

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATEUS DA SILVA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 000000116423-8

Nr. da Autenticação 6F6CAD1AB7E0BE6A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190176935 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190176935 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50





Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE HOSPITALAR

Emitido em: 21/01/2019 11:38:53

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 700007894744608	NOME: MATEUS DA SILVA GOMES	Registro: 5581047			
CPF: 07153021329	RG: 20060524254	D. NASC: 25/10/1997	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA		NOME DO PAI: ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: DIOGO FEIJÓ	Nº: 624	BAIRRO: MESSEJANA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986759493	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60841170	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SANDRA GOMES DE OLIVEIRA		PARENTESCO: TIA	TELEFONE: 986769493		

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBG DO EMPREGADO:	ONPJ DO EMPREGADOR:	CODIGO DO CNAE:
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transpor sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta			
QUEIXAS: Pte vítima de queda de moto, sem capacete, TOE, tem fratura da fêmur em MIE			
OBSERVAÇÕES:			
SINAIS VITIAIS			
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

21/01/19
10:888
Mdr
fem.

Conduta:

TENPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:



IS-DATAUS
ERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

I.E: M230440001

URG./EMERG: SIM ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 11/2018

DATA: 11/10/2018

VUM AIH: 231816303369-2

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 11/2018

Data de Emissão: 18/09/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL

Órgão Emissor: M230440001

Lote:

Enfermaria: 0222 Leito: 0002

Doc Autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 218158059320008 Doc médico solic: 182215039540018

CNS: 700007894744001

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

Prontuário: 2447754

Laudo:

Paciente: MATEUS DA SILVA GOMES

Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 20090524254

Data Nasc.: 25/10/1997 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL

Nome da Mae:

MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA

Responsável pac.: MATEUS DA SILVA GOMES

Raça/Cor: PARDA

Endereço: DIOGO FEIJO, 624 - MESSEJANA

UF: CE CEP: 60841-170 Telefone: (85)9861-3294

Município: 230440 - FORTALEZA

Mudar Proc.?: N

Procedimento solicitado: 04.08.05.051-9 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Procedimento realizado: 04.08.05.051-9 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. principal: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Causa Obito:

Diag. complementar:

Modalidade: HOSPITALAR

Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Data internação: 18/09/2018 Data saída: 21/09/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

*** CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)

CNPJ do Empregador:

Vínculo com a previdência:

*** PROCEDIMENTOS REALIZADOS :

Linha Ato/Proced PF IE CBO CNES/CNPJ Apurar Valor p/ Qtde Cmpt Descrição

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmpt	Descrição
1	04.08.05.051-9 182215039540018	1	225270 182215039540018 3969800	1	092018 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR
2	04.08.05.051-9 218157919150018	6	225151 210157919150018 3969800	1	092018 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR
3	07.02.03.091-0 09069959000158	8	99069959000158 3969800	1	092018 PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 4.5 MM LARGURA
4	08.02.01.001-5	8	3969800	3	092018 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERÍODO DE 24 HORAS)
5	02.02.02.036-8 6913326	8	6913326	1	092018 HEMOGLOMÁTICO COMPLETO
6	02.02.01.069-4 6913326	8	6913326	1	092018 DOSAGEM DE UREIA
7	02.02.01.031-7 6913326	8	6913326	1	092018 DOSAGEM DE CREATININA
8	02.02.01.063-5 6913326	8	6913326	1	092018 DOSAGEM DE SÓDIO
9	02.02.01.060-8 6913326	8	6913326	1	092018 DOSAGEM DE POTASSIO
10	02.02.04.011-7 3969800	0	3969800	1	092018 RADIOGRAFIA DE COXA

COPIREI SEGURO
17-FEV-2019

*** VALORES DA PRÉVIA :

+-- Serv. Hospitalar +-----	Serviço Profissional -----
+---- Direto -----	+---- Direto -----
Próprio Terceiro Próprio Terceiro Próprio Terceiro -- Total	

Fórmula de Organização

04.08.05 MEMBROS INFERIORES

725,17	0,00	0,00	0,00	247,00	0,00	972,17
--------	------	------	------	--------	------	--------

07.02.03 DPM EM ORTOPEDIA

295,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	295,13
--------	------	------	------	------	------	--------

06.02.01 DIARIAS

24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00
-------	------	------	------	------	------	-------

Total Geral: 1.045,30 0,00 0,00 0,00 247,00 0,00 1.292,30

*** DADOS DAS ORTESES/PRÓTESES :

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3-24313	09.069.959/0001-58				

Número de Nascedos

Número de Saídas

N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N.º 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I,

ASSINATURA E CARIMBO

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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600093269
NÚMERO DA AIH: 2318103033092

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

RES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - LF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

RES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NP/PACIENTE: 700007854744608 - MATEUS DA SILVA GOMES

ATA DE NASCIMENTO - IDADE: 25/10/1997 - 20 anos

NAME DA MÃE: MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA

NAME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: DIOGO FEIJÓ, N° 624

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: MESSEJANA

CEP:

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 040805051B-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 210158085080000 - MANOEL HELDER PINTO

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 18/09/2018 - 12:02 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 20/09/2018 - 20:46

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA





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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS**

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **MATEUS DA SILVA GOMES**

PRONTUÁRIO :
5581047

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:
700007894744608

8 - DATA NASCIMENTO:
25/10/1997

9 - SEXO
OM (F)

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI:
MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA

12 - TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
DIEGO FEIJÓ 624-MESSEJANA

16 - MUNICIPIO:
FORTALEZA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:
CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FX FEMUR

24 - CID 10
S723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE FEMUR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
0408050519

29 - CLÍNICA:
TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNACAO:
EMERGÊNCIA

31 - DOCUMENTO:
() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:
18/09/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

27 FEB 2019

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821004382	18/09/2018	16:18	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento				SISREG AIH
ELETIVO				
Origem do Paciente			Clinica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI			6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI	Dias
Procedimento Solicitado			0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	4
==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==				
Nome			Sexo	
MATEUS DA SILVA GOMES			MASCULINO	
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil	Religião
25/10/1997	20 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)	NÃO INFORMADO
Mãe			Pai	
MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA			ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA	
Conjuge			Responsável	Prontuário
			SANDRA GOMES DE OLIVEIRA	2447754
CNS	Registro		Documento Informado	
700007894744608	201802570004022		RG: 20090524254 Emissão: 28/03/2015	
País			Município de Naturalidade	CEP
BRASIL			FORTALEZA/CE	60841-170
Município de Residência			Logradouro	
FORTALEZA/CE			RUA DIOGO FEIJÓ	
Número	Complemento		Bairro	
624			MESSEJANA	
Fone Móvel	Fone Fixo		Ponto de Referência	
(85)9867.59493	(85)9861.22968			
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)				
OUTRA / ESTUDANTE				
==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==			Acomodação/Leito	
Em caso de urgência avisar			222/2	
SANDRA GOMES			Posto de Enfermagem	
Tipo de Acomodação	Clínica		POSTO DE ENFERMAGEM 03	
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA			
Atendente: helena		Data: 18/09/2018 Hora: 16:24:24	Tempo: 00:06:24	
==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==				

SANDRA GOMES DE OLIVEIRA, abaixo assinado, responsável pelo paciente MATEUS DA SILVA GOMES, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 18 de setembro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Sandra gomes de oliveira



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
201821004382 18/09/2018 16:18 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Médico Responsável
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO - 6193
Procedimento Solicitado
0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
222/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
MATEUS DA SILVA GOMES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
25/10/1997 20 Anos NÃO INFORMADO 2447754 201802570004022

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

Diagnóstico Principal

S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Procedimento Realizado

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Data Hora Motivo

21/09/2018 15:46 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente MATEUS DA SILVA GOMES, 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), 21 de setembro de 2018

Responsável/
Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)
Responsável
pela Liberação

Nome Legível

Manuela Asfor
Assinatura/Carimbo



**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**



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: yanna.lima - UNIDADE: IJF 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

CNS - PACIENTE	700007894744608 - MATEUS DA SILVA
	GOMES

NOME DA MÃE	MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA
-------------	-------------------------------

NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5581047
----------------------	---------

DATA DE NASCIMENTO - IDADE	25/10/1997 - 20 anos
----------------------------	----------------------

SEXO	MASCULINO
------	-----------

NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
---------------------	---------

TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
-------------------------	--

ENDERECO	DIOGO FEIJÓ, N° 624
----------	---------------------

BAIRRO	MESSEJANA
--------	-----------

ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
----------------------	-------

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
-------------------------	-----------

Plantonista	
-------------	--

MÉDICO	14194406320 - MANOEL HELDER PINTO
--------	-----------------------------------

TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555000
-----------------------	---------------

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA: INSTITUTO PRÁXIS
-------------------------	---

Solicitação	
-------------	--

NÚMERO	12600093269
--------	-------------

SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
----------	----------------------------------

CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
----------------------	----------------------

DATA - HORA	18/09/2018 - 12:02
-------------	--------------------

PROFISSIONAL	14194406320 - MANOEL HELDER PINTO
--------------	-----------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
-------------------------	---

PROCEDIMENTO REALIZADO	
------------------------	--



18/09/2018 12

CLÍNICA	13 - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S723 - Fratura da diáfise do fêmur
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RX
Causas externas	
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	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](#)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 09/03/18

Nome do paciente:

Nº Prontuário:

Categoria:

Clínica:

Leito:

Cirurgião:

Anestesieta:

Tipo da Anestesia:

1 Auxiliar:

2 Auxiliar:

3 Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tipo de Operação/ Código:

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente e Incidentes:

Contagem de Compressas: ✓ 30 unid

Inicio da Cirurgia 15:30	Término da Cirurgia 16:35	Duração da Cirurgia
Inicio do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais

Classificação da Cirurgia:

LIMPA:

POT. CONTAMINADA:

CONTAMINADA:

INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(s)

CONFIRME SEGUROS

27 FEV 2019

Assinatura Anestesista

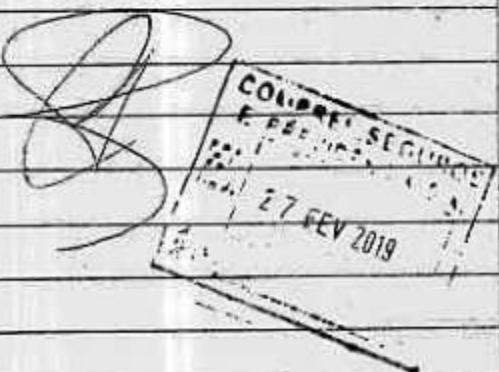
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

O Hb é de duto af
O fluxo é de 415
O fluxo é de 415
O fluxo é de 415
O fluxo é de 415

O fluxo é de 415

O fluxo é de 415

O fluxo é de 415





HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Mitras da sua Gomes.
não viu.

Este foi o paciente
foi admitido e
morte por Fúteo de
Efeitos.

Futeo - se
este é
este é infinito.

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

MODEL 4





DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Mateus da Silva Gomes** - C.P.F. 071.530.213-29, no dia 17/09/2018, às 20h20min, na Rua Dom Silvério, no Bairro Messejana, vítima de acidente de trânsito.

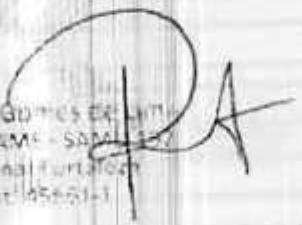
Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº P500807/2019.

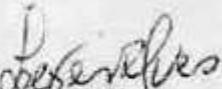
Fortaleza, 09 de janeiro de 2019.

Atenciosamente,

R. Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza
Matr. 45659-1


Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza




Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Matr. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

PREScriÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente sebrou queda de recaída conservando osseos
fracturados, não perdeu capacidade nenhuma
desmaio, teve N.I.E., dirigindo e bateu
ciclado, causou plena Fratura do fêmur
Erg. del interno no local, immobilizada.

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA

~~Debil necessario para acelerar.~~

ASS.:

Cagner

DEVERNO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE:

 LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG.:

 OUTRO:

ÓBITO

→

 NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

 SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às: hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

*Comprovante de Entrega de Valores**27 FEB 2019*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

OCAL:

SS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

U, _____
 DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGENCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
 AMU EM: / / às: hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SSINATURA:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2019136878

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 690 / 2019

Dados da Ocorrência



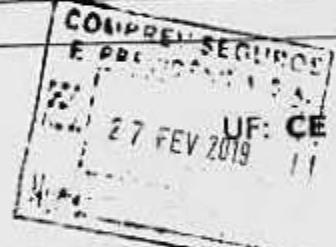
Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **26/02/2019 09:49:23**
 Data / Hora da Ocorrência: **17/09/2018 18:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA DOM SILVEIRIO**
 Complemento:
 Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX A YPIOMA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MATEUS DA SILVA GOMES**
 Nascimento: **25/10/1997** CPF: **071.530.213-29**
 RG: **20090524254** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA FERNANDA PIRES DA SILVA**
ROBERTO GOMES DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA DIOGO FEIJO , 624**
 Bairro: **MESSEJANA**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** CEP: **60.841-170**
 Telefone: **(85) 98606-4241**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO ROQUE FILHO**
 Nascimento: **08/02/1968** CPF: **309.579.313-87**
 RG: **97006039467** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **FRANCISCA RIBEIRO DOS SANTOS**
ANTONIO ROQUE DOS SANTOS
 Endereço: **RUA RIO JORDAO, 1160 CASA A**
 Bairro: **JANGURUSSU**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** CEP: **60.870-730**
 Telefone: **(85) 98824-3303**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POH9489** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810JR002778** Renavam: **1133515875** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANTONIO ROQUE FILHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTEAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA POH-9489-CE, MAS NAO FICOU LESIONADO E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRO (MATEUS DA SILVA GOMES); QUE TRAFEGAVA PELA RUA DOM SILVEIRIO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL;



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2019136878

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 690 / 2019

QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO; QUE APRESENTOU A CERTIDÃO N° 0309/2019/UNICER/NUREG DA SECRETARIA DAS CIDADES/DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO/ PARA COMPROVAR QUE A MOTOCICLETA É DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

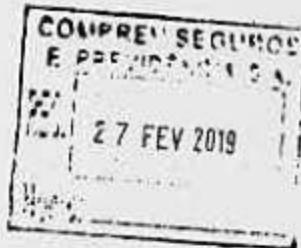
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Autorio Rogue Filho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMA - MAT.: 012875-1-6

Delegacia de Transito
Delegacia Civil
Mat. 012875-1-6

Mateus da Silva Gomes





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190176935 Vítima: MATEUS DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 17/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATEUS DA SILVA GOMES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MATEUS DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 00000116423-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale a perda funcional ou anatômica availada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

075 53021329 Matheus da Silva Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Matheus da Silva Gomes

CPF: 075 53021329

Número:

624

Complemento:

esora

Profissão:

Endereço:

CEP:

60841 170

Bairro:

Cidade:

Estado:

PE

Messejana

Fortaleza

CEP:

85988701298

E-mail:

Tel.(DDD):

85988701298

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2558

CONTA: 0013 6423 8

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

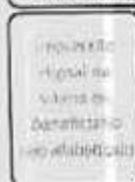
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nasцturo (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data: Fortaleza, 26/02/2019

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

