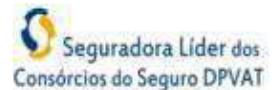


RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



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

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FARIS VICENTE DA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2018

Titular do CPF: FARIS VICENTE DA SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

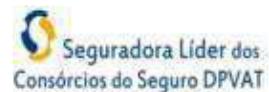
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 médica-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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 POUPANCA

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, retorno 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:

FARIS 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:

FARIS VICENTE DA SILVA

6 - CPF:
477.623.903-59

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua José Leonidas

9 - Número:
845 10 - Complemento:
Casa 08

11 - Bairro:

Cidade dos Funcionários

12 - Cidade:

Fonseca

13 - Estado:
CE

14 - CEP:
60110000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
(65) 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3474

6

CONTA:

22703

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

3474

(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

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

X FARIS VICENTE DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Impresso nº 2018124019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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:


JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

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 MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
FARIS VICENTE DA SILVA

CADUS

Nº DO PRONTUÁRIO

348627

Nº DO BE

230802NOME MAE
MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE

ENDERECO

RUA JOSÉ LEÔNICO 845C 8 CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS

CONTATO

SEXO

M

RACISMO

PARDO

UF

CECEP
60.823-020

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

QUEIXA

REFERE TRAUMA EM TORNозELO DIREITO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

BINTOMAS

NIMOTIVO
ACIDENTE DE MOTOESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

CLASSIFICAÇÃO

VERDE

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIA

NEGA

SINAIS VITIAIS

SAU O2**NI%**

PULSO

NI

GLICEMIA

NIRESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
EDVANIA NOBRE DE QUEIROZDATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
07/08/2018 13:57:25ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ÁREA ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO:

 HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIOS-X

COD. PROCEDIMENTO

CID

 OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*Colchonete**01 litro fluido Cloropen + 100ml de Sigeris / - 10g*

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA

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

Faris Vicente da Silva

FARIS VICENTE DA SILVA

ACASO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

C
Emanuelle Mota

Mat. 763

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.

Francisco B. L. F. Mariano
Médico HDM^a JBO
3631
Fortaleza 20 de Setembro de
Atenciosamente,

RESCRIÇÃO MÉDICA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
ENFERMARIA:
DATA 12. ago. 2018
C L I N I C O

-NOME: FARIS VICENTE DA SILVA		47 ANOS	ADMISSÃO: 12/08/18	PRONT: 348627	LEITO:	RUBRICA
ITEM	PREScriÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	HORÁRIO	SINAIS VITAIS		
01	DIETA GERAL QUE TOLERAR	5 ND	24 C0.			
02	SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/MIN	(500) (500)	130/70			
03	OXACILINA 02G, EV, 04/04H (D01)	20.24.04.08.12.	PA			
04	CLINDAMICINA 600 MG EV 8/8H (D01)	020.20.04.08.12.	TEMP.			
05	PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 12/12H	020.1A.	PULSO/min			
06	DIPIRONA, EV, (02:18)AD, até 06/06h, se dor / T > 37,8°C	5N	M.V/mm	80K	CSL:	00
07	BROMOPRIDA, EV, (02:18)AD, 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	5N	GLICEMIA	123	J12	
08	RANITIDINA, EV, (02:18)AD, DE 08/08h,	20.04.12.				
09	GLICEMIA CAPILAR 3X/DIA	22.06.11.				
10	GLICOSE, 50%, EV, 05fíc. EM BOLUS, se Dx < 70mg/dl	5N				
11	INSULINA REGULAR, SC, CONFORME Dx*: 221-260-04U / 261-300-06U / 301-350-08U / 351-400-10U / >401-12U	*1/2 da dose após 18h	5N			
12	MID ELEVADO					
13	CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS					
14	AVALIAÇÃO CIRURGIÃO GERAL					
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

Farinha Sina Dias
Gesbion Sina Dias
Clínica Médica
Cremerio 425
Hospital Distrital Frotinha
Barroso Detinção
MESQUITA COPA CONVERGENCE COM ORIGINAL
Emmanuel Monteiro
MFC-7633

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Nome: Fábio Vicente da Silveira

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	Fábio Vicente 47 anos, IIH por: - Enxoval hialino: Taixita segue estável, realizada a articulação com limpo e vascular e VSR. Foi aquecido de drenagem de coágulos pulmonares. # Endóta: Resolução medicamentosa.
	Dr. Ricardo Aguiar MABONCE 15.184
	Fábio Vicente 47 anos, resolução hialina VSR Estável, sem alterações. Mucosidade exsudativa.
	Saída para hospital. ENFERMAG 2191057
13/09/18	Cirurgia Endotaxa de Alex César Guedes da Molécula millet
	Manoel Aguiar
	15/09/18
	Jônatas 10/03/1999 - Pediatria
	agd 11/18 - delirio?
	Alte com dia
	Dr. Ricardo Aguiar MABONCE 15.184

~~Ricardo Aguirre~~

Dr. Benjamin Ramos
ENT, OTOLOGIA

Name: _____

Favis nitens

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
18/09/18	Orientado a 74 anos M/F. Pneumopneumonite em MS. Localiza consciente, Orientado, verbalizado e responde em seu ambiente. Realiza gestos de higiene motora.
	Eduardo Sampaio Fisioterapeuta CRF-ES 224881-F
01	
02	Geladeira em MS
03	SC + abd
04	(P.H.) Neuropatia Tarsal
05	Ex. do VASCUL.
06	10/10/18
07	Agravo na parete torácica
08	HOGAN-SNS/PMA
09	Parece cr. Vascul.
10	Não deve agudo ontem
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	

DATA	EVOLUÇÃO
06/09/18	<p>Fáris Vicente, 47 anos, IH por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erysipela bolhosa <p># Uso de: Meropenem + Vancomicina</p> <p># Paciente evolui estabilizado. Refere resse purulenta em MI. Asfalto no período.</p> <p># Conduta:</p> <p>Pus unico multiplicante</p> <p>Isolamento de coorte</p> <p>Aguarda USG doppler e Angiograma. Vascular</p> <p style="text-align: right;"><i>Ley</i></p>
07/09/18	<p>Fáris Vicente,</p> <p>Fáris Vicente 47 anos, evolução lenta.</p> <p>Paciente estável, sem alterações.</p> <p>Mentalmente alerta.</p> <p style="text-align: right;">Orde Unes Engenho 08/09/18 / 11/2018</p>
07/09/18	<p>Fáris Vicente, 47 a, IH por</p> <p>{ Erysipela bolhosa em MID</p> <p>IS</p> <ul style="list-style-type: none"> Uso: Meropenem + Vancomicina Paciente segue estável, com melhora clínica, Ausente febre Hoje segue sem excreção purulenta CD: Faltou na farmácia Meropenem e Vancomicina Início Quacilima 26/6/18 Aguarda consulta com Cirurgia Vascular segunda feira
08/09/18	<p>Celulite em MID</p> <p>Sua TBT permanece em febre</p> <p style="text-align: right;">Dra. Marlian Louise Matos Médica CREMEC 16476</p> <p style="text-align: right;">PITAL DISTITAL M^º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL</p>
09/09/18	<p>Seu TBT permanece em febre</p> <p style="text-align: right;">Emanuelle Monteiro CRM 763</p>
10/09/18	<p>Seu TBT permanece em febre</p> <p style="text-align: right;">CRM - MÉDICO (A)</p>

X

{ VANCO
MEROPENEM

J

Name: _____

Fábio Vicente da Silveira

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:

Name: _____

Fausto Vicente da Silva

Pronto- ário	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 style="text-align: center;">19/08/16</p> <p># Bala feriu.</p> <p>* Dan</p> <p>automa: não se difere quer curar,</p> <p>na necessidade de hospitalizar → DISCARDO</p> <p>único AFB</p>

HOSPITAL DISPITAL M^º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat-368

• تاریخیں • اے گھر وہ سرمهائیں

17 MARY JANCO

Q: ~~Answers~~ 2

17) Mr. & Mrs. J. VANCE
MONTGOMERY

camScanner

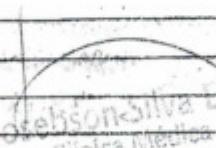
FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

SAME

Name: James L. Garte III Siling

Prontuário	Enferm.	Lelito	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
2013	<p>Nas de Admissão:</p> <p>Paciente de 47 anos do sexo masculino na Pela Anamnese: Mf ex fumador antecede cr. den. tuba, cistite e urinárias em. Ntos.</p> <p>Sua doença iniciou-se há 1 mês com febre tóxica.</p> <p>Na Internação p. Tbc Gastro.</p> <p>Hospital Distrital Dr. José Barroso de Oliveira - Cuiabá/MT.</p> <p>ATENÇÃO! NUEVA COPIA CONFERE COM ORIGINAL</p> <p> Emanuel Monteiro Mat. 763</p> <p> José Bonifácio da Silva Clínica Médica CREMERS 7021</p>

Empfehlungen

12/8/18 Pte F.V. 5 472 MD Europe bellus typicus. Insula
20m Consanti & Brinkley, nigr. MSS + DM nigr. ciliatus
Super nos adiutor illi europe  Ciliatus

~~to be~~ bel 18
~~of our of little
poor enough ger~~

A. R. P. MEDICO
CPN. 3352



AMBULATÓRIO CIRURGIA VASCULAR

HDEAM - SMS / PMF

Contra-Referência para Unidade de Origem

MUJBO

FARIS VICENTE SILVA, F, 47a

Dr. Roberto Escórcio
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM: 6490

Paciente sem comorbidades, com histórico de internamento nesse nosocomio 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: perfundidas # MI/perna : D - edema com hipercromia, sem lesões cruentas e/ ou áreas desvitalizadas, porém com desconforto a palpação maleolar.

HD: Quadro pós- Erisipelóide MI D

• Até 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

HDEAM - SMS/PMF

Fortaleza - CE

Dr Roberto Escórcio

Cirurgião Vascular - CRM: 6490

Dr. Roberto Escórcio
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM: 6490

10
09
10



Rua Cândido Mala, 294 – Aptº Bezerra – 60356-830 - 04.885.197/0010-35
Fortaleza, Ceará, Brasil.
85 3488 3210

Dr. Roberto Escórcio
Cirurgião Vascular
CRM: 6490



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



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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

348627

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/11/1970

9 - SEXO

Masc.

X

1 Fem.

3

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

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 I 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 complicações;

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

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

ERISIPELA

A 46

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 VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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)

2318102696564

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: Adeuada.

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, poplítea, 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-poplítea 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

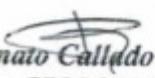
Varizes em perna.

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 ulcerção, 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. Nexo 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 ás 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. Giseire 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

Valorização 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

Valorização 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