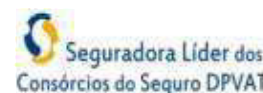


RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420219/19

Número do Sinistro: 3190662685

Vítima: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

CPF: 014.211.393-08

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 19/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: ALFREDO SANTANA DE SOUSA
CPF: 014.211.393-08

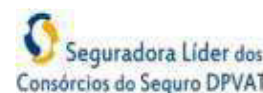
ALFREDO SANTANA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420219/19

Número do Sinistro: 3190662685

Vítima: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

CPF: 014.211.393-08

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 19/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: ALFREDO SANTANA DE SOUSA
CPF: 014.211.393-08

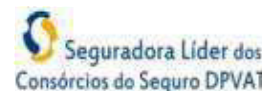
ALFREDO SANTANA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420219/19

Vítima: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

CPF: 014.211.393-08

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 19/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALFREDO SANTANA DE SOUSA : 014.211.393-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: ALFREDO SANTANA DE SOUSA
CPF: 014.211.393-08

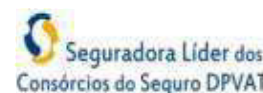
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

ALFREDO SANTANA DE SOUSA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047825/20

Vítima: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

CPF: 014.211.393-08

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 19/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALFREDO SANTANA DE SOUSA : 014.211.393-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020
Nome: ALFREDO SANTANA DE SOUSA
CPF: 014.211.393-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

ALFREDO SANTANA DE SOUSA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058552

Vítima: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

Data do Acidente: 19/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALFREDO SANTANA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058552

Vítima: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

Data do Acidente: 19/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALFREDO SANTANA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: **ALFREDO SANTANA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000004420**

Conta: **000005240-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 6.º DISTRITO POLICIAL
Impressão nº 2015710576



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 106 - 7620 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 07/10/2019 12:41:31
Data / Hora da Ocorrência: 19/09/2019 16:40:00
Endereço da Ocorrência: R LUIZA MIRANDA COELHO, 1501, LUCIANO
CAVALCANTE - FORTALEZA/CE
Ponto de Referência:

Dados do(s) Veículo(s)

Nome: ALFREDO SANTANA DE SOUSA
Nascimento: 28/08/1985 CPF: 014.111.322-09
RG: 2003002002754 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE
Filiação: FRANCISCA SANTANA DE SOUSA
JOSE AIRTON DE SOUSA
Endereço: RUA INACIO MOREIRA, 167
Bairro: MESSEJANA
Município: FORTALEZA/CE CEP:
País: BRASIL Telefones: (05) 90717-6050

Histórico

ESTE BO NÃO É VALIDO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
Informa o declarante que na hora, data e local supracitados, estava conduzindo uma motocicleta YAMAHA KRIPTON 60 DE PLACA (NUV5358), ocasião em que um veículo PALIO DE COR PRETA, conduzido por um homem conhecido como JOÃO, avançou a via preferencial causando uma colisão entre os dois veículos; QUE o declarante caiu no chão e teve uma fratura exposta nos dedos do pé esquerdo; QUE o condutor do veículo PALIO permaneceu no local e prestou socorro; QUE foi chamado o SAMU ao local, que não compareceu e o declarante teve que ser levado ao hospital por meios próprios; QUE o Sr. JOÃO não teve ferimentos ou lesões; QUE a motocicleta do declarante teve vários danos; QUE foi feito um acordo entre as partes, em que o seguro do Sr. JOÃO vai cobrir os danos na moto do declarante; QUE está registrando este BO a fim de tomar as medidas cabíveis; E NADA MAIS DISSE.//////
ESTE BO NÃO É VALIDO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.//////

DELEGACIA DESTINA: DELEGACIA DO 6.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PAULO BEZERRA FURTADO - NAT.: 15790515

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Alfredo Santana de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A):

ELIANA MAIA SOARES - NAT.: 15590415

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04420

CONTA: 000000005240-6

Nr. da Autenticação 9C4E3272D728C852

DADOS DO FATURAMENTO	TARIFA	VALOR(R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	12,27
JURCS MORATÓRIOS	-	3,11
ADICIONAL GANH. APARELHA	0,2128%	2,56
ADICIONAL GANH. VERBAIS	0,2207%	1,00
CONSUMO	5,7283%	140,51

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	147,07	27,00	39,70
PTF	147,07	0,04	0,04
CONFINS	147,07	0,36	0,42

20/11/2019		161,45	
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ 479.645.633-01	
UNIVERSIDADE DE CUIABÁ, RUA Manoel Joaquim de Almeida		Cidade	
Avenida 14 de Julho, 1400 - 1400		Cidade	
Cidade de Cuiabá - Mato Grosso do Sul		Cidade	
75,34		0,00	

Períodos: Rand. Tarif.: Anabela : 11/10 - 31/10 Vecmela :
02/11 12/11

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENDO NO MES TEM OPÇÃO
PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS. PELO 0662-4466440 OU PELA COM
A ENFE O CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE
A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCLARIS PELO
TRANSTORNO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

[illegible]

ATENDIMENTO MEDICO

ATENDIMENTO MEDICO

[illegible]

TIPO DE ATIVIDADE

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.

Impresso por: rosilene gomes de Brito em 19/09/2019 20:30:38

ALFREDO SANTANA DE SOUSA

[illegible]

PAIXÃO DE CRISTICA: BOA HORA NAIDE

APPROXIMATE PERCENTAGES:

ATMOSPHERIC MEDICINE

Associação e Comércio do Açúcar

ENTREGAÇÃO HIPOTÉTICA DO PACIENTE (MÉDICA) URA ROSA QUEIROZ

Paciente: ALBERTO SANTANA DE SOUSA

Data Solicitação: 09/09/2019 17:11:56

Data de Início: 19/09/2019 13h

Data Exatidão: 09/09/2019 17:11:56

Procedimento: 40057

Prost. Prescrita: CATEGORIA ORTODONTIA DE ALARMO (CNA 18705)

Convênio: FUN ADMINISTRAT

Data de Emissão: 20/09/2019 18h

Assinatura: [Assinatura]

CNPJ: 014.211.293-02

Prof. At: MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA

Cl. Médica: 20/05/1995 18h 21

Prescrição: 109959

Local:

CNS:

0000000

Exame:

Exat. Exat. Código Potência Qtda Total Custo de Custo

01	01	000.000	0.000	0.000	0.000
02	02	000.000	0.000	0.000	0.000
03	03	000.000	0.000	0.000	0.000
04	04	000.000	0.000	0.000	0.000
05	05	000.000	0.000	0.000	0.000
06	06	000.000	0.000	0.000	0.000
07	07	000.000	0.000	0.000	0.000
08	08	000.000	0.000	0.000	0.000
09	09	000.000	0.000	0.000	0.000
10	10	000.000	0.000	0.000	0.000
11	11	000.000	0.000	0.000	0.000
12	12	000.000	0.000	0.000	0.000
13	13	000.000	0.000	0.000	0.000
14	14	000.000	0.000	0.000	0.000
15	15	000.000	0.000	0.000	0.000
16	16	000.000	0.000	0.000	0.000
17	17	000.000	0.000	0.000	0.000
18	18	000.000	0.000	0.000	0.000
19	19	000.000	0.000	0.000	0.000
20	20	000.000	0.000	0.000	0.000
21	21	000.000	0.000	0.000	0.000
22	22	000.000	0.000	0.000	0.000
23	23	000.000	0.000	0.000	0.000
24	24	000.000	0.000	0.000	0.000
25	25	000.000	0.000	0.000	0.000
26	26	000.000	0.000	0.000	0.000
27	27	000.000	0.000	0.000	0.000
28	28	000.000	0.000	0.000	0.000
29	29	000.000	0.000	0.000	0.000
30	30	000.000	0.000	0.000	0.000
31	31	000.000	0.000	0.000	0.000
32	32	000.000	0.000	0.000	0.000
33	33	000.000	0.000	0.000	0.000
34	34	000.000	0.000	0.000	0.000
35	35	000.000	0.000	0.000	0.000
36	36	000.000	0.000	0.000	0.000
37	37	000.000	0.000	0.000	0.000
38	38	000.000	0.000	0.000	0.000
39	39	000.000	0.000	0.000	0.000
40	40	000.000	0.000	0.000	0.000
41	41	000.000	0.000	0.000	0.000
42	42	000.000	0.000	0.000	0.000
43	43	000.000	0.000	0.000	0.000
44	44	000.000	0.000	0.000	0.000
45	45	000.000	0.000	0.000	0.000
46	46	000.000	0.000	0.000	0.000
47	47	000.000	0.000	0.000	0.000
48	48	000.000	0.000	0.000	0.000
49	49	000.000	0.000	0.000	0.000
50	50	000.000	0.000	0.000	0.000
51	51	000.000	0.000	0.000	0.000
52	52	000.000	0.000	0.000	0.000
53	53	000.000	0.000	0.000	0.000
54	54	000.000	0.000	0.000	0.000
55	55	000.000	0.000	0.000	0.000
56	56	000.000	0.000	0.000	0.000
57	57	000.000	0.000	0.000	0.000
58	58	000.000	0.000	0.000	0.000
59	59	000.000	0.000	0.000	0.000
60	60	000.000	0.000	0.000	0.000
61	61	000.000	0.000	0.000	0.000
62	62	000.000	0.000	0.000	0.000
63	63	000.000	0.000	0.000	0.000
64	64	000.000	0.000	0.000	0.000
65	65	000.000	0.000	0.000	0.000
66	66	000.000	0.000	0.000	0.000
67	67	000.000	0.000	0.000	0.000
68	68	000.000	0.000	0.000	0.000
69	69	000.000	0.000	0.000	0.000
70	70	000.000	0.000	0.000	0.000
71	71	000.000	0.000	0.000	0.000
72	72	000.000	0.000	0.000	0.000
73	73	000.000	0.000	0.000	0.000
74	74	000.000	0.000	0.000	0.000
75	75	000.000	0.000	0.000	0.000
76	76	000.000	0.000	0.000	0.000
77	77	000.000	0.000	0.000	0.000
78	78	000.000	0.000	0.000	0.000
79	79	000.000	0.000	0.000	0.000
80	80	000.000	0.000	0.000	0.000
81	81	000.000	0.000	0.000	0.000
82	82	000.000	0.000	0.000	0.000
83	83	000.000	0.000	0.000	0.000
84	84	000.000	0.000	0.000	0.000
85	85	000.000	0.000	0.000	0.000
86	86	000.000	0.000	0.000	0.000
87	87	000.000	0.000	0.000	0.000
88	88	000.000	0.000	0.000	0.000
89	89	000.000	0.000	0.000	0.000
90	90	000.000	0.000	0.000	0.000
91	91	000.000	0.000	0.000	0.000
92	92	000.000	0.000	0.000	0.000
93	93	000.000	0.000	0.000	0.000
94	94	000.000	0.000	0.000	0.000
95	95	000.000	0.000	0.000	0.000
96	96	000.000	0.000	0.000	0.000
97	97	000.000	0.000	0.000	0.000
98	98	000.000	0.000	0.000	0.000
99	99	000.000	0.000	0.000	0.000
100	100	000.000	0.000	0.000	0.000

Rx de [Assinatura]

URA ROSA QUEIROZ
Confere com o Original

Data 21/11/2019

Funcionário [Assinatura]

Assinatura [Assinatura]

Rx Prescrita:

Assinatura [Assinatura] Data 21/11/2019

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÓDULO)

UPA ENSON QUEIROZ

18<50

Nome: ALFREDO SANCHEZ DE SOUSA
Data Rec: 19/09/2019 17:11:10
Data Pr Inj: 19/09/2019 18H
Data Atual: 19/09/2019 18:07:10
Prescrição: 43652
Presc. Prescritor: CLAUDIA GUERIN DE ARAUJO (CRM 18730)

Paciente: FERNANDA
Convênio: SUS AMPLIADA
Data Pr Enc: 20/09/2019 18H
Atendimento: (30/09/2019)
CPF: 014.211.393-08
CRM: 18730
Especial: MÉDICO PNEUMOLOGISTA (CRM 18730)

DT Rec: 20/09/2019 18:12:21
Prescrição: 109054

Exames	Item	Item Código	Descrição	Quantidade	Centro de Custo
	001	00000001	ANTIGRAFIA DE TUBO DE	1	
	002	00000002	ANTIGRAFIA DE TUBO DE	1	
	003	00000003	ANTIGRAFIA DE TUBO DE	1	
	004	00000004	ANTIGRAFIA DE TUBO DE	1	
	005	00000005	ANTIGRAFIA DE TUBO DE	1	
	006	00000006	ANTIGRAFIA DE TUBO DE	1	
	007	00000007	ANTIGRAFIA DE TUBO DE	1	

RX de TUBO DE

UPA ENSON QUEIROZ
Conferir Com o Original
Data: 21/11/2019
Funcionário: CLAUDIA GUERIN DE ARAUJO
Matrícula: 109054

0
Prescrição Eletrônica
Data: 21/11/2019
Funcionário: CLAUDIA GUERIN DE ARAUJO
Matrícula: 109054

Dr. Alfredo Sanchez de Sousa
CRM 18730

Ass. Prescritor: CLAUDIA GUERIN DE ARAUJO (CRM 18730)
Prescrição de Prescrição: 109054

PACIENTE: ALFREDO SAMIANA DE SOUSA

PRONTUÁRIO: 49952

IDADE: 33a 11m

Nº AUMENTO: 119049

19/09/19 17:57

MÉDICO: CLAUDIA CRISTINA DE ARAUJO CRM:18/47-CE

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO 17430

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO DE MOTO-CARRO (REFERE QUE ESTAVA DE CAPACETE E NÃO APRESENTOU TRAUMA NA CABEÇA OU SÍNCOPE), REFERE TER SIDO LANÇADO APROXIMADAMENTE 15 A 20M DE DISTÂNCIA CAÍDO NO CIELO - PASSANDO POR CIMA DO CAPO DO CARRO. PACIENTE DECIDIU NÃO ESPERAR PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E PROCUROU AM POR CONTA PRÓPRIA NESTA UNIDADE. FOI LEVADO DE CADEIRA DE RODAS PARA A SALA DE SUTURA PARA AVALIAÇÃO. REFERE APENAS DOR INTENSA EM ME COM PRESENÇA DE LESÃO CORTANTE EM REGIÃO PLANTAR DE ME.

NEGA DOR ABDOMINAL, CEFALIA, NAUSEAS, EMSE, DOR TORÁCICA, DISPNEIA OU QUALQUER OUTROS SINTOMAS.

EXAME FÍSICO.....

ECG AAA HÍDRATADA/O SUPLENICA/O ECG IS CONSCIENTE E ORIENTADO

AC: RCR 21 BNC S/S

AP: MM+ S/ AA

RHA + ARDOME FLACIDO EDULOR TRADRE LIVRE

MURPHY NEGATIVO, BLOOMBERG NEGATIVO

EXTREMIDADES PROFUNDAS TEC < 3 CM

CIDIC: V200

CONDUZA: PRESCREVO ANALGESIA

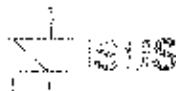
*lesão punthorax
20x região plantar
20x S. superficial*



UPD: EDSON QUEIROZ
Confere Com o Original
Data: 21/11/2016
Funcionário: *Cristina de Araujo*
Matrícula: 020502

100

—4—



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. Nº do Estabelecimento de Saúde

711000

REGISTRO DO PACIENTE

2. Nº do Registro do Paciente

Identificação do Paciente

3. Nome do Paciente

Francisco Santana de Souza

4. Data de Nascimento

10/2/50 19/10/32 4232 22-9-1985

5. Sexo

1 - Masculino 2 - Feminino

6. Nome do Pai

7. Nome da Mãe

SINTESE DA INTERNAÇÃO

8. Motivo da Internação

9. Descrição da Internação

10. Data da Internação

11. Local da Internação

12. Principais Motivos de Recusa (caso não for internado)

13. Assinatura do Médico

14. Assinatura do Enfermeiro

15. Assinatura do Psicólogo

16. Assinatura do Assistente Social

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17. Tipo de Solicitação

18. Motivo da Solicitação

19. Data da Solicitação

20. Assinatura do Solicitante

EXEMPLOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

21. Tipo de Caso

22. Data do Caso

23. Assinatura do Responsável

AUTORIZAÇÃO

24. Assinatura do Médico

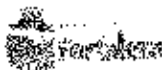
25. Assinatura do Enfermeiro

26. Assinatura do Psicólogo

27. Assinatura do Assistente Social

Assinatura
do Médico

GRUPO HOSPITALAR SAMUEL A. M. R.



56, 247-251 (1997). doi: 10.1006/jneuro.1997.0391

EDITED

10.61 [XVI] $\text{p}K_{\text{a}} = 4.75$

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278: 1039-1044.

$$|x\rangle \otimes |y\rangle = \frac{1}{\sqrt{2}}(|F_0\rangle + |F_1\rangle) \otimes \frac{1}{\sqrt{2}}(|G_0\rangle + |G_1\rangle)$$
$$P_{\text{max}} = \frac{P_{\text{max}}}{P_{\text{max}}} = \frac{P_{\text{max}}}{P_{\text{max}}} = 1$$

15X154 048-30755

$$T_{\text{eff}} = \frac{1}{\frac{1}{T_1} + \frac{1}{T_2} + \frac{1}{T_3} + \frac{1}{T_4} + \frac{1}{T_5} + \frac{1}{T_6} + \frac{1}{T_7} + \frac{1}{T_8} + \frac{1}{T_9} + \frac{1}{T_{10}}}$$

© 1997 Blackwell Science Ltd

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 325–331

DOI: 10.1002/for

doi:10.1017/S0022292417000523

1. 3. 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. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO, TÁTICA E TÉCNICAS DE MANEJO - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS MECÂNICOS

$\frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx = \frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx$

.....

[illegible]

I have been thinking about you a lot lately, and I hope you are doing well.

[illegible][illegible]

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the situation, gathering information, and defining the problem clearly.

* χ^2 -test; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$. The values are expressed as mean $\pm$ SD. The number of subjects was 10.

.....

.....

Figure 1. The relationship between the number of species and the number of individuals in the samples. The number of species is plotted against the number of individuals in the samples. The data points are shown as open circles. The solid line represents the expected relationship for a community with a high degree of species evenness. The dashed line represents the expected relationship for a community with a low degree of species evenness. The dotted line represents the expected relationship for a community with a very low degree of species evenness.

Figure 1. The effect of the initial concentration of the monomer on the polymerization of *l*-lysine. The polymerization was carried out at 30°C for 24 h in the presence of 0.05 M NaOH and 0.05 M NaCl. The initial concentration of the monomer was 0.05 M. The initial concentration of the monomer was 0.05 M. The initial concentration of the monomer was 0.05 M.

.....

.....

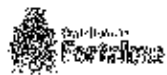
1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$ (probability of getting two heads) $\frac{1}{4} \times 2 = \frac{1}{2}$ (probability of getting one head and one tail)

Griffiths, D. E. R. 2004. *Griffiths, D. E. R. 2004. Opus. 002*

Quinn
50-10-10



HOSPITAL DE BASE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE BASE DE SÃO PAULO



REGISTRO EMERGENCIA
5/11/77

MATRICULA Nº 1014

PACIENTE: Alfredo Antônio de Jesus, 35

DATA OPERAÇÃO: 07.10.77 ENFERMEIRA: [assinatura] LEITO: [assinatura]

1ª AUXILIAR: [assinatura] 2ª AUXILIAR: [assinatura] INSTRUMENTALIZADOR: [assinatura]

ANESTESISTA: [assinatura] TIPO DE ANESTESIA: [assinatura]

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: Trat do metotano de p. e

INDIC. OPERAÇÃO: retroperitoneal + linfadenectomia

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: [assinatura]

LAUDO IMEDIATO PATOLOGISTA: [assinatura]

EXAME RADIOLOGICO: [assinatura]

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: [assinatura]

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: TÁCTICO E TÉCNICAS DE CURETAGEM. EQUIPAMENTO: MATERIAL EMPREGADO: ASPECTOS VISUAIS

1. Incisão em "J" na região abdominal inferior.

2. Incisão de 10 cm na região abdominal inferior.

3. Retirada do conteúdo do peritônio e do conteúdo do retroperitônio.

4. Retirada do conteúdo do retroperitônio e do conteúdo do retroperitônio.

5. Retirada do conteúdo do retroperitônio e do conteúdo do retroperitônio.

6. Retirada do conteúdo do retroperitônio e do conteúdo do retroperitônio.

7. Retirada do conteúdo do retroperitônio e do conteúdo do retroperitônio.

8. Retirada do conteúdo do retroperitônio e do conteúdo do retroperitônio.

9. Retirada do conteúdo do retroperitônio e do conteúdo do retroperitônio.

10. Retirada do conteúdo do retroperitônio e do conteúdo do retroperitônio.

Wendel de Menezes Mendes
Ortopedista, 2003, 2004
CRM: 120531 / OUT 1982

[assinatura]
20.10.77



SISTEMA DE REGISTRO E CONTROLE
HOSPITAL DISTRIAL COMARCA DOS CABANOS



Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

NOME

Alfredo Fátima de Sousa

ENDEREÇO

IDADE

ENFERMIDADE

20/09/19

26/09/19

11/10/19

11/10/19

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

OK

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO

Ex múltiplos enteros de 1º

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Operado 29/09/19

TERAPÊUTICA APÓS ALTA

Não para!

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CLAPADO

☒

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

ÓSTOS

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

26/09/19

CARIMBO E ASSINATURA

Gratidão HD 5471

10/10/19



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
FROTINHA DE MESSEJANA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins junto a RENATA CONDOMÍNIO PARQUE, que o paciente ALFREDO SANTANA DE SOUSA deu entrada nesta unidade hospitalar no dia: 19/09/2019 às 20hr 19min, para tratar de sua saúde, como consta em nosso sistema, permanecendo internado até a presente data.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL: 371917

PRONTUÁRIO: 5161193

ENFERMARIA: 08

LEITO : 68

2019.

Atenciosamente,

Fortaleza, 27 de Setembro de

04.905.187.00012-08
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. José de Alencar, 1372
Messegem - CEP: 50.664-000
Fortaleza - Ceará

[Assinatura]



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida Comendador Juracy Costa, 1671 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Manaus/AM - 69 - 3106.1586

ATESTADO MÉDICO

S.E. Nº. _____

Atestamos para os devidos fins que, Alfredo Santana
de SOUZA

foi atendido neste Hospital na data de, ____/____/____, às ____:____
e o(a) mesmo(a);

1. Necessita de 60 (X) dia(s) de suas Atividades Profissionais,
a partir desta data por motivos de doença cid nº S92.5;

2. Necessita de ____ () dia(s) de suas Atividades Escolares a
partir desta data por motivos de doença cid nº _____;

3. Encontra-se () APTO, () INAPTO a prática do componente
curricular de Educação Física no período de, ____/____/____ à
____/____/____.

4. Paciente foi atendido neste hospital às ____:____, podendo retornar
ao trabalho.

5. Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade.

6. Paciente concorda com a posição do diagnóstico: _____

Obs.: _____

Uso Exclusivo do HUCSA - Managem

Dr. Augusto Tadeu
Ortopedia
CRM-AM 9460

Gratuito - HUCSA

11/10/19

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

AUGUSTO TADEU BARROS DE SOUSA
CRM/CE 9460
AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO, 1578
MESSEJANA
FORTALEZA/CEARA
3105-15-60

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

DR. AUGUSTO TADEU BARROS DE SOUSA
ORTOPEDISTA
CRM/CE 9460
CARIMBO DO MÉDICO

PACIENTE: ALFREDO SANTANA DE SOUSA

ENDEREÇO: AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO, 1578 - MESSEJANA

CEFADROXILA 500MG 14 COMPRIMIDOS
1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

ALGO: 150MG 1 CAIXA
1 COMPRIMIDO AO DIA POR 7 DIAS.

CLISADOR DIP 2 CAIXAS
1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS.

TRAUM RETARD 7 CAIXAS
1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS. SE SENTIR DOR FORTE.

NÃO PISAR!

DATA: 28 DE SETEMBRO DE 2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME COMPLETO:

IDENTIDADE:
ÓRGÃO EMISSOR:

RNC:
CIDADE: UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: / /

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058552 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALFREDO SANTANA DE SOUSA **Data do acidente:** 19/09/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 pés | 50 % | Em grau residual - 10 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058552 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALFREDO SANTANA DE SOUSA **Data do acidente:** 19/09/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 pés | 50 % | Em grau residual - 10 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |