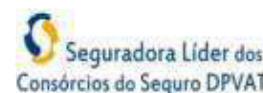


RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442632/19

Número do Sinistro: 3190688936

Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

CPF: 477.623.903-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2018

Titular do CPF: FARIS VICENTE DA SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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: 17/12/2019
Nome: FARIS VICENTE DA SILVA
CPF: 477.623.903-59

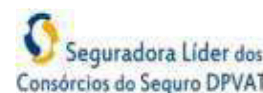
FARIS VICENTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442632/19

Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

CPF: 477.623.903-59

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 05/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FARIS VICENTE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FARIS VICENTE DA SILVA : 477.623.903-59

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: 10/12/2019
Nome: FARIS VICENTE DA SILVA
CPF: 477.623.903-59

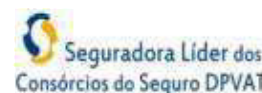
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

FARIS VICENTE DA SILVA

ALANA DA SILVA DE MATOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442632/19

Número do Sinistro: 3190688936

Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

Data do acidente: 05/08/2018

CPF: 477.623.903-59

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FARIS VICENTE DA SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

FARIS VICENTE DA SILVA : 477.623.903-59

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: 14/01/2020

Nome: FARIS VICENTE DA SILVA

CPF: 477.623.903-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020

Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

CPF: 041.838.663-32

FARIS VICENTE DA SILVA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688936 Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FARIS VICENTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688936

Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FARIS VICENTE DA SILVA

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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688936

Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FARIS VICENTE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688936 Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FARIS VICENTE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688936

Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FARIS VICENTE DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **FARIS VICENTE DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000003474-6**

Conta: **000010022707-4**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 477.623.903-59 4 - Nome completo da vítima: FARISS VICENTE DA SILVA

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

5 - Nome completo: FARISS VICENTE DA SILVA 6 - CPF: 477.623.903-59
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Jose Leonidas 9 - Número: 845 10 - Complemento: Casa 08
11 - Bairro: Cidade dos Funcionários 12 - Cidade: Fontaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60110-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85) 9.8870-1298

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3474 6 CONTA: 22703 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA/CE 09 de dezembro 2019

X FARISS VICENTE DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018124019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4288 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/10/2018 13:40:37**
Data / Hora da Ocorrência: **05/08/2018 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CASTELO DE CASTRO**
Complemento:
Bairro: **JANGURUSSU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PONTE DO JANGURUSSU**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FARIS VICENTE DA SILVA**
Nascimento: **08/11/1970** CPF: **477.623.903-59**
RG: **95002581805** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE**
MANOEL VICENTE FILHO
Endereço: **RUA JOSE LEONIDAS , 845 CS 8**
Bairro: **CIDADE DOS FUNCIONARIOS**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.823-020**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99765-1476**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCE2903** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110BR763310 Renavam: **331883562** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **MARIA ROSENIR DE FREITAS NUNES** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava a motocicleta de placa OCE2903 (acima descrita) quando foi colidido por um carro de placas não anotadas, que avançou a preferencial; QUE, com a colisão, o declarante caiu ao solo e lesionou-se, tendo conseguido chegar a sua residência e, no dia 07/08/2018, recebeu atendimento médico no Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse. FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****FARIS VICENTE DA SILVA****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FARIS VICENTE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03474-6

CONTA: 000010022707-4

Nr. da Autenticação 106CA407D57C53CE

Prefeitura de
FortalezaPREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

17 SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FARIS VICENTE DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 348627	Nº DO BE 231767
CADUS	NASCIMENTO 08/11/1970(47 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO
NOME MÃE MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE		NOME RESPONSÁVEL NI	
ENDEREÇO RUA JOSÉ LEÔNCIO 845C 8 CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO		CEP 60.823-020	

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDEREÇO DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA REFERE DOR, EDEMA E FLICTENAS EM MIE, FEZ USO CIPROFLOXACINO, E ESTÁ FAZENDO USO DE TRIAXIN	MOTIVO EDEMA
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL 140/80	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA			
CLASSE VE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 12/08/2018 16:01:30		

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
CLÍNICA MÉDICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Exame físico realizado em URG
pt. de trauma acidente com
trauma em membros inferiores

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SÁIDA

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO em 12/08/2018 às 16:01:34

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Maria Rosângela de A. Mendes
FARIS VICENTE DA SILVAHOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINALJoseilson Silva Dias
Clínica Médica
CREMEC 8291

Emanuel Monteiro

M: 753



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE FARIS VICENTE DA SILVA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 08/11/1970(47 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 348627	Nº DO BE 230802
NOME MÃE MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO M	RACÃO COR PARDO
ENDEREÇO RUA JOSÉ LEÔNIO 845C 8 CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CEP 60.823-020			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA REFERE TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO EDVANIA NOBRE DE QUEIROZ		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 07/08/2018 13:57:25
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		ÁREA ATENDIMENTO	
ATENDIMENTO MÉDICO			
DIAGNÓSTICO <i>Coluna L4 - Perna</i>			
SADT SOLICITADO: <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRÂNIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS		COD. PROCEDIMENTO CID	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>1. Profund / Clav / + 100ml de Sgus - 10/80 to, 28 g / dia</i>			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
<input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por EDVANIA NOBRE DE QUEIROZ em 07/08/2018 às 13:57:28

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

HOSPITAL DISTRITAL Mª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ARQUIVO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

FARIS VICENTE DA SILVA

Emanuela Monteiro

Mat. 763



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

24

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE FARIS VICENTE DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 348627	Nº DO BE 231415
CADUS		NASCIMENTO 08/11/1970(47 ANOS)	SEXO M
NOME MAE MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE		NOME RESPONSÁVEL NI	RACIA COR PARDO
ENDEREÇO RUA JOSÉ LEÔNIO 845C 8 CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO		CEP 60.823-020	
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA APRESENTANDO EDEMA, HIPEREMIA, CALOR EM PERNA DIREITA		MOTIVO EDEMA	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL 140/80	SAT O ₂ NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA		GLICEMIA NI
CLASSIFICAÇÃO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 10/08/2018 14:12:11
ÁREA ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Paciente apresenta edema de membros inferiores há 05 dias, refere dor leve no local, não há febre, náusea, vômito e diarréia. Foi tratado com diuréticos, sem melhora. Realizou exames de sangue que evidenciaram leucocitose. Prescrita ciprofloxacina. Vinha evoluindo com dor, edema e calor intenso local, dor, <u>sem dor</u> .			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	CD
BAST. SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO () ATA 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO 10/08/2018 (15:30)		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA Dra. Gabriela Viana Médica CREMEC 19411	

Impresso por ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO em 10/08/2018 às 14:12:16

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Marcia Rosmary de F. Neves
FARIS VICENTE DA SILVA

Exame: Presença de infiltração, dor
calculi em perna direita com ulcera parietal em
membro inferior

Ex: biot no rxio-x para (ostiomielite?) + exames Lab.

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Faris Vicente da Silva, foi atendido, sob o registro nº 348627, com diagnóstico de celulite em perna direita. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

No dia 10.08.18 paciente retornou a essa unidade hospitalar com o diagnóstico de celulite em perna direita com ulceração purulenta em maleolar medial. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

No dia 12.08.18 paciente retornou a essa unidade hospitalar com o diagnóstico de trauma em perna direita. Paciente ficou internado nessa unidade hospitalar no período de 12.08.18 a 16.09.18. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

Dr. João Francisco B. L. C. Marano
Médico - HDMJBO
CRM 3631
Fortaleza 20 de Setembro de
Atenciosamente,

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

Chinico

SINAIS VITAIS				
HORÁRIO:				
P.A.:				
TEMP.°:				
P./MIN.:				
M.V./MIN.:				

NOME: FARIAS VICENTE DA SILVA

IDADE: 47a

ENF..

LEITO:

N.º PRONTUARIO:

Prograsubito

RESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA:

DATA 12. ago. 2018

CLINIC

-NOME: FARIS VICENTE DA SILVA

47 ANOS

ADMISSÃO: 12/08/18

PRONT: 348627

LEITO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

RUBRICA

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	RUBRICA
01	DIETA GERAL QUE TOLERAR	SN	HORÁRIO 24 C.O.	
02	SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/MIN	(500) (500)	PA 130/70	
03	OXACILINA 02G, EV, 04/04H (D01)	20.24.04.08.12	TEMP. 36.4	
04	CLINDAMICINA 600 MG EV 8/8H (D01)	20.24.04.12	PULSO/min	
05	PROFENID 100MG + 100ML SF0,9%, EV, 12/12H	22.18.	MV/min	
06	DIPIRONA, EV, (02:18)AD, até 06/06h, se dor / T > 37,8°C	SN	GLICEMIA 113	
07	BROMOPRIDA, EV, (02:18)AD, 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	SN		
08	RANITIDINA, EV, (02:18)AD, DE 08/08h,	20.24.12		
09	GLICEMIA CAPILAR 3X/DIA	22.06.11		
10	GLICOSE, 50%, EV, 05/1L EM BOLUS, se Dx < 70mg/dL	SN		
11	INSULINA REGULAR, SC, CONFORME DX*: 221-260:04UI / 261-300:06UI / 301-350:08UI / 351-400:10UI / >401:12UI	*1/2 da dose após 18h SN		
12	MID ELEVADO	PC		
13	CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS	Refm		
14	AVALIAÇÃO CIRURGIÃO GERAL	Refm		
15		DR CIRURGIÃO		
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Josebson Silva Dias
Clínica Médica
CREMEC 8229

ANEXO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emmanuel Monteiro
Mec 7635

Nome: Faro Vicente da Silva

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			/ /	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
13/09/18	<p>Faro Vicente 47 anos, IH por:</p> <p>- Encefalopatia isquêmica.</p> <p>Paciente segue estável, realizada avaliação com</p> <p>exames vasculares e VSB. Sem agravado de drenagem de</p> <p>colesterol.</p> <p># Conduta:</p> <p>Presença medicamentosa.</p> <p>Dr. Adriano Bezerra Médico CREMEC nº 15.184</p>
	<p>Faro Vicente 47 anos, encefalopatia isquêmica VSB</p> <p>Estável, sem alterações.</p> <p>Medicamentos controlados.</p> <p>Dr. Ricardo Aguiar Médico CREMEC nº 15.151</p>
13/09/18	<p>Encefalopatia isquêmica</p> <p>Exame de Abcisco profundo em</p> <p>medida médica</p> <p>Dr. Ricardo Aguiar Médico CREMEC nº 15.151</p>
15/09/18	<p>Exame de Abcisco profundo em</p> <p>medida médica</p> <p>Dr. Ricardo Aguiar Médico CREMEC nº 15.151</p>

Atenciosamente

Dr. Benjamin Ramos
ORTOLOGIA

Nome:

Jairo Monte

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

= FISIOTERAPIA =

Paciente 7 anos MD. Crispião Barbosa em MD
evoluiu consciente orientado, verbalizando
respostas em ambiente, realizou fisioterapia
depois motora

Emanuele Silva dos Santos
Fisioterapeuta
CREITA 224881-F

03

Colado em MD

(P.F.) neuromuscular
Jairo

03

DC + edema

16

Cl. de VASCULE

4723

10/09/18

Aguarda para vascular

HDSAN-SMS/PMF

Parece Cr. Vascular

Vide documento anexado

Ricardo Aguiar
MÉDICO
CRM: 5352

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATÉ O QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

Dr. Roberto Escócio
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM 3452

10
09
18

10.496h

Nome:

Farias Vicente da Silva

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

/ /

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

25/08/18

EVOLUÇÃO

Farias Vicente da Silva, 47 anos, IH por:

- Encefalopatia hipertensiva em HD

Em uso de: Mexonem + Vaneomicina

Paciente segue estabilizado hemodinamicamente.

Ofebuil no período. Quita dieta e medicações.

Conduta:

Prescrição medicamentosa.

Aguardar Ex. Vascular e Doppler de HD.

Dr. Ricardo Aguiar
Médico
CRM: 15.180
CREMEC 15.180
COM ORIGINAL

26/08/18

Farias Vicente, 47 anos, IH por:

- Encefalopatia hipertensiva em HD

Em uso de: Mexonem e Vaneomicina

Paciente evolui estabilizado hemodinamicamente,

Ofebuil no período. Quita dieta e medicações. Diurese (+)

Conduta:

Prescrição medicamentosa:

Laboratório de Controle.

Aguardar Ex. Vascular e Doppler de HD.

Emanuelle Monteiro

Méd. 103

Dr. Ricardo Aguiar
Médico
CRM: 15.180
CREMEC 15.180

27/08/18

Farias Vicente da Silva, 47 anos, IH por:

28/08/18

de controle

Ofebuil no período.

OBS. Voltar a seguir do

internar em HD

O. Aguiar e Silva (USC Doppler + Vascular)

Dr. Ricardo Aguiar
Médico
CRM: 15.180
CREMEC 15.180

Dr. Ricardo Aguiar
Médico
CRM: 15.180
CREMEC 15.180

Nome: Felipe Vicente da Silva

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			/ /	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
	<p>19/08/11</p> <p># 1111 1111</p> <p>* 1111</p> <p>sujeito em, e debaixo que não,</p> <p>há necessidade de terapia ⇒ discarico</p> <p>paciente ATB</p>
	<p>HOSPITAL DISTRICTAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA</p> <p>ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Emanuelle Monteiro</p> <p>Mat: 763</p>
12/08	<p>Exame de urina e cultura</p>
13/08	<p>1111 VANCE</p> <p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
14/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
15/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
16/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
17/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
18/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
19/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
20/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
21/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
22/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
23/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
24/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
25/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
26/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
27/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
28/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
29/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
30/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
31/08	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
01/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
02/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
03/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
04/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
05/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
06/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
07/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
08/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
09/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
10/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
11/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
12/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
13/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
14/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
15/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
16/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
17/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
18/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
19/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
20/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
21/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
22/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
23/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
24/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
25/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
26/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
27/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
28/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
29/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
30/09	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
01/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
02/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
03/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
04/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
05/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
06/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
07/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
08/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
09/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
10/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
11/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
12/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
13/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
14/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
15/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
16/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
17/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
18/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
19/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
20/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
21/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
22/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
23/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
24/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
25/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
26/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
27/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
28/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
29/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
30/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
31/10	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
01/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
02/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
03/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
04/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
05/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
06/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
07/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
08/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
09/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
10/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
11/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
12/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
13/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
14/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
15/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
16/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
17/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
18/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
19/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
20/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
21/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
22/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
23/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
24/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
25/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
26/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
27/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
28/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
29/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
30/11	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
01/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
02/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
03/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
04/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
05/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
06/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
07/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
08/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
09/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
10/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
11/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
12/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
13/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
14/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
15/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
16/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
17/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
18/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
19/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
20/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
21/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
22/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
23/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
24/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
25/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
26/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
27/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
28/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
29/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
30/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>
31/12	<p>1111111111</p> <p>1111111111</p>

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Trabalho de 1.º semestre de 2014

Prontuário

Enferm.

Lalto

Data Interação

Diagnóstico

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

[illegible]



HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA



Prefeitura de
Fortaleza

AMBULATÓRIO CIRURGIA VASCULAR

HDEAM - SMS / PMF

Contra-Referência para Unidade de Origem

DIAGNÓSTICO

FARIS VICENTE SILVA, F, 47a

Dr. Roberto Escórcio
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM: 6490

Paciente sem comorbidades, com histórico de internamento nesse nosocômio devido a quadro erisipelóide no MI-D, após acidente com motocicleta, há cerca de 01 mês. Refere prurido e sensação de hiperestesia local - maleolar. Nega febre.

Exame físico: EGB, eupnéico, consciente # abd: inocente ; extremidades: profundas # MI/perna : D - edema com hiperemia, sem lesões cruentas e/ ou áreas desvitalizadas, porém com desconforto a palpção maleolar. 1

HD: Quadro pós- Erisipelóide MI D

No momento não há sinais de isquemia ou doença circulatória em atividade, não havendo portanto indicação de acompanhamento da especialidade.

CD: Sugiro avaliação com USG modo B pra descartar coleção abscesso 1

HDEAM - SMS/PMF
Fortaleza - CE

Dr Roberto Escórcio
Cirurgião Vascular - CRM: 6490

Dr. Roberto Escórcio
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM: 6490

10/09/10



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: FARIS VICENTE DA SILVA		ID Paciente: 5580178
Data de Nascimento:	Idade: null	Sexo: M
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 11/09/2018
LAUDO		

US DE PARTES MOLES

US DA REGIÃO DISTAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor convexo de 12 MHz

Exame direcionado para pesquisa de coleções em partes moles, observando-se:

Extenso edema/resposta inflamatória da pele e tecido celular subcutâneo abaixo do joelho, mais acentuado em tornozelo

Associa-se coleção espessa nas partes moles da região perimaleolar medial, com volume estimado em cerca de 10ml


Cid Freitas Cavalcante
CRM CE 9293



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

24315

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FARIS VICENTE DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/11/1970

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

348627

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOSÉ LEÔNCIO, 845 C-8 - CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

C E

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE, 47 ANOS, APRESENTANDO QUADRO DE EDEMA, ERITEMA, CALOR E BOLHAS EM MID, APÓS TRAUMATISMO EM PERNA DIREITA HÁ 01 SEMANA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação;

Necessidade de complementação da investigação etiológica.

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

Anamnese + exame físico;

Exames laboratoriais + radiológicos.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

ERISPELA

24 - CID 10 PRINCIPAL

A 46

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CLÍNICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

Geral Feminina

() CNS (X) CPF

5 5 5 4 5 8 6 6 3 - 5 3

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSEBSON SILVA DIAS

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

231810283 6564

Nome: FARIS VICENTE DA SILVA – 48 ANOS.

Médico solicitante: DR. RENATO M. CALLADO Data: 10/01/2019

US DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

INDICAÇÃO: pesquisa de Insuficiência Venosa Crônica

TÉCNICA: Adequada.

Estudo realizado com aparelho SAMSUNG 3D, de alta resolução, com transdutor linear de alta frequência, utilizando técnica em Modo B, doppler colorido, pulsado e contínuo.

MEMBRO INFERIOR DIREITO:

Sistema Venoso Profundo:

Fluxo espontâneo e fásico conforme a variação respiratória, com aumento após manobras de compressão distal nas veias femorais, poplíteas, tibiais e fibulares. Ausência de refluxo venoso significativo. Não há sinais de trombose.

As veias do plexo muscular (Soleares e Gastrocnêmias) encontram-se compressíveis e sem trombose.

Sistema Venoso Superficial:

Veia Safena Magna com paredes espessadas abaixo do joelho apresenta fluxo espontâneo e fásico conforme a variação respiratória e com aumento após as manobras de compressão distal. Sinais de competência na junção safeno-femoral e em praticamente todo trajeto da veia safena magna, exceto em terço distal de perna onde apresenta refluxo.

Diâmetros da safena magna:

- junção safeno-femoral: 6,5 mm
- terço prox. da coxa: 3,9 mm
- terço distal da coxa: 2,8 mm
- terço prox. da perna: 2,2 mm
- terço distal da perna: 2,5 mm

Veia Safena Parva apresenta fluxo espontâneo e fásico conforme a variação respiratória e com aumento após as manobras de compressão distal. Sinais de competência na junção safeno-poplíteia e em todo trajeto da veia safena parva.

Diâmetros da safena parva:

- terço prox. da perna: 1,8 mm
- terço distal da perna: 1,7 mm

Varizes em perna.

Veias Perfurantes:

Não visibilizado veias perfurantes incompetentes.

Opinião:

**Insuficiência segmentar de veia safena interna com sinais de flebite antiga.
Varizes em membro.**


Dr. Renato Callado
CRM 9454

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190688936

Nome do(a) Examinado(a): FARIS VICENTE DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R JOSE LEONIDAS, 845, , 60.823-020, CIDADE DOS FUNCIONARIOS, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 95002581805

Data e local do acidente: 05/08/2018 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 23/01/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Ferimento corto contuso na face medial do terço inferior da perna direita.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento conservador de limpeza e curativo, evoluiu com celulite e ulceração, sendo submetido a limpeza e tratamento medicamentoso com antibioticoterapia. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 35°, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, devido à redução da mobilidade e força.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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"

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Direito - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Lesão evoluiu com celulite e ulceração causando retração cicatricial que acarreta na limitação do movimentos do tornozelo direito e edema.


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688936 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto contuso na face medial do terço inferior da perna direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 35°, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou ferimento corto contuso na face medial do terço inferior da perna direita, conforme documentos de pronto atendimento de 05/08/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador de limpeza e curativo, evoluiu com celulite e ulceração, sendo submetido a limpeza e tratamento medicamentoso com antibioticoterapia. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688936

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

Data do acidente: 05/08/2018

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto contuso na face medial do terço inferior da perna direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 35°, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou ferimento corto contuso na face medial do terço inferior da perna direita, conforme documentos de pronto atendimento de 05/08/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador de limpeza e curativo, evoluiu com celulite e ulceração, sendo submetido a limpeza e tratamento medicamentoso com antibioticoterapia. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688936

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA

Data do acidente: 05/08/2018

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto contuso na face medial do terço inferior da perna direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 35°, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou ferimento corto contuso na face medial do terço inferior da perna direita, conforme documentos de pronto atendimento de 05/08/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador de limpeza e curativo, evoluiu com celulite e ulceração, sendo submetido a limpeza e tratamento medicamentoso com antibioticoterapia. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do tornozelo direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688936 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA PERNA DIREITA EVOLUINDO COM CELULITE. P15

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688936 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FARIS VICENTE DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA PERNA DIREITA EVOLUINDO COM CELULITE. P15

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00