



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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180427094 **Vítima: FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA**

Data do Acidente: 23/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01293/01294 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13712410

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180427094

Vítima: FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180427094

Vitima: FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180427094**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Carta nº 13547875



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180427094
Vitima: FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA
Data do Acidente: 23/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180427094**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi 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** 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.

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

613.196.793-82

Nome completo da vítima

Francisco Alan Bezerra da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo, Francisco Alan Bezerra da Silva		CPF titular da conta 613.196.793-82	Profissão Agricultor
Endereço Fazenda Ratos		Número	Complemento
Bairro	Cidade Quixeramebim	Estado CE	CEP 63.800-000
Email jezusasantos2019@gmail.com			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de 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 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)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 2843

D/V

CONTA

NRO. 013.0004935

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

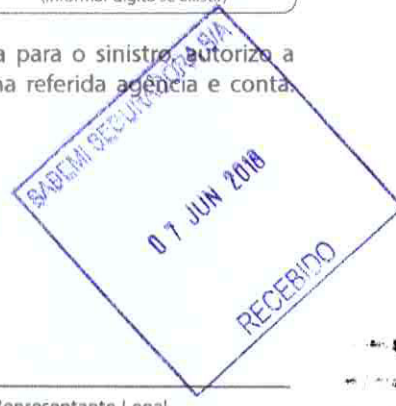
(Informar dígito se existir)

(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.

Quixeramebim 08 de Maio de 2018

Local e Data



Francisco Alan Bezerra da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ

Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá

Unidade de Pronto Atendimento 24h (Renacer) RG: 20071570351.

Nº Atendimento / Classificação

072-032

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA24h (Renacer - Quixadá/CE)

Hora de chegada: 17:14

Data de atendimento: 23/02/18

Atendimento: ☒ 1º atendimento

☐ 2º Atendimento

☐ Previdenciário

☐ Outro

TRIAGEM

Hora: 17:15

Temp: — °C

P.A.: 120 x 80 mmHg

P: — bpm

SpO2: —

Dx: —

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Fernando Alan Bezerra da Silva

Responsável (se menor):

Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.

Data de nascimento:

12/04/95

Idade: 22

Naturalidade:

Quixadá - CE

Estado civil: ☒ Solteiro(a)

☐ Casado(a)

☐ Divorciado(a)

☐ Viúvo(a)

Profissão:

Agricultor

Categoria: ☒ SUS ☐ Outro

RG/Cartão SUS:

1604478232900021

Procedência: Quixadá/CE

Residência:

Fazenda Paten Quixadá - CE

ATENDIMENTO

Queixa principal:

2º episódio representativo

Histórico atual:

contusão na perna direita

Exame(s) solicitado(s):

Exame físico completo de membro

Assinatura e Carimbo Médico

RG 12





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS

HOSPITAL REGIONAL

DR. PONTES NETO DE QUIXERAMOBIM

FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - Email: hosp.regional@hotmail.com Quixeramobim-CE



LAUDO
MÉDICO PARA
EMIÇÃO DE
AIH

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE Luiz Carlos Plan Bezerra da Silva		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 91895	
7 - CARTÃO SUS 11161041417181213121310101012		8 - SEXO Mas: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem: <input type="checkbox"/> 3	
9 - DATA DO NASCIMENTO 11/12/1941		10 - TELEFONE DE CONTATO DD: <input type="text"/> Nº DO TELEFONE: <input type="text"/>	
11 - NOME DA MÃE DO REFERENTE Maria Jones Bezerra da Silva		12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) Rua Zeca Patos	
13 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA Quixeramobim		14 - CÓDIGO RGE MUNICÍPIO	
15 - UF CE		16 - CEP 61300-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente automobilístico, apresenta fratura diafisiária de fêmur fechada.
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÕES Falta de infraestrutura / Necessidade de procedimento cirúrgico
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DO EXAME) Análise + Ex. Físico + Pw - X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de fêmur fechada	21 - CID-10 PRINCIPAL	22 - CID-10 SECUNDÁRIO	23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

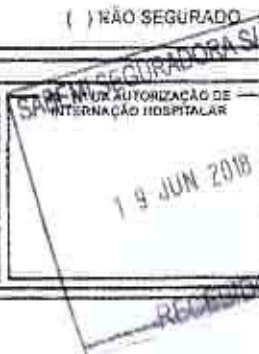
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO Internação Hospitalar	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA Carolina	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTOS 1 - CNES 151 CFF	29 - Nº DOCUMENTOS (CNES/CFF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 012101715171171318101
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. João Bezerra de S. Silva	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/10/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) [Assinatura]	

PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA	35 - Nº DO BILHETE	36 - SÉRIE
34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ DA EMPRESA	38 - CNAE DA EMPRESA	39 - CBOE
35 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
40 - 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			

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	42 - CNES EMISSOR
43 - DOCUMENTO 1 - CNES 1 - CFF	44 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CFF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERA MOBIIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECHETARRA MUNICIPAL DE SAÚDE



HEIMA DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
R. Francisco de Sá, 100 - Jd. São Cristóvão - Campinas - SP - 13061-900
FONE: (019) 344-0000/344-4141

2014年6月15日

IDENTIFICACAO:

NAME: Fredrick A. Jones SEX: M DOB: 03-08-95

DATA NASCIMENTO: 12.04.1975 IDADE: 29 ANOS COR: B
SEXO: F P.M.C. 6

ESTADOVIL. 3.ª Edição NATURALIDADE NACIONALIDADE

cas. 462. 1975-3329-00002 DOCUMENTAÇÃO CITE 635 16-1/2-83

PROFESSOR: Legal and Eth

TELEPHONE (504) 744-3216

ENDERBYO: *Finca de la Piedad*

Alfredo
Cipriano de la Cruz

PAVLYNCHUK, Y. I. 1980. *Phytol.* 29: 24-26.

NAME David Joseph DATE 2/2/18

RESPONSABLE: _____

DATE: _____

SIGNATURE: _____

NAME OF THE PERSON: _____

TABLE 1. *Estimated values of the parameters of the model*

SUMARIO DE HIDA:
El rol y la de los Estados Unidos en el futuro del mundo.

Aditya

EXAMINEE: _____

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO

SABEMI SEGURODORA S/A

4 JUN 2018

~~SECRET~~

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 23/04/2018 HORA: 23:40

CLINICA: _____

DATA SAÍDA: 1/1

CODIGO: _____ CH

TEMPO PERMANENCIA:

CONDIÇÕES DE SAÍDA

CLIKADO ☐ MELHORADO ☒ A PEDIDO

EVASÃO	TRANSFERÊNCIA	ÔBITO
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	66	66
67	67	67
68	68	68
69	69	69
70	70	70
71	71	71
72	72	72
73	73	73
74	74	74
75	75	75
76	76	76
77	77	77
78	78	78
79	79	79
80	80	80
81	81	81
82	82	82
83	83	83
84	84	84
85	85	85
86	86	86
87	87	87
88	88	88
89	89	89
90	90	90
91	91	91
92	92	92
93	93	93
94	94	94
95	95	95
96	96	96
97	97	97
98	98	98
99	99	99
100	100	100

UNISUS WE
CÓDIGO DAS LICITAÇÕES: _____

INTERNACÃO 1 1

ALTIVE 1 7 ALTH

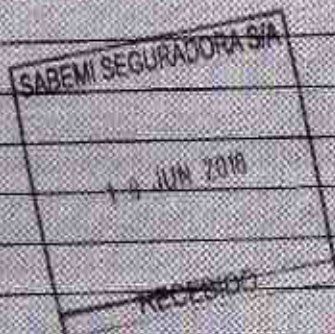


ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@hotmail.com - Quixeramobim - CE



FOLHA DE OPERAÇÃO

Nº REG.:		
DATA OPERAÇÃO	ENF.	LEITO
OPERADOR	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA	TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		
TIPO DE OPERAÇÃO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCN. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA		
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
1) Paciente em VHA, com queixa de dor no abdômen		
2) Exame físico: abdômen doloroso e com sinais de irritação peritoneal		
3) Após lavagem mecânica no tubo de aspiração		
4) Indicação de cirurgia de emergência + diagnóstico		
Interna com sinais de irritação peritoneal e 4.5 cm de líquido		
5) Com diagnóstico de emergência		
6) Sinais de irritação peritoneal		
7) Exame físico: abdômen doloroso e com sinais de irritação peritoneal		
8) Exame físico: abdômen doloroso e com sinais de irritação peritoneal		



Dr. C. F. F. F.
Médico
R. 14 JUN 2010
R. 14 JUN 2010

[illegible][illegible]

16

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

EVOLUTION

15

100

1

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO MEDICA

[Handwritten signature]

RECEIVED
JAN 10 1978

SASIMI SEGURODORA SIA
19 JUN 2018
RECIBIDO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO			
HORA	P. A.	T	GLUCEMIA
06:00	10/30	36	
12:00	12/30	36	
18:00			
24:00			

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FONE: (68) 3401.1353 FAX: (68) 3401.4023
E-mail: secret@saude.gov.br - Quixeramobim - CE



NOME DO PACIENTE		RG		ADMISSÃO		HOMENS		DATA	
Breno da Silva		81.895		23.05.2018		23		23, 02, 2018	
EUF.		DIAGNÓSTICO		HISTÓRIA DO DOENTE		CLÍNICA			
1510		53		História de Tbc					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			APRAZAMENTO		EVOLUÇÃO DO PACIENTE		EVOLUÇÃO MÉDICA		
<p>1- Levantado para caminhar</p> <p>2- 500mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>3- 100mg de Clonazepam EV 12/12h</p> <p>4- 100mg de Clonazepam EV 12/12h</p> <p>5- 100mg de Clonazepam EV 12/12h</p> <p>6- 100mg de Clonazepam EV 12/12h</p>			<p>1- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>2- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>3- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>4- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>5- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>6- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>Nota: 03/05/18 - Paciente internado no Centro Gerontológico, apresentando quadro de Tbc, com tratamento em curso, sob acompanhamento de enfermeira e médico. Paciente em tratamento de Tbc, com tratamento em curso, sob acompanhamento de enfermeira e médico. Paciente em tratamento de Tbc, com tratamento em curso, sob acompanhamento de enfermeira e médico.</p>		<p>03/05/18 - Paciente internado no Centro Gerontológico, apresentando quadro de Tbc, com tratamento em curso, sob acompanhamento de enfermeira e médico. Paciente em tratamento de Tbc, com tratamento em curso, sob acompanhamento de enfermeira e médico. Paciente em tratamento de Tbc, com tratamento em curso, sob acompanhamento de enfermeira e médico.</p>		
<p>7- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>8- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>9- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>10- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>			<p>11- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>12- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>13- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>14- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>15- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>16- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>17- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>18- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>19- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>20- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>21- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>22- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		
<p>23- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>24- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>25- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>26- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>			<p>27- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>28- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>29- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>30- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>31- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>32- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>33- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>34- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>35- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>36- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>37- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>38- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		
<p>39- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>40- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>41- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>42- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>			<p>43- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>44- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>45- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>46- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>47- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>48- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>49- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>50- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>51- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>52- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>53- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>54- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		
<p>55- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>56- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>57- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>58- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>			<p>59- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>60- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>61- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>62- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>63- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>64- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>65- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>66- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>67- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>68- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>69- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>70- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		
<p>71- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>72- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>73- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>74- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>			<p>75- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>76- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>77- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>78- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>79- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>80- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>81- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>82- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>83- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>84- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>85- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>86- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		
<p>87- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>88- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>89- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>90- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>			<p>91- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>92- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>93- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>94- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>95- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>96- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>97- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>98- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		<p>99- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>100- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>101- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p> <p>102- 100mg de Paracetamol EV 12/12h</p>		

SABEMI SEGURADORA S/A
13 JUN 2018
RECEBIDO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

HORA P.A T GLUCEMIA
00:00 130x80 362

185. 23. 18. 1877

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

[illegible]

4. 18.154 - Pte. de transpiração de TIO Wung
de Fratura de TIO E sob Reg. aut. de
PR = 330 x 100 mHg FC = 46 bpm SpO₂ = 99%
Linha do Amor Divino Criança
Baterias
COPIL 123 775

08/08/2018: Paciente Robinson da Silva, 20/44 anos, S.O. em POI por fratura de fêmur. Signo estável, comente, entorpecido e sem drenos. Verbaliza dor leve e sem drenos. Em tratamento com analgésico. Análise e acompanhamento realizados. — D —

06/03/2018 (MT)

[illegible]

Enfermeira
COREN - 32717

1. $\frac{1}{2}$ 2. $\frac{1}{3}$ 3. $\frac{1}{4}$ 4. $\frac{1}{5}$ 5. $\frac{1}{6}$

SABEMI SEGURADORA S/A

04/03/2018 (MT)

1. A B. ♂ 22a. Macho 2^o TO com fratura de V. ~~com fratura de V.~~ ^{resecção} removida
curativo P.O. com presença de secreções ^{ressecadas} Viralizadas SNHBs
eliminação de polímeros presentes. Manter MIE elevada.

Enfermeira
COREN - 32112

1402

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

EVOLUÇÃO PACIENTE

Nome: J^o Alom Bezerra da Silva 1.53

23.02.18 - Pac. 22 anos, 40. Fratura de tíbia. Círculo de Quixeramobim, residente em Quixeramobim, vítima de acidente automobilístico, apresentando fratura de tíbia fechada com indicação de tratamento cirúrgico conforme avaliação do traumatologista. Em anexo protocolo de R8 encaminhado à R.C. às 11:20.

Maria Barros Figueiredo
ENFERMEIRA
COREN-CE: 497.143

23.02.18. 10h30

Paciente, 22 anos, 40. Fratura de tíbia distal às 11:30. Exame de amplexação em cadeira de rodas. Hemodinamicamente estável, hidratado. Vítima de acidente automobilístico. Sig. plena e íntima. Segue sob cuidados de enfermeira.

24/02/18 (24h)

Pac. 22a, 40. Frat. tíbia. Consciente, orientado, vit. quínicas em momento. Acuta estável. Sem prescrição. Sub. sendo aval.

Maria Barros Figueiredo
ENFERMEIRA
COREN-CE: 497.143

25/02/18 (HT) - Paciente, no 2º dia por 40. Fratura de tíbia, estável, acetando distal. Sem queixas em relação a dor, com curativo.

25.02.18 - 2h30

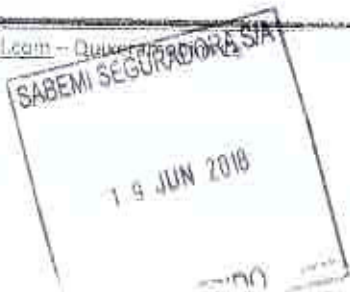
Paciente, 22 anos, 40. Fratura de tíbia. Sem queixas em relação a dor, com curativo.

Rafaela Idalme Viana
Enfermeira
COREN: 429.711

26/02/2018 (HT)

F. A. B. S. 22a no 4º dia por fratura de tíbia. Sem queixas. Aguarda cirurgia.

Maria Barros Figueiredo
Enfermeira
COREN - 32112



CONF.

04/03/2018

J. A. B. d' 220. parte realizou EX de controle e após 30 dias
hospitalar para os 30 dias posteriores de furobulo

Dr. Maria Helena K. Barros
Enfermeira
COREN - 72310



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180262118 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM do médico: 52.45228-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

