

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:	EUCLIMAR ALMEIDA PONTE
----------	------------------------

BANCO:	237
--------	-----

AGÊNCIA:	01234-3
----------	---------

CONTA:	000000059550-0
--------	----------------

Nr. Autenticação

BRABESCO1805201805000000000023701234000000059550168750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180189106 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE **Data do acidente:** 05/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA BLOQUEADA. FEZ FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA; DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DA FLEXÃO DO PUNHO; PRONOSUPINAÇÃO PRESERVADA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



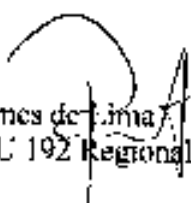
DECLARAÇÃO

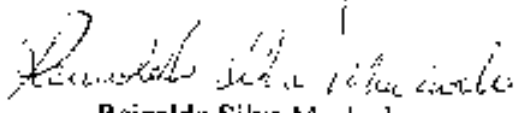
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Euclimar Almeida Ponte**, no dia **05/02/2018**, às **06h35min**, na **Avenida José Bastos**, no **Bairro Couto Fernandes**, vítima de acidente de trânsito.

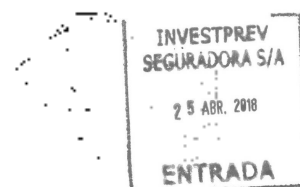
Documento requerido por meio do Processo nº **P080359/2018**.

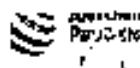
Fortaleza, 05 de março de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza





DADOS PESSOAIS

48641404

!SCI OK 5/12

15/02/2018 07:26:57

O PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13446351	EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	M	05/03/1987	30
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
3003012009422 SSPDC CE	1821108312		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R CIDADE RIO BRANCO 839 HENRIQUE JORGE FORTALEZA-CE CEP:80510194				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
988906784		MARIA DE FÁTIMA ALMEIDA PONTE		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
16800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
16/02/18	05:38		
Médico Atendente			Clinica
8849261 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
8849261 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

16/02

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano	SERVAL SERVICOS E LIMPEZA LTDA
22-HAPVIDA MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
111 01664007021		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CC 01	03	
V. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
5845728	88988586	C80854869	INTERNACAO
5845728	30732026	C80854869	ENXERTO OSSEO
5845728	30721237	C80854815	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
5845728	30721188	C80854856	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO

1005-2 OK

NOTA DE SALA

4387876

Atendimento:	46841404	Prontuário:	13445391	PACIENTE:	EUCIMAR ALMEIDA PONTE	MAPA DA MATRIZ
Cirurgia(s):	30721237	REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO		Tipo Anestesia:	BLOCO PLEXO-BRAQUIAL+SEDACAO	
	30732026	ENXERTO OSSEO		30721189	FRATURAS E/OU LUXACOES DO FUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 04		Sector Emittente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR		Apto.: 1005
Equipe Médica:	CIRURGIÃO		46848261	EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS		CRM 11104
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO		3070478	CLOVIS HENRIQUE MAURIZ RAMOS		CRM 13516
	ANESTESISTA		1858807	CAMILA DA SILVA MARQUES		CRM 13855
	CIRCULANTE		3278510	MARIA NATALIA DA SILVA ROCHA		COREN 737363

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Materiais Médico-Hospitalares					
31720	ÁGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	80	30008	DIPIRONA 1 G AMPL 2 ML	2
31373	AGULHA DE INSERÇÃO DESCARTAVEL 13x1,4 - 1 UD	2	30642	DIPRIVAN 200ML AMPL 20 ML	2
27088	AGULHA DESCARTAVEL 26x0,7 - 1 UD	3	40037	DORMONID 18 MG AMPL 3 ML	2
22450	AGULHA DESCARTAVEL 40x12 - 1 UD	4	338923	PENTAMID 2ML AMPL 2 ML	1
134855	AGULHA STIMUPLEX 80 G-22x2 - 1 UD	2	48874	DILUCOL BRN 30 GR	9
31738	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	70	42013	NUVAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	31537	NAROPIN SP 10MG FRAP 20 ML	1
59053	ALGODAO HIDROFLO - 500 GR	50	38809	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
31015	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD 10CM) ROLO 1 UD	3	43290	RINGER LACTATO 500ML TUBO 500 ML	2
218230	ALGODAO ORTOPEDICO (ATAD 20CM) ROLO 1 UD	1	33800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
27635	ATADURA DE CREPON 10 CM - 1 UD	1	38250	XYLOCAINA SADO 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
30074	ATADURA DE GESSO 10 CM - 1 UD	2			
152352	CAMPOL IMPERMEAVEL 1,30X1,80 - 1 UD	1			
30183	CAETER DE OXIGENO - 1 UD	1			
30198	CAETER INTRA VENOSO 18 (ALCO) - 1 UD	1			
30201	CAETER INTRA VENOSO 20 (ALCO) - 1 UD	1			
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	180	Gases / Aparelhos		
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	150	78	FAXA DE SALA	Início: 11:20 Fim: 13:00
112712	CLOREXEDINA DEREGMATE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	200	20	OXIGENIO	Início: 11:20 Fim: 13:00
168860	COMPRESSA OPERATORIA 28x28 ESTERIL C/S UD - 1 UD	3	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 11:20 Fim: 13:00
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	22	OXÍMETRO DE PULSO	Início: 11:20 Fim: 13:00
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50897	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100			
21771	ETER FRAS 1000 ML	50			
130325	EXTENSOR 30CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
26782	FAXA DE SMARCH 18 CM ROLO 1 UD	2			
28823	FIO ALGODAO SEM AGULHA SUTURAK 3-0 - 1 UD	2			
31478	FIO KIRSCHNER - 1 UD	1			
161808	FIO Q-J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4 - ENV 1 UD	1			
168863	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
168868	FIO Q-PG126X VICRYL 3-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCY 1 UD	6			
30847	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5			
30834	LAMINA DE BISTURI 18 - 1 UD	1			
30838	LAMINA DE BISTURI 27 - 1 UD	1			
30835	LUA DE PROCEDIMENTO 7A CX 50 PA	1			
30861	LUA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	2			
30860	LUA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2			
30878	LUA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	2			
30822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA CITRAS PCT 80 UD	5			
61004	MCROPORE 28X16 TUBO 1000 CM	100			
317209	PARAFUSO CORTICAB ATE 3,6MM - 1 UD	2			
130923	PLACA DESCARTAVEL PRSTURI ADULTO - 1 UD	1			
140248	PLACA EM T 4,5MM C/PARAFUSOS - 1 UD	1			
30848	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 0,7 ML SERI 3 ML	1			
30868	SERINGA DESCARTAVEL 0,5 ML SERI 5 ML	2			
30884	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
30853	SONDA ASP TRAQUEAL 10 - 1 UD	1			
30881	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
30881	FORNEIRA 08 VIAS - 1 UD	1			
308430	ULTRA GEL 01 5000 GR	20			

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2018 12:52

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE Dt. Nasc.: 05/03/1987 Atendimento: 48641404 Pronto-socorro: 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/3

Profissional(s): EDUARDO GUEDES VITAL SANTOS MEDICO CRM 130417-SP Nº: 19328087 15/02/2018 às 12:45

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	8825	(1)
Diagnóstico Cirúrgico	8825	(1)

SAFOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	15/02/2018	(1)
Hora Da Cirurgia	12:45	(1)
Cirurgia	TTO CIRURGICO DE FX DO RADIO DISTAL	(1)
Cirurgião	DR EDUARDO	(1)
1º Auxiliar	DR CLOVIS	(1)
Anestesiologista	DRA CAMILA	(1)
Descrição Cirúrgica	POTE DDH ANESTESIADO ASSÉPSIA+ANTISSEPSIA+CAMPOS ISQUEMIA COM FADIA ACESSO VOLAR POR PLANOS REDUÇÃO ABERTA FIXAÇÃO COM PLACA PARAFUSOS E FIOS DE X REPARO ENERTO SUTURA POR PLANOS CURATIVO TALA	(1)
Códigos Dos Procedimentos	30732026 30721237 30721199	(1)

Dr. Eduardo Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 130417-SP

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/02/2018 12:25

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	Id. Naso.: 05/03/1987	Atendimento: 48841404	Procedimento: 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/3	
Profissional(is): VALERIA DOS SANTOS ARAUJO GUERQUE-SOUSA - ENFERMEIRA - CONEN		R#: 19328840	15/02/2018 às 12:22
DADOS DE ADMISSÃO			
Data Da Cirurgia	15/02/2018		(1)
Hora Da Cirurgia	11:20		(1)
Cirurgia	Re cirurgia de lrat. de punho		(1)
Equipe Cirúrgica	dr. eduardo guedes \ dra. camila \ ocrislina (part.) \ yuri (ortopedista) \ natalia \ adriely pi valeria		(1)
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
Confirmar Identidade Do Paciente	sim.		(1)
Prontário Ativo	sim.		(1)
Órgão Checado	sim.		(1)
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.		(1)
Alergias Da Paciente São Conhecidas	não.		(1)
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.		(1)
Confirmação Da Reserva E Disponibilidade Do Sangue Sa Risco De Perda Sanguínea (> 800 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança)	não.		(1)
Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração	não.		(1)
Confirmação Da Vega Em Uti	não.		(1)
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
Membros da Equipe Cirúrgica	não.		(1)
Lateraldade Do Procedimento	esquerda.		(1)
Paciente Certo	sim.		(1)
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.		(1)
ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS			
Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.		(1)
Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento	sim.		(1)
Antibiótico profilático Realizado Nos Últimos 60 Minutos	Sim. kefzol (2g) à s11:30		(1)
Checou material e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	sim.		(1)
Estabilização Do Material Confirmada E Válida	sim.		(1)
AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO			
Orientação De Posicionamento De Membros	sim.		(1)
Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.		(1)
Realização De Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Os Agulhas De Sutura	sim.		(1)
Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica	não se aplica.		(1)
Preenchimento De Guias E/Os Relatórios Pelo Médico Cirúrgico	sim.		(1)

Dr. Eduardo Guedes
Linha de C. Cirúrgica
CRM-CE 11104

INVESTPREY
SEGURADORA S/A

25 ABR 2018

ENTRADA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 15/02/2018 12:55:23

Paciente: EUCLEIDES ALMEIDA PONTE		Dr. Kean: 05/03/1967		Apelido: 48641004		Prontuário: 13446351	
Convênio: HAPVIDA MATRIZ		Nº Prescrição: 13940426		15/02/2018 às 12:54		1005-B	
Faria: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR		Léito: 13341093		Peso: 70,00 kg			
1 DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE. 3/3h - DRAL							
2 Hidromorfo Vampas/Fase Única		Vol. Total: 500 ml		7,00 g/100ml		Acesso Periférico	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%		30,03 ml/kg/dia		500 ml			
3 CEFALOTINA SODICA (1.00g)		1 g		1 FRAP(C/100)		EV	
(D1/2)		Agua Destilada		10 ml		21 05	
4 PROFENID IV (100.00mg)		100 mg		1 FRAP(C/100.00g)		EV	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml				21 05	
5 DIFERONA (500.00mg/ml)		1000 mg		2 ML (AMPL C/500.00mg)		EV	
Agua Destilada		18 ml				21 05	
6 TRAMAL (50.00mg/ml)		100 mg		2 ML (AMPL C/100.00mg)		EV	
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml				21 05	
7 PLAMET (5.00mg/ml)		10 mg		2 ML (AMPL C/10.00mg)		EV	
Agua Destilada		18 ml				21 05	
8 SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO SN							
9 CURATIVO MEDICAMENTOSO ACOLCHADA							
10 PUNÇÃO C/ILICO SN							
11 SINAIS VITAIS							
12 GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS							
13 RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAL SN							
14 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA							
15 COMPRESSÃO COM HTER SN							

RP1541

EDUARDO GUEDES VIEIRA/05/02/2018 12:53

Dr. Eduardo Guedes
 Clínica & Farmácia
 192.87
 05/02/2018



1502/2018 12:46

Prentuário: 13448351

Leito: 133410/3

Professionalità: 20/03/2018 10:00:00 N°: 19320520 15/02/2018 in 12:57

REGISTERED MEDICAL NURSES

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRURGICO DE FX DO RADIO DISTAL.
SEM INTERCORRENCIAS CIRURGICAS.
CD: ALTA A BR

[4]

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

15/02/2018 12:59

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Dt. Nasc.: 06/03/1987

Atendimento: 48641404

Prontuário: 13448351

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(es): EDUARDO GUERREIRO ALMEIDA SANTOS - CRM 13891 - ROR 19328583 15/02/2018 às 12:59

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRURGICO DE FX DO RADIO DISTAL.
DEVE FAZER USO DE TALA. ATÉ O RETORNO.

[1]

Dr. Edmar Gomes
Ass. Médica e Farmacológica
15-02-2018

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

18/02/2018 07:48

Paciente: EUCLINAR ALMEIDA PONTE	DT. Nasc.: 06/03/1987	Atendimento: 48641404	Prontuário: 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1A	Leito: 1006/2	
Profissional(s): RAFAEL DE FERRI NOGUEIRA MEDICINA SEMIOTICA Nº: 19357116 18/02/2018 às 07:40			

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 PÓS OP DE FRATURA O EPUNHO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

[3]

Dr. Rafael de Ferris Nogueira
CRM: 19357116
R

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

PLANO TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2018 12:43

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Dt. Nasc.: 05/03/1987

Atendimento: 48841404

Prontuário: 13448351

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/3

Profissional(s): EDUARDO DE SAUSANANTRE MEDICINA FÍSICA Nº: 19327918 15/02/2018 às 12:42

IDENTIFICAÇÃO

Nome

EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

(1)

Sexo

Masculino

(1)

Idade

30 A 11 M

(1)

Data De Nascimento

05/03/1987

(1)

Nº Atendimento

48841404

(1)

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário

S825 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

(1)

CONDICIONADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal

OSTEOSSÍNTESE DE FX DE RADIO DISTAL

(1)

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias

2 Dias

(1)

Investprev Seguradora S/A
25/02/2018

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

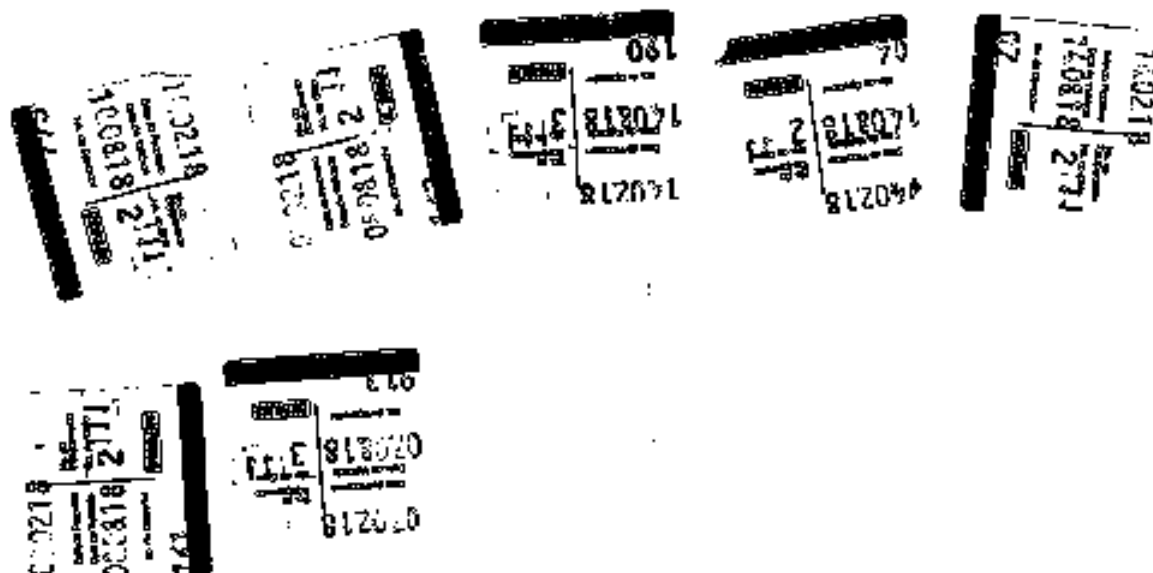
FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2018 12:38

Paciente:	EUCLIMAR ALMEIDA PONTE		
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ		
Dt. Nasc.:	05/03/1987	Atendimento:	48541404
Posto:	CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito:	133410/3
FG	78 bpm		(1)
OUTROS DADOS E SINAIS			
Sat O2	93 %		(1)
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS			
Data	15/02/2018		(1)
Hora	12:27		(1)
OBSERVAÇÕES / INTERCOMÊNCIAS			
Observação	paciente submetido ao co. consciente, orientado, verbalizando, para se submeter ao cirúrgico de trat. do punho esquerdo, com pulseira de identificação em mão, sob sedação + bloqueio de plano al intercomências, paciente em, para rpa, realizado no em sala.		(1)
Intercomências	nenhuma		(1)
Eletrodo	torax		(1)
Incl. Cirúrgica	punho esquerdo		(1)
Placa De Eletrodo	cabeça direita		(1)
Funções Viscerais	med		(1)
POS-OPERATÓRIO			


 INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAP FORTALEZA
Nº Pedido: 23752677

Data 16/02/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 13448354 EUCLIMAR ALMEIDA PONTE
Nascimento...: 05/03/1987 Sexo: M RG.: 2003012008422 SSPDC CE CPF.: 01521106312
Endereço...: R CIDADE RIO BRANCO 839 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 605101 Tel.: 988909794
Convênio...: HAPVIDA MATRIZ
Matrícula...: 81108001654007021
Solicitante: Dr(a) EDUARDO GUEDES VIDA

Queixa Principal:
INTERNACAO

Exame:
RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - ESQUERDO

!Sc1'B"

4864140431

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em rádio distal com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

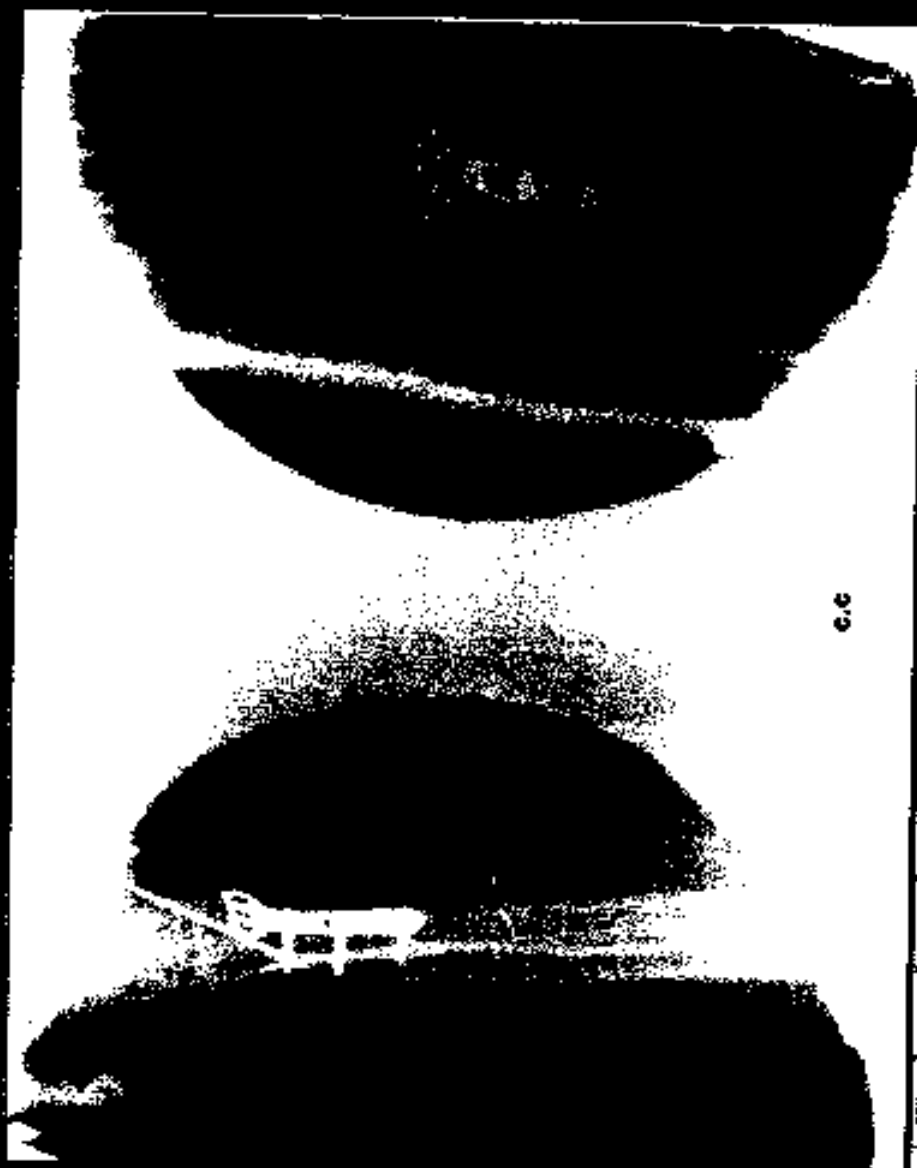
OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA



C.C

11:22
10/04/2018

INVESTPREV
SEGURO S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

33384



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **EUCLIMAR ALMEIDA PONTE** às 08:11 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 (QUINZE)** dias,
a partir de **05/02/2018**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

M253

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO

CRM 13038

Aceito a Colocação do CID. Assinado: us _____

Código de Autenticação : BELIF28JSE6X0

Solicitação da Senha : 05/02/2018 07:03:10

93002

PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO

05/02/2018 08:29

174.454.107

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **EUGLIAMAR ALMEIDA PONTE** às 14:30 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **30 (TRINTA)** dias,
a partir de 19/03/2018, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S525

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

CRM 11104

Dr. Eduardo Guedes V. Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM - CE 11104

Acerto e Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BFECT3BJ5SBK0
Solicitação da Senha : 19/03/2018 12:40:48

RJ022

EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

19/03/2018 14:30

192.80 x 104

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **EUCLIMAR ALMEIDA MONTE** às 12:57 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **60 (SESSENTA)** dias
a partir de **15/02/2018**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S525

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

CRM 11104

Eduardo Guedes
Eduardo Guedes Vidal Santos
CRM 11104

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : **BMFMP28J5S6K0**

002

EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

15/02/2018 12:59

192.85.4.101

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA



Ortoclinic Santa Bárbara

Fisioterapia e Fonoaudiologia



CONSULTÓRIO DE FISIOTERAPIA

Dr. Luiz Gustavo de Sousa Moura

CREFITO: 114928F – Ce / CPF: 008.485.863-01

Rua Natal, 564, Henrique Jorge, Fortaleza, Ceará.

(85) 3496-5488 / 98873-9093

Declaro para os devidos fins que EUCLIMAR ALMEIDA PONTE, CPF: 015.211.063-12 realiza tratamento FISIOTERÁPICO nesta clínica. O paciente apresenta-se com sequelas de FRATURA EM PUNHO ESQUERDO por conta de um acidente automobilístico. O paciente foi submetido a um procedimento cirúrgico para implantação de platina. Foram realizadas (30) trinta sessões de Fisioterapia em seu membro superior esquerdo, no período de 19/03/2018 à 13/04/2018. O paciente encontra-se com dor ao mobilizar o membro passivamente e com diminuição da amplitude de movimentos e força em punho e dedos da mão esquerda, mesmo tendo evoluído bastante ao tratamento.

Dr. Luiz Gustavo S. Moura
[Assinatura]

Dr. Luiz Gustavo de Sousa Moura

Fisioterapeuta

CLÍNICA I

Av. José Bastos, 5285
Couto Fernandes
Fone: 85 8534.2606

CLÍNICA II

Rua Natal, 564
Henrique Jorge
Fone: 85 3496.5488
8837.9093

Fortaleza, 13 de abril de 2018.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA



HOSPITAL
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM: 8280 UF: CE

AV AGUANAMBI 1827 FÁTIMA 60055-540 Tel.
32694001

Cidade: FORTALEZA UF: CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via orientação ao Paciente


Rafael Bezerril Nogueira
CRM: 8280 - CE

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Endereço: CIDADE RIO BRANCO 839 HENRIQUE JORGE FORTALEZA CE 60510-164 Tel. 888908794

Prescrição:

OXYCONTIN 10 MG Q1 CX COM 14

TOMAR 01 COM D E12 EM 2 HORAS POR 07 DIAS

Data: 16/02/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Idont: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADI 2. N.º

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

25 ABR. 2010

ENTRADA

ANS - 117411-825-3

1. NOME DO CONTRATANTE

2. ENDEREÇO

3. CIDADE

4. ESTADO

5. NOME DO CONTRATADO

6. SEXO

7. DATA DE NASCIMENTO

8. CIDADE

9. ESTADO

10. NOME DO CONTRATADO

11. SEXO

12. DATA DE NASCIMENTO

13. CIDADE

14. ESTADO

15. NOME DO CONTRATADO

16. SEXO

17. DATA DE NASCIMENTO

18. CIDADE

19. ESTADO

20. NOME DO CONTRATADO

21. SEXO

22. DATA DE NASCIMENTO

23. CIDADE

24. ESTADO

25. NOME DO CONTRATADO

26. SEXO

27. DATA DE NASCIMENTO

28. CIDADE

29. ESTADO

30. NOME DO CONTRATADO

31. SEXO

32. DATA DE NASCIMENTO

33. CIDADE

34. ESTADO

35. NOME DO CONTRATADO

36. SEXO

37. DATA DE NASCIMENTO

38. CIDADE

39. ESTADO

40. NOME DO CONTRATADO

41. SEXO

42. DATA DE NASCIMENTO

43. CIDADE

44. ESTADO

45. NOME DO CONTRATADO

46. SEXO

47. DATA DE NASCIMENTO

48. CIDADE

49. ESTADO

50. NOME DO CONTRATADO

51. SEXO

52. DATA DE NASCIMENTO

53. CIDADE

54. ESTADO

55. NOME DO CONTRATADO

56. SEXO

57. DATA DE NASCIMENTO

58. CIDADE

59. ESTADO

60. NOME DO CONTRATADO

61. SEXO

62. DATA DE NASCIMENTO

63. CIDADE

64. ESTADO

65. NOME DO CONTRATADO

66. SEXO

67. DATA DE NASCIMENTO

68. CIDADE

69. ESTADO

70. NOME DO CONTRATADO

71. SEXO

72. DATA DE NASCIMENTO

73. CIDADE

74. ESTADO

75. NOME DO CONTRATADO

76. SEXO

77. DATA DE NASCIMENTO

78. CIDADE

79. ESTADO

80. NOME DO CONTRATADO

81. SEXO

82. DATA DE NASCIMENTO

83. CIDADE

84. ESTADO

INVESTPREV
SEGURODORA S/A



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT - N.º

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

25 ABR. 2010

ENTRADA

ANEXO - 11-38-825-3

A. IDENTIFICAÇÃO: (nome completo)

B. DATA DE NASCIMENTO

C. SEXO

D. ENDEREÇO

E. CIDADE

1. NOME DO SERVIDOR

2. NOME

3. NOME

4. NOME

5. NOME

6. NOME

7. NOME

8. NOME

9. NOME

10. NOME

11. NOME

12. NOME

13. NOME

14. NOME

15. NOME

16. NOME

17. NOME

18. NOME

19. NOME

20. NOME

21. NOME

22. NOME

23. NOME

24. NOME

25. NOME

26. NOME

27. NOME

28. NOME

29. NOME

30. NOME

31. NOME

32. NOME

33. NOME

34. NOME

35. NOME

36. NOME

37. NOME

38. NOME

39. NOME

40. NOME

41. NOME

42. NOME

43. NOME

44. NOME

45. NOME

46. NOME

47. NOME

EUCILMAR ALMEIDA PONTE

15. DATA DE ENTREGA DO RELATÓRIO

16. NOME DO DOENTE

17. NOME DO DOENTE

18. NOME DO DOENTE

19. NOME DO DOENTE

20. NOME DO DOENTE

21. NOME DO DOENTE

22. NOME DO DOENTE

23. NOME DO DOENTE

24. NOME DO DOENTE

25. NOME DO DOENTE

26. NOME DO DOENTE

27. NOME DO DOENTE

28. NOME DO DOENTE

29. NOME DO DOENTE

30. NOME DO DOENTE

31. NOME DO DOENTE

32. NOME DO DOENTE

33. NOME DO DOENTE

34. NOME DO DOENTE

35. NOME DO DOENTE

36. NOME DO DOENTE

37. NOME DO DOENTE

38. NOME DO DOENTE

39. NOME DO DOENTE

40. NOME DO DOENTE

41. NOME DO DOENTE

42. NOME DO DOENTE

43. NOME DO DOENTE

44. NOME DO DOENTE

45. NOME DO DOENTE

46. NOME DO DOENTE

47. NOME DO DOENTE

48. NOME DO DOENTE

49. NOME DO DOENTE

50. NOME DO DOENTE

51. NOME DO DOENTE

52. NOME DO DOENTE

53. NOME DO DOENTE

54. NOME DO DOENTE

55. NOME DO DOENTE

56. NOME DO DOENTE

57. NOME DO DOENTE

58. NOME DO DOENTE

59. NOME DO DOENTE

60. NOME DO DOENTE

61. NOME DO DOENTE

62. NOME DO DOENTE

63. NOME DO DOENTE

64. NOME DO DOENTE

65. NOME DO DOENTE

66. NOME DO DOENTE

67. NOME DO DOENTE

68. NOME DO DOENTE

69. NOME DO DOENTE

70. NOME DO DOENTE

71. NOME DO DOENTE

72. NOME DO DOENTE

73. NOME DO DOENTE

74. NOME DO DOENTE

75. NOME DO DOENTE

76. NOME DO DOENTE

77. NOME DO DOENTE

78. NOME DO DOENTE

79. NOME DO DOENTE

80. NOME DO DOENTE

81. NOME DO DOENTE

82. NOME DO DOENTE

83. NOME DO DOENTE

84. NOME DO DOENTE

85. NOME DO DOENTE

86. NOME DO DOENTE

87. NOME DO DOENTE

88. NOME DO DOENTE

89. NOME DO DOENTE

90. NOME DO DOENTE

91. NOME DO DOENTE

92. NOME DO DOENTE

93. NOME DO DOENTE

94. NOME DO DOENTE

95. NOME DO DOENTE

96. NOME DO DOENTE

97. NOME DO DOENTE

98. NOME DO DOENTE

99. NOME DO DOENTE

100. NOME DO DOENTE

101. NOME DO DOENTE

102. NOME DO DOENTE

103. NOME DO DOENTE

104. NOME DO DOENTE

105. NOME DO DOENTE

106. NOME DO DOENTE

107. NOME DO DOENTE

108. NOME DO DOENTE

109. NOME DO DOENTE

110. NOME DO DOENTE

111. NOME DO DOENTE

112. NOME DO DOENTE

113. NOME DO DOENTE

114. NOME DO DOENTE

115. NOME DO DOENTE

116. NOME DO DOENTE

117. NOME DO DOENTE

118. NOME DO DOENTE

119. NOME DO DOENTE

120. NOME DO DOENTE

121. NOME DO DOENTE

122. NOME DO DOENTE

123. NOME DO DOENTE

124. NOME DO DOENTE



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO

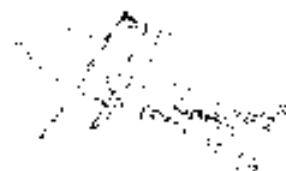
Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Data do Atendimento: 05/02/2018

RECEITA

USO ORAL

ALGINAC 1000 ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP DE 12/12H POR SETE DIAS



RP3000N

PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO

05/02/2018 07:54

182.854 101

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE

Data do Atendimento: 26/02/2018

RECEITA

USO TOPICO

FITOSCAR POMADA ———— 01CX

APLICAR 2 X DIA

HP3003N

EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS

26/02/2018 14:00

182.85.4.101

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

DOI: 10.6917/1740-2796(8-1)-1
 1981年 第8卷 第1期
 1981年 第8卷 第1期
 1981年 第8卷 第1期

[illegible]

FOR CASH OR CREDIT, WITH THE FOLLOWING PARTICULARS:

EDWARD DE LUCA, JR. 10062 1/2 10TH AVE. S.W.
SEATTLE 1, WASH. D.C. 98148

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-20-2008 BY 60322 UCBAW/BJS

[illegible]

© 1998 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

[illegible]

Extratio N°: 20385

CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

Krediton SozialNorm, MAZ:NI10

[ALCOA OFFICIAL DIRECTORY](#) | [UNIVERSITY CENTER STUDENT ITEM R&S](#)

INTRODUCTION: The purpose of this study was to determine the effect of a 12-week resistance training program on the muscle strength and endurance of young adults.

84,62	
84,62	

Deszandio

00303191517 1A04 DE ENTREGA 1.0000 UN X 2 QUD 2.69

[illegible]

TOTAL R\$ 64,87

Cerrón de Castro 5487

2017年10月10日

INTERVAL DESIGN CONTINUED

Municipal - R\$ 0,00 Individual - R\$ 0,00 Federal - R\$ 7,00

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

25 APR. 2018

ENTRADA



Consultório de Fisioterapia
Dr. Luiz Gustavo de Sousa Moura
CREFITO: 1024 - Ce CPF: 008.485.863-01
End. Rua Natal, 564 - Henrique Jorge - Fortaleza-Ce

RECIBO

1.050,00

Recebi (emos) de EUCLIMAR ALMEIDA PENTE

A quantia de Hum mil e cinquenta reais

Referente (30) trinta sessões de fisioterapia em
por membro superior esquerdo.

Dr. Luiz Gustavo S. Moura
Fisioterapeuta
Assinatura e Carimbo

Fortaleza.Ce 13 de Abril de 2018

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA



Ortoclinic Santa Bárbara

Fisioterapia e Fonoaudiologia



CONSULTÓRIO DE FISIOTERAPIA

Dr. Luiz Gustavo de Sousa Moura

CREFITO: 114928F - Ce / CPF: 008.485.863-01

Rua Natal, 564, Henrique Jorge, Fortaleza, Ceará.

(85) 3486-5488 / 8837-9093

Declaro para os devidos fins que EUCLIMAR ALMEIDA PONTE, CPF: 015.211.063-12, realiza tratamento FISIOTERÁPICO nesta clínica. O paciente apresenta-se com sequelas de FRATURA EM PUNHO ESQUERDO por conta de um acidente automobilístico. O paciente foi submetido a um procedimento cirúrgico para implantação de platina. Foram realizadas (30) trinta sessões de Fisioterapia em seu membro superior esquerdo, no período de 19/03/2018 à 13/04/2018. O paciente encontra-se com dor ao mobilizar o membro passivamente e com diminuição da amplitude de movimentos e força em punho e dedos da mão esquerda, mesmo tendo evoluído bastante ao tratamento.

Dr. Luiz Gustavo de Sousa Moura
[Assinatura]

Dr. Luiz Gustavo de Sousa Moura

Fisioterapeuta

CLÍNICA I

Av. José Bastos, 5285
Couto Fernandes
Fone: 85 8534.2606

CLÍNICA II

Rua Natal, 564
Henrique Jorge
Fone: 85 3486.5488
8837.9093

Fortaleza, 13 de abril de 2018.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

**ANTONIO
PRUDENTE****DADOS PESSOAIS****Assinatura
48471558****!SR4****ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL**

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13449361	EUCIMAR ALMEIDA PONTE	M	06/03/1987	31
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
2003012008422 SSP/DC CE	1621108312			2-SOLTEIRO
Endereço				
R CIDADE RIO BRANCO, 838 - HENRIQUE JORGE, FORTALEZA(CE) CEP 80810164				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
889909764				

DADOS DO CONVENIO

Convênio			
22 HAPVITA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CIUT/ ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
B1108801854007013			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Atendimento
06/02/2018	07:08		8 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico-Atendente			Clínica
1980360 MARCUS VENICIUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

LEANDRO 431

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

05/02/2018 07:17

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE **Dt. Nasc.:** 05/03/1987 **Adm. Inicial:** 48471556 **Prontuário:** 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ **Posto:** **Leito:** /

Profissional(es): MARCUS VENICUS MACEDO FONTENELE REGAMONDE CRM 13010 (1) **Nº:** 18882856 **05/02/2018 7h 07:12**

ANAMNESE
Queixa Principal

POTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 1h, COM ESCORIAÇÕES
 DIFUSAS
 NEGA CEFALÉIAS, VÔMITOS, SONOLÊNCIA, AMNÉSIA LACUNAR,
 TONTURA, SINAIS DE LOCALIZAÇÃO
 NEGA DOR ABDOMINAL, DISPNEIA
 USAVA CAPACETE

(1)

AO EXAME:

A: VIAS AÉREAS LIVRES, SEM GOLAR
 B: TÓRAX SIMÉTRICO, MV+ S/RA, AUSÊNCIA DE ENFISEMA
 SUBCUTÂNEO
 C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM PULSOS DISTAIS
 PALPÁVEIS
 D: GCS: 15, PFR, OTE
 E: ABDOME INDOCOR, SEM DEFESA ABDOMINAL, SEM SINAIS DE
 IRRITAÇÃO PERITONEAL / PELVE ESTÁVEL / ESCORIAÇÕES EM
 MMSS E MMN

COND: AGUARDQ RADIOGRAFIAS JÁ SOLICITADAS

Queixa Principal
CID10

Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS

(1)

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO
Ata Após Medicação E Cuidados

Ata após cuidados e/ou medicação

(1)

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE	Id. Nasal: 05/03/1987	Alcance: 48471558	Prontuário: 13446351
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/4	
Profissional(es): ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, ENFERMEIRA, CORENCE 987252 (1)	Nº: 18001212	05/02/2018	às 14:28

SINAIS E SINTOMAS

Sinais e Sintomas / Orientações De Enfermagem

procedimento realizado com sucesso

(1)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

SUTURA SIMPLES JUSTIFICADO AS 14:02, EM 05/02/2018 RESP. ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, CORENCE 987252. MOTIVO: OK

(1)

CURATIVO EXTRA GRANDE JUSTIFICADO AS 14:02, EM 05/02/2018 RESP. ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, CORENCE 987252. MOTIVO: OK

CURATIVO COM SULFADIAZINA JUSTIFICADO AS 14:02, EM 05/02/2018 RESP. ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, CORENCE 987252. MOTIVO: OK

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA JUSTIFICADO AS 14:02, EM 05/02/2018 RESP. ELAINE HELENA PONTES DOS SANTOS, CORENCE 987252. MOTIVO: OK

LA-000000 931

 INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

14/03/2018 08:21

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: EUCLIMAR ALMEIDA PONTE
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

DT. Nasc.: 05/03/1967

Atendimento: 48471555

Prestador: 13446351

Posto: POSTO EMERGÊNCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): MARCUS VENICUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE CRM 13010 (1) Nº: 18882955 06/02/2018 às 07:12

ANAMNESE:

Queixa Principal

PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 1h, COM ESCORIAÇÕES
DIFUSAS
NEGA CEFALEIAS, VÔMITOS, SONOLÊNCIA, AMNÉSIA LACUNAR,
TONTURA, SINAIS DE LOCALIZAÇÃO
NEGA DOR ABDOMINAL, DISPNEIA
USAVA CAPACETE

[1]

AO EXAME:

A: VIAS AÉREAS LIVRES, SEM COLAR
B: TÓRAX SIMÉTRICO, MV+ S/R+, AUSÊNCIA DE ENFISEMA
SUBCUTÂNEO
C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM PULSOS DISTAIS
PALPÁVEIS
D: GCS: 15, PIR, OTE
E: ABDOME INDOLOR, SEM DEFESA ABDOMINAL, SEM SINAIS DE
IRRITAÇÃO PERITONEAL / Pelve estável / ESCORIAÇÕES EM
MMS E MMII

COMO: AGUARDO RADIOGRAFIAS JÁ SOLICITADAS

Queixa Principal

CID10

Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRÚRGICAS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados após medicação

[1]

A. MARCONI RECONHECE
Cirurgião Geral
CRM 13010

LEONARDO

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

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 a 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: 01521106312 CPF da vítima: 01521106312 Nome completo da vítima: EUCIFMAN A. PONTE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>EUCIFMAN A. ALMEIDA PONTE</u>		CPF titular da conta <u>01521106312</u>	Profissão <u>RECURSO-MC</u>
Endereço <u>RUA CIDADE DO N.º BRANCO</u>		Número <u>839</u>	Complemento <u></u>
Bairro <u>JOAO XXIII</u>	Cidade <u>FONTAINEIRA</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60525565</u>
E-mail <u></u>			Telefone (DDD) <u>85-987216053</u>

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

☒ **USE CUSO INFORMAR** ☐ **SEM RENDA** ☐ **ATÉ R\$ 1.000,00** ☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**
☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00** ☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00** ☐ **R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ **BRADESCO (237)** ☐ **BANCO DO BRASIL (001)** ☐ **ITAU (341)**
☐ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

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

BANCO
Nome: BRADESCO NRO: 1237
AGÊNCIA
NRO: 1234 DV: 3 **CONTA**
NRO: 0059550 DV: 0

(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.

Fontaineira 20 de ABRIL de 2018

Local e Data

Eucifman Almeida Ponte

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1376 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

[Handwritten signature]



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1376 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/03/2018 09:17:30**
Data / Hora da Ocorrência: **05/02/2018 05:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE BASTOS , 5300**
Complemento:
Bairro: **COUTO FERNANDES** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE FORTE MOTOS**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EUCLIMAR ALMEIDA PONTE**
Nascimento: **05/03/1987** CPF: **015.211.063-12**
CNH: **03921802205** Órgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FATIMA ALMEIDA PNTE**
DEUSDETE FERREIRA DA PONTE
Endereço: **RUA CIDADE RIO BRANCO , 839**
Bairro: **JOAO XXIII**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.525-565**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMI8920** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0540ER087150 Renavam: **1023874684** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **DEUSDETE FERREIRA DA PONTE** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMI-8920-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. JOSE BASTOS E ESTAVA A CAMINHO DO TRABALHO NA FAIXA DO MEIO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO INVADIU A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO EM QUE VINHA A VITIMA NA VIA, E PARA A VITIMA NÃO COLIDIR, TENTOU DESVIAR, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE, E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO 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:

Euclimar Almeida Ponte

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impressão em: 26/03/2016 09:08:04

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

25 ABR. 2018

ENTRADA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: EUSTÂNIO ALMEIDA PONTES CPF da Vítima: 01541106312 Data do Acidente: 05.02.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desse perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

FORTALEZA, 20 de ABRIL de 2018

Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal