

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

28/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALTIAN SOARES DE QUEIROZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00739-0

CONTA: 000000005050-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2807201705000000000023700739000000005050472500 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160520796 **Cidade:** Monsenhor Tabosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTIAN SOARES DE QUEIROZ **Data do acidente:** 27/02/2016 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2017

Carta nº: 11400752

A/C: ALTIAN SOARES DE QUEIROZ

Sinistro: 3160520796 ASL-1033770/16
Vítima: ALTIAN SOARES DE QUEIROZ
Data Acidente: 27/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARLUCE RIBEIRO DIAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ALTIAN SOARES DE QUEIROZ**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000000739-0**

Conta: **000005050-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Altian Soares de Queiroz
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Sao Joao dos Queiroz, S/N
Zona Rural Monsenhor Tabosa CE CEP: 63780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / CE] 2003014029419
Data local do exame: [26/07/2017] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FX PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

Data da alta: JUL/2016

REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA. FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO

Complicações: SEM

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

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

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR E ALTERAÇÃO DA MARCHA

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃOCAMILO

Prontuário: 107672
 Data da Int: 01/03/2016
 Convênio: SUS
 Município: NONSENHOR TABOSA-CE

ESTESIA

DATA 02.03.2016

PACIENTE Altion Soares de Azevedo LITGO

TIPO DE CIRURGIA TEMPO DE SALA

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	PAQUETAL
48			M				

TIPO SANGÜÍNEO	HÊMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URÍCA

AP. RESPIRATÓRIA Int ASMA BEM BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO ECG

AP. DIGESTIVO Int USNATES PESCOÇO ALERGIA DIFERENÇA

AP. URMÁRIO ESTADO MENTAL

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO RISCO ATARÁXICOS

ANESTESIAS ANTERIORES CORTICÓIDES

DEFINIÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA HORA EFEITO HIPOTENSORES OUTROS

HORÁRIO 18:00 INDUÇÃO

APRIM. SENSIBIL. SATISFATÓRIO EXCITAÇÃO

LA. LARINGOEESPASMO LENTA

TOSS. NAUSEAS

VÔMITOS OUTROS

DOCUMENTO 5 'TS%'

MANUTENÇÃO

0 VENT

0 R24

0 Uterotônico

ANESTESIA GERAL

SIM NÃO PORQUE

DESPERTAR

REFLEXOS NA SO

OBSTACULO

EXCITAÇÃO NAUSEAS

VÔMITOS OUTROS

PARA CLETO CÂNULA

() SIM () NÃO

CONDIÇÕES

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TÉCNICA

CIRURGIA

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

COMPREV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 RECB. 22-AGO-2016
 Nome: 4

BALANÇO
 PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA
 VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO
 TEMPO CIRÚRGICO
 DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO
 DURAÇÃO TOTAL DA ANESTESIA

Paciente: ALTIAN SOARES DE QUEIROZ

Prontuário: 187678

Data de Int: 01/03/2016

Convênio: SUS

Município: MONSENHOR TABOSA-CE

ATA

02.03.2016

LEITO

PACIENTE

INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

Fixação plavita no pé direito com
1200 N + 125 plavita 124/11/11

CIRURGIÃO

AUXILIARES

1º

2º

3º

4º

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

ANESTESIOLOGISTA

TIPO DE ANESTESIA

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

CIRCULANTE

ACHADOS OPERATÓRIOS

① Plavita no pé

② Alça de tração

③ (Ligamento cruzado)

④ Fixação de 1200 N no pé direito

⑤ Localização de 1 plavita no pé direito

⑥ Fixação de 1200 N no pé direito

⑦ Localização de 1200 N no pé direito

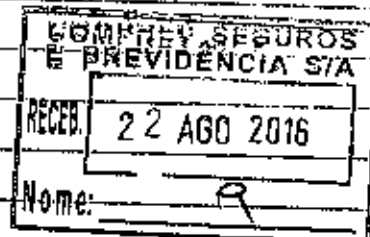
⑧ Fixação de 1200 N no pé direito

⑨ Localização

Dr. Adriano Scateno

Ortopedia e Traumatologia

CRM-CE 16.761



Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO - SÃO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.B.S.C.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.B.S.C.

2 - CDES

2120

4 - CDES

2120

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Altian Soares de Queiroz

6 - Nº DO REGISTRO

102645

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

210971691810121610101018

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/03/1968

Masculino

X

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Tereza Soares de Queiroz

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

88999808583

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

São João dos Queiroz

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Monsenhor Tabosa

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com história de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

F.T.

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

Paciente com diabetes mellitus

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

S32

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04108101010158

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/03/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SILHETE

38 - SER.E

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CDD

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO PROFISSIONAL

01/03/16

GUMREY SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECEB. 22 AGO 2016
Nome: 10



SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

HOSPITAL SÃO LUCAS

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome				Prontuário/Atendimento	
ALTIAN SOARES DE QUEIROZ				107678/0002	
Data Nascimento		Local		País Nacionalidade	
25/02/1968		BOA VIAGEM		Brasil	
Idade		Ração/Cor		Estado Civil	
48 Anos(s)		Parda		Solteiro(a)	
Sexo		Etnia		Religião	
Masculino				NÃO DETERMINADA	
Documento(s)				CNS	
Identidade: 2003014029419				20.9769.802.6000-08	
Endereço		Nº SN		Município	
CAMPO SÃO JOÃO DOS QUEIROZ		ZONA RURAL		MONSENHOR TABOSA-CE	
CEP		Profissão		Fone Empresa	
63780-000		AGRICULTOR			
Fone		Empresa		CPF do Responsável	
(88)99980-8563					
Responsável				Fone Responsável	
ALTIAN SOARES DE QUEIROZ					
Endereço Responsável				Cônjuge	
Mãe				Pai	
TEREZA SOARES DE QUEIROZ				BOANERGIO MAGALHAES DE QUEIROZ	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora		Quarto/Leito		Aposento		Clínica		Setor	
01/03/2016 15:47		009-0001		ENFERMARIA		CIRURGICA		CLINICA CIRURGICA	
Convênio		Matrícula		Autorização		Dias		Gula	
SUS						0			
Médico								CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA								6945	
CID Principal				CID Complementar					
Observação									
Usuário		Procedimento SUS				Sisprestat			
MARIA AUXILIADORA COSTA BARROS									
Data Saída		Hora		Condição de Saída		Usuário Saída			

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

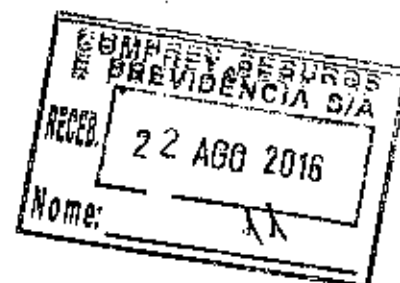
Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores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

CRATEUS, 1 de março de 2016.

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: MARIA AUXILIADORA COSTA BARROS

Assinatura do responsável



US: São Lucas



PRESCRIÇÃO MÉDICA

União Saneamento

ENIE: Médico: *Adriano Scatena*

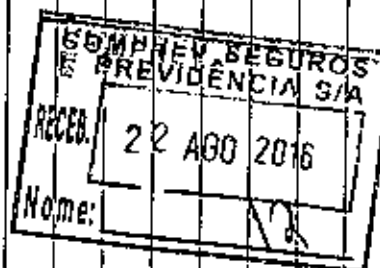
PRONTUÁRIO: 107678 DATA: 03/03/16

VÊNIO: SUS

LEITO: 9.1

SETOR: C. Evolução

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
<i>Plt 12/22/22</i>		03.03.16 Gb: 09.04 EVOLUÇÃO
<i>Dr. Adriano Scatena</i>		paciente em repouso no leito consciente
<i>Residência e Traumatologia</i>		Quadrante em 12 PO de predominante
<i>CRM-CE 16.761</i>		Traumatologia em plote tibia e "E"
		até o momento sem queixas cefálicas,
		queixas e sintomas do traumatismo
		<i>Alcino 220194</i>
		03.03.16 P4: 130x90 mmHg P: 96 bpm
		R: 20 mmHg T: 36.5°C SpO2 91% --- <i>Alcino</i>
		03.03.16 Jd: 12:00 h, paciente 97E 220194
		recebeu cuidados hospitalares com melhora.
		<i>Marlene Ribeiro Dias</i>



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
CRATELUS - CE
Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

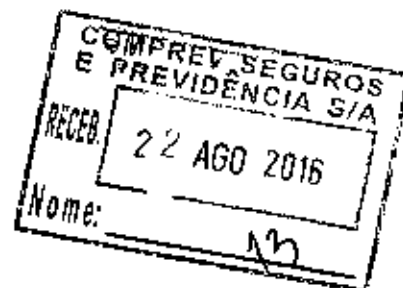
Prontuário 107678	Atendimento 0001	Nome do Paciente ALTIAN SOARES DE QUEIROZ	CNS 209769802600008	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2003014029419		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 25/02/1968	Local BOA VIAGEM/CE	Idade 48 Ano(s)		
Pai BOANERGIO MAGALHAES DE QUEIROZ		Mãe TEREZA SOARES DE QUEIROZ		
Endereço CAMPO SAO JOAO DOS QUEIROZ, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63780-000	Município MONSENHOR TABOSA	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge	Telefone 88999808083	
Responsável ALTIAN SOARES DE QUEIROZ	CPF do Responsável	Endereço CAMPO SAO JOAO DOS QUEIROZ, SN	Município MONSENHOR TABOSA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/03/2016	Hora 09:21	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ADRIANO DOS SANTOS SCATENA		CRM/UF 16761/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente		Funcionário IARA BARBOSA ARAUJO		
Observação referencia dia 01/03/2016				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

*Atendimento em consulta
para avaliação da
dor lombar e
função da coluna lombar*



ADRIANO DOS SANTOS SCATENA - CRM: 16761

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ALTIAN SOARES DE QUEIROZ



Monsenhor Tabosa
Cuidando a Terra de Todos Nós.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nº 16

DATA: 27/02/2016

CARTÃO SUS: 100 7698 0260 0008

1. NOME: Altian Soares de Queiroz RG: 200304029439
Estado Civil: --- Sexo: M Data Nas: 25/02/68 Idade: 48
Naturalidade: Bom Jardim Profissão: Agricultor
Procedência: Mons. Tabosa Residência: São João do Puiroz
Filiação: Benedita Magalhães de Queiroz e Tereza Soares de Queiroz

2. QUEIXA PRINCIPAL: RELA TO ACIDENTE DE MOTO
LESAO CONTATTE EM REG MEMORIAL

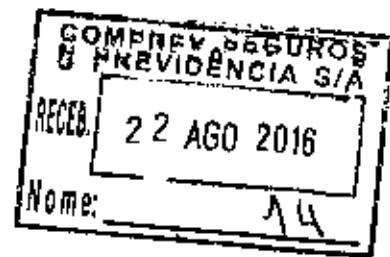
3. HISTÓRIA ATUAL: ECN: S.T.O.R. --- --- ---

4. SO: --- KG S.P.A: X 6: TEMPERATURA: ---

7. EXAMES SOLICITADOS: ---

Jose Manoel Soares Lvo
Ass. do Paciente ou Responsavel

Ass. do Médico





PREFEITURA MUNICIPAL DE MONSENHOR TABOSA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ

Prefeitura de
Monsenhor Tabosa
Construindo a Terra de Todos Nós.

FICHA DE REFERÊNCIA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM TRÊS VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO -
ENTREGAR 2ª VIA AO USUÁRIO, ORIENTADO-O PARA
RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM

UNIDADE DE ORIGEM: PSF Lucimilim
DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: Monsenhor Tabosa

NOME: Altair Soares Queiroz PONTUÁRIO: _____
SEXO: ☒ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO: 25/2/1968 OCUPAÇÃO: Agricultor
ENDEREÇO: Rua João BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Retorno para consulta de ortopedista por cirurgia feita no joelho esquerdo.

RESULTADO DE: JES: 8/Clínico radiológico

CONSULTA JÁ REALIZADA: Sim

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: fratura de joelho esquerdo
RMS Nº 2300521/CE 9/3/2016 9:30 AM
ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA _____ HORA _____

ENCAMINHADO PARA ATENDIMENTO: ☒ AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO
PROCEDIMENTO: Ortopedia e cirurgia PROFISSIONAL: Ortopedista
UNIDADE DE REFERÊNCIA _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____/____/____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: ____/____/____

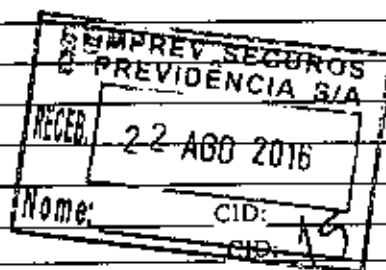
RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL: _____
SECUNDÁRIO 1: _____
SECUNDÁRIO 2: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA ☐ SIM ☐ NÃO
O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO ☐ SIM ☐ NÃO





Prefeitura de
Monsenhor Tabosa
Construindo o Futuro de Todos Nós.

PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RICHA DE F

ATENÇÃO: ESTA FICHA EM TRÊS VIAS
DEVE SER ENTREGUE À CONSULTA DE TRATAMENTO.
A VIAGEM DE BUSCA ORIENTADO PARA
A VIAGEM À UNIDADE DE ORDEM.

UNIDADE DE ORIGEM:

DISTRITO SANITÁRIO:

NOME: ALTIAM SOARES DE QUEIROZ

SEXO: ☒ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO: 11/11/1991

ENDEREÇO: BAIRRO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: VITIMA ACIDENTE TRÁFICO

RESULTADO DE EXAMES: Pct c/ FRATURA MTC

CONSULTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Fratura MTC

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO: RICHA DE F

29.2.16

ENCAMINHADO PARA ATENDIMENTO: EXAMENADO

PROCEDIMENTO:

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO:

RESULTADO DE EXAMES:

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL:

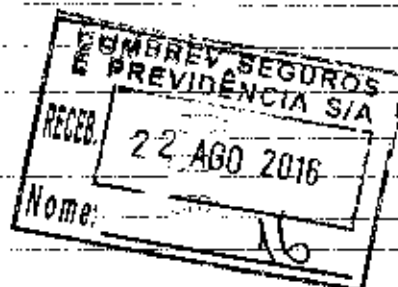
SECUNDÁRIO 1:

SECUNDÁRIO 2:

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA: É SIM

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO: É SIM



Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Altina Soares da Silva

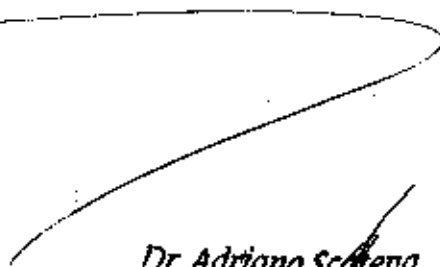
USO interno:

① Ceftriaxone 500mg

1 in 40 6 (6L) por 7 dias

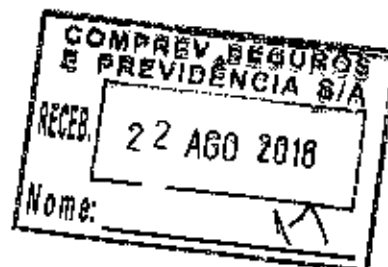
② Profen 100mg

1 q. v. 12/24 por 6 dias


Dr. Adriano Scatena
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 16.761

03/07/16

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - CEP: 63.700-000 - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Itaús - CE

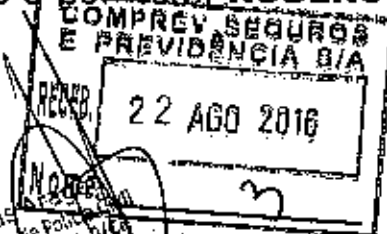




TERMO DE DECLARAÇÃO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 490 / 2016

Aos 5 dia(s) do mês de Julho de 2016, nesta cidade de Tamboril, Estado do Ceará, onde pela(s) 09:11 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **LUCAS SALDANHA DE ARAGÃO**, Delegado(a), comigo **RUBENS DAVID DE LIMA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **ALTIAN SOARES DE QUEIROZ**, nacionalidade Brasil, amigado(a), não alfabetizado, agricultor, filho(a) de **BOANERGIO MAGALHAES DE QUEIROZ** e **TEREZA SOARES DE QUEIROZ**, nascido(a) em 25/02/1968, natural de Boa Viagem/CE, CPF: 052.162.463-04, RG: 2003014029419 SSP/CE, residente à Sítio Localidade de São João dos Queiroz, Zona Rural - Monsenhor Tabosa/CE, telefone (88) 9980-8583. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, Informa a vítima, que não habilitado, que em data e hora supra citados, estava pilotando sua moto sozinho na estrada carroçavel na localidade de Barra quando um indivíduo em outra moto bateu na sua; Que só conhece o pai de quem lhe atropelou, chamado Geriam, que atualmente se encontra no estado do Rio de Janeiro; Que da queda "quebrou" o joelho esquerdo, e foi operado em Crateus/CE; Que informa que foi socorrido pelo Rogério e o Marcio, que são suas testemunhas; Que informa que não está sendo orientado por ninguém a fazer o boletim para fins de DPVAT; . E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **RUBENS DAVID DE LIMA**, Escrivã(o) que o digitel.



DELEGADO(A) : _____

DECLARANTE : _____

Testemunha a rogo (1ª) : Jose marcia soares Silva

Testemunha a rogo (2ª) : Rogério Ferreira Vasconcelos

P

LO



1170

TERMO DE DEPOIMENTO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 490 / 2016

Aos 5 dia(s) do mês de Julho de 2016, nesta cidade de Tamboril, Estado do Ceará, onde pela(s) 09:21 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **LUCAS SALDANHA DE ARAGÃO**, Delegado(a), comigo **RUBENS DAVID DE LIMA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **JOSE MARCIO SOARES SILVA**, nacionalidade Brasil, casado(a), 1o. grau incompleto, agricultor, filho(a) de **JOSE BATISTA DA SILVA** e **MARIA CELIA SOARES SILVA**, nascido(a) em 01/06/1983, natural de Boa Viagem/CE, CPF: 968.135.983-68, RG: 35301562001 SSP/CE, residente à Sítio Localidade de Aguas Belas, Zona Rural - Boa Viagem/CE. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, Que vinha na garupa da moto do Rogério, no sentindo Aguas Belas (zona Rural de Boa Viagem) à Monsenhor Tabosa, quando na altura da localidade da barra (zona rural de Monsenhor Tabosa) avistou a vítima ao solo e socorrem o mesmo ao Hospital de Monsenhor Tabosa/CE; Que foi o Rogério quem pôs a vítima na garupa e levou ao hospital citado;. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **RUBENS DAVID DE LIMA**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : _____

DEPOENTE : JOSE MARCIO SOARES SILVA

ESCRIVÃ(O) : R

COMPREV REGUNOS
E PROVIDENCIA SIA

RECEB. 22 AGO 2016

Nome: U



TERMO DE DEPOIMENTO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 490 / 2016

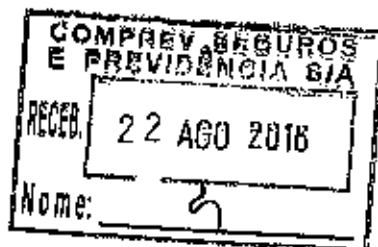
Aos 5 dia(s) do mês de Julho de 2016, nesta cidade de Tamboril, Estado do Ceará, onde pela(s) 09:32 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **LUCAS SALDANHA DE ARAGÃO**, Delegado(a), comigo **RUBENS DAVID DE LIMA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **ROGERIO FERREIRA VASCONCELOS**, nacionalidade Brasil, amigado(a), 1o. grau completo, agricultor, filho(a) de **FRANCISCO NASCIMENTO VASCONCELOS** e **MARIA JOSE FERREIRA VASCONCELOS**, nascido(a) em 28/01/1990, natural de Monsenhor Tabosa/CE, CPF: 050.767.343-36, RG: 2005099104395 SSP/CE, residente à Sitio Localidade de Aguas Belas, Zona Rural - Monsenhor Tabosa/CE, telefone (88) 9926-3041. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, Que vinha em sua moto, levando na garupa o Marcio, quando na altura quando na altura da localidade de Barra, avistou a vítima, caído ao solo dizendo foi atropelado por alguém que desconhece; Que foi sua pessoa quem socorreu a vítima até o hospita de Monsenhor Tabosa/CE em sua moto; E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **RUBENS DAVID DE LIMA**, Escrivã(o) que o digitei.

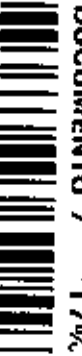
DELEGADO(A) : _____

DEPOENTE : _____

ESCRIVÃ(O) : _____

LUCAS SALDANHA DE ARAGÃO
Delegado(a) Policia Civil
Mat: 2005099104395




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DERBAN - CE

Nº 011662281832

065401 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

RAIM

011662281832

011662281832

011662281832

MARLUCE RIBEIRO DIAS

FAZENDA SAO JOAO, 200000

ZONA RURAL

63780000 - MONSENHOR TABOSA/CE

011662281832

011662281832

ANTONIO DOMINGOS DA SILVA

P.O. BOX 11111

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

DERBAN - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DERBAN - CE

Nº 011662281832

065401 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RAIM

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

011662281832

SGMREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
 RECB. 22 AGO 2016
 Nome: 19



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO
HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISQUINHA FARIAS LEITÃO.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Senhor Tabosa
Construindo a Terra de Todos Nós.

Nº 16

DATA: 27/02/2016

CARTÃO SUS: 209 7698 0260 0008

RG: 20030 4022454

NOME: Altair Soares de Queiroz

Sexo: M Data Nas: 25/02/68 Idade: 48

Estado Civil:

Profissão: Agricultura

Naturalidade: Boa Viagem

Residência: São João dos Queiroz

Procedência: Maria Tabosa

Relação: Beatriz Magalhães de Queiroz e Tereza Soares

de Queiroz

QUEIXA PRINCIPAL:

RELA TO ACIDENTE DE MOTO
LCSO CORANTE EM REG. MENTAND.

HISTÓRIA ATUAL:

REC: SUTURA: ///

PESO: KG

5.P.A: X

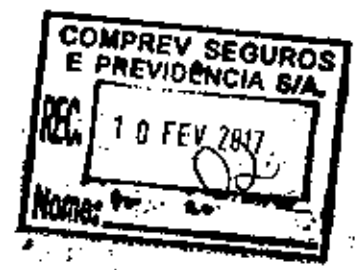
6: TEMPERATURA:

7. EXAMES SOLICITADOS:

Ass. do Médico

Jose Manoel Soares Neto
Ass. do Paciente ou Responsável

DOCUMENTO 1 "T196"





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 490 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/07/2016 08:47:06**
Data / Hora da Ocorrência: **27/02/2016 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE BARRA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MONSENHOR TABOSA/CE**
Ponto de Referência:

*marlene
bonoagem
Endereço*

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALTIAN SOARES DE QUEIROZ**
Nascimento: **25/02/1968** CPF: **052.162.463-04**
RG: **2003014029419** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **TEREZA SOARES DE QUEIROZ**
BOANERGIO MAGALHAES DE QUEIROZ
Endereço: **SITIO LOCALIDADE DE SÃO JOÃO DOS QUEIROZ**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **MONSENHOR TABOSA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9980-8583**

Histórico

Informa a vítima, que não habilitado, que em data e hora supra citados, estava pilotando sua moto sozinho na estrada carroçavel na localidade de Barra quando um indivíduo em outra moto bateu na sua; Que só conhece o pai de quem lhe atropelou, chamado Geriam, que atualmente se encontra no estado do Rio de Janeiro; Que da queda "quebrou" o joelho esquerdo, e foi operado em Crateus/CE; Que informa que foi socorrido pelo Rogério e o Marcio, que são suas testemunhas; Que informa que não está sendo orientado por ninguém a fazer o boletim para fins de DPVAT; o veículo envolvido no acidente, licenciado em nome da esposa da vítima, (Marlene Ribeiro Dias, CPF 85444634368) trata-se:

LISTA CONSULTA COMPLETA

Placa Renavam Chassi

ORR9807 599726377 9C2KD0550DR229733

M u n i c i p a l F a b r

A n o

Ano Modelo

M O N S E N H O R

2013 2013

N ú m e r o

Marca

Cor

KD05E5D229733 H O N D A / N X R 1 5 0

VERMELHA

Tipo Espécie

Combustível

MOTOCICLETA

PASSAGEIRO

GASOLINA/ALCOOL

Nacionalidade

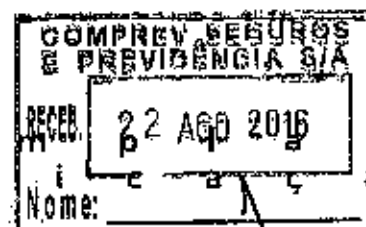
Categoria

Ano Exercício

NACIONAL PARTICULAR 2014

I s e n t o

D é b i t o



T A B O S A

M o t o r

B R O S E S

I P V A

I P V A

I P V A

I P V A

I P V A

I P V A

I P V A

I P V A

I P V A

(Handwritten signature)

DOCUMENTO 1 7146





BOLETIM DE Ocorrência Nº 556 - 490 / 2016

O depoimento das testemunhas segue em anexo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Rubens David de Lima
RUBENS DAVID DE LIMA - MAT.: 300080-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

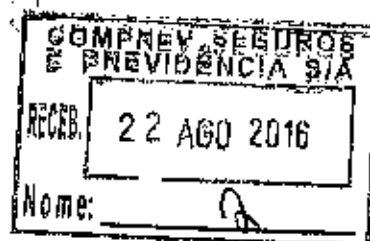
VISTO DO DELEGADO(A) :

Lucas Saldanha de Aragão
LUCAS SALDANHA DE ARAGÃO - MAT.: 300521-1-0

Lucas Aragão
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 300521-1-0/CE

1.º + A Rogu: José Márcio Soares SILVA

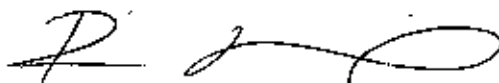
2.º + A Rogu: Rogério Ferreira dos Santos



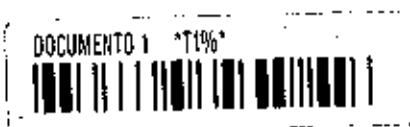
CERTIDÃO DE ADITAMENTO

Eu, Rubens David de Lima, MF 300080-1-4, Escrivão de Polícia Civil Lotado em Tamboril/CE, certifico que houve um erro na digitação do BO nº 556 – 490/2016, no que tange ao proprietário da moto de placa ORR 9897 ao invés da Marlene Ribeiro Dias leia-se **Marluce Ribeiro Dias**.

TAMBORIL/ CE, 2/05/2017


RUBENS DAVID DE LIMA

RUBENS DAVID DE LIMA
Escrivão de Polícia
Mat. 378.080-4-4



DOCUMENTO 1 *T1%*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

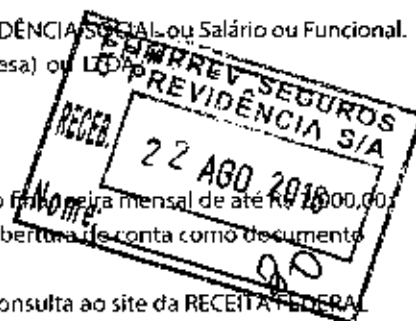
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Altamir Sousa de Queiroz
PORTADOR(A) DO RG Nº 2003014 029418 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 20/03/03 E
CPF 032162463-04 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Não
E RENDA MENSAL DE R\$ Não () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 (NÃO), AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 739 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5050-44

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



Mons. Tolentino de 21 de Julho de 16

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Pre-Abertura de Conta

Ag. Relac.: 00739 - TAMBORIL
POB : 143 - FARMACIA N SRA DAS
GRACAS

Agencia : 00739-TAMBORIL
Conta : 00000000000000000000-4
Nome : ALIAN SOARES DE OLIVEIRA
Data : 30/06/2016
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente

NSU BANCO: 026349570416
HORA : 10:07:32

Sujeito a Confirmação do Banco

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

