/CE, 4 de Setembro de 2017

FRANCISCO JOSAFAT FERNANDES

CRM/CE 5253

PACIENTE

ANDEORGE FERREIRA ALVES

R. TRAVESSA SANTA ISABEL, 378 - CURIO MESSEJANA - FORTALEZA/CE

R

ETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

1) CETOPROFENO 100 MG

TOMAR 1 COMP DE 12/12 h

1 CX

ANDEORGE FERREIRA ALVES

R. TRAVESSA SANTA ISABEL, 378 - CURIO MESSEJANA - FORTALEZA/CE

FORTALEZA/CE, 4 de Setembro de 2017

FRANCISCO JOSAFAT FERNANDES

CRM/CE 5253



**ATESTADO MÉDICO**

10. para os devidos fins, que o paciente VANDERLGE FERREIRA ALVES portador do  
mento 7 necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de  
148.

622

TALÉZACE, 4 de Setembro de 2017

M/CE 5253

FONIALEZ, 406 Sojourner

FRANCISCO JOSAFA FERNANDES  
CRMCE-5263

314

ATESTADO MÉDICO

A rectangular stamp with a double-line border. The text 'COMPREV SEGUROS' is on the top line and 'E PREVIDÊNCIA S/A.' is on the bottom line, both in a bold, sans-serif font. Below this, the date '08 OUT 2018' is stamped in a slightly smaller box. The stamp is partially overlapping the bottom right corner of the page.



**HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA**  
**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**



2ª Via - Paciente

RECEITUÁRIO DE CONTROLE		
Nome: Dr.FRANCISCO JOSAFA FERNANDES	CRM: CRM/CE	Nº: 5253
Endereço: AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE		
Cidade: FORTALEZA/CE	Fone: (85) 32287350	

**PACIENTE**

Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES Idade: 37 ano(s)  
Endereço: R TRAVESSA SANTA ISABEL, 378 - CURIO MESSEJANA - FORTALEZA/CE  
R

**USO ORAL**

1) CEFADROXILA 500mg

TOMAR UM COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR DEZ DIAS SEGUIDOS

20  
COMPRIMIDOS

FRANCISCO JOSAFA FERNANDES  
CRM/CE 5253

FORTALEZA/CE, 4 de Setembro de 2017

Nome:	Órgão Emissor:
Ident.	
Endereço:	
Município:	UF:
Fone:	

	Assinatura do Farmacêutico
Data: 04/09/2017	

Nexcom © 2015 SARAH Vr. 3.5.0.9









# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368358/18

**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES

**CPF:** 855.240.853-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/08/2017

**Titular do CPF:** VANDEORGE FERREIRA  
ALVES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**VANDEORGE FERREIRA ALVES : 855.240.853-87**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018  
Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES  
CPF: 855.240.853-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

VANDEORGE FERREIRA ALVES

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368358/18

Número do Sinistro: 3180471934

Vítima: VANDEORGE FERREIRA ALVES

CPF: 855.240.853-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/08/2017

Titular do CPF: VANDEORGE FERREIRA ALVES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

**VANDEORGE FERREIRA ALVES : 855.240.853-87**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/11/2018  
Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES  
CPF: 855.240.853-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

VANDEORGE FERREIRA ALVES

ALANA DA SILVA DE MATOS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180471934      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES      **Data do acidente:** 23/08/2017      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 23/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180471934      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES      **Data do acidente:** 23/08/2017      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 23/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that reads 'Marcelo Fernandes Terrigno.'

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368358/18

**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES

**CPF:** 855.240.853-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/08/2017

**Titular do CPF:** VANDEORGE FERREIRA ALVES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**VANDEORGE FERREIRA ALVES : 855.240.853-87**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018  
Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES  
CPF: 855.240.853-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

VANDEORGE FERREIRA ALVES

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368358/18

**Número do Sinistro:** 3180471934

**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES

**CPF:** 855.240.853-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/08/2017

**Titular do CPF:** VANDEORGE FERREIRA ALVES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Outros

**VANDEORGE FERREIRA ALVES : 855.240.853-87**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/11/2018  
Nome: VANDEORGE FERREIRA ALVES  
CPF: 855.240.853-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

VANDEORGE FERREIRA ALVES

ALANA DA SILVA DE MATOS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180471934      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDEORGE FERREIRA ALVES      **Data do acidente:** 23/08/2017      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 23/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

---

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** **VANDEORGE FERREIRA ALVES**

**Nº Sinistro:** **3180471934**

**Vitima:** **VANDEORGE FERREIRA ALVES**

**Data do Acidente:** **23/08/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180471934**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

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.

**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

855.240.853-87

Nome completo da vítima

Vandeorge Ferreira Alves

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Vandeorge Ferreira Alves	855.240.853-87	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Travessa Santa Isabel	96	
Bairro	Estado	CEP
Luricó	ce	60844-170
Email	Telefone (DDD)	
	85.99147-7500	

Assino, sob as penas da lei e para fins de prova, que 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 BANCARIOS**

<input checked="" 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
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)  
 BRADIFISCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAU (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (114)

AGÊNCIA  CONTA  D/V  
 CONTA  D/V  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	NRG
Bradesco	237
AGÊNCIA	D/V
0645	(Informar dígito se existir)
CONTA	D/V
29378	(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.

Luricó, 03 de outubro de 2018.  
 Local e Data

Vandeorge Ferreira Alves  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







Via do Cliente

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
VALE UTILIDADES SERVICOS DE FOTOCOPIAS L  
RUA JONQUIM BEZERRA 133  
Teln. Tel-Isol 00005991 Data 14/11/2018  
Data 14/11/2018 Hora de Brasilia 14:24

Deposito em Conta Corrente

Pagarecido  
Banco 237  
Agencia 00645 - JOSE WALTER-UFRJ  
Conta 000000029373-1  
Nome LANGEORGE FERREIRA ALVES

Depositante	O PROPRIO
PAURECIDO	
Valor em dinheiro	80,00
Valor em cheque	0,00
Valor total	80,00

Rg Bradesco 0213 - MESSEJANA-UFRJ  
Corresp. Banc. 150 - VALE UTILIDADES -  
FILIAL 1  
MSU 00280265811 Autenticacao: 392003

O VALE UTILIDADES SERVICOS DE  
FOTOCOPIAS LIDA atua como  
Correspondente Bancario do Banco  
Bradesco S.A.

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

MSU Refe: 022794 Hora Refe: 14:24:18





## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201836875

FLS

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
CE

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4273 / 2018

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **01/10/2018 15:47:41**

Data / Hora da Ocorrência: **23/08/2017 10:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA CAJAZEIRAS**

Complemento:

Bairro: **LAGOA REDONDA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VANDEORGE FERREIRA ALVES**

Nascimento: **23/09/1979** CPF: **855.240.853-87**

RG: **96006026154**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA FERREIRA ALVES**

**GEORGE FERREIRA ALVES**

Endereço: **TRAVESSA SANTA ISABEL, 26**

Bairro: **CURIÓ**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNJ2176** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

**9C2KD0810FR475941** Renavam: **1060384172** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano

Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LUIS CARLOS NASCIMENTO DA SILVA**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

### Histórico

QUE, COMPARAÇE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PNJ-2176 NA RUA CAJAZEIRAS QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS FECHOU A PASSAGEM DA VITIMA, QUE A VITIMA DESVIOU DO CARRO MAS COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CAMINHÃO PIPA DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////

OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Vandeorge Ferreiro Alves*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

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 assinada 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 um 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

Vandense Ferreira Alves

CPF da Vítima

855.240.853-87

Data do Acidente

23/08/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

email:

Telefone (DDD)

85.99147-7500

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 Lider 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.

Lotulga 03 de Outubro de 2018  
Local e Data



Vandense Ferreira Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sr. **Vandeorge Ferreira Alves**, no dia **23/08/2017**, às **10h25min**, na **Rua Cajazeiras**, no **Bairro Lagoa Redonda**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P878549/2017**

Fortaleza, 9 de outubro de 2017.

Atenciosamente,

*Esther Cunha*  
Esther Cunha  
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

*Roberto Gomes de Lima*  
Roberto Gomes de Lima  
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

