

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190594719**

**Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA**

**Data do Acidente: 15/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MAJELO SILVA DE MOURA**

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](http://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, 06 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190594719**

**Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA**

**Data do Acidente: 15/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MAJELO SILVA DE MOURA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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](http://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, 19 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190594719**      **Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA**

**Data do Acidente: 15/06/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAJELO SILVA DE MOURA**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: MAJELO SILVA DE MOURA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000754**

**Conta: 0000049085-9**

**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, 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](http://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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
795.704.373-91 *Mafalo Silva de Moura*

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

5 - Nome completo: *Mafalo Silva de Moura* 6 - CPF: *795.704.373-91*  
7 - Profissão: *Artesã* 8 - Endereço: *Av. Agostinho Alves Braga* 9 - Número: *745* 10 - Complemento: *DT. Lódia*  
11 - Bairro: *DT. Lódia* 12 - Cidade: *Senador Pompeu* 13 - Estado: *CE* 14 - CEP: *63600-000*  
15 - E-mail: *(88)99973-3424*

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.000 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: *0754*

CONTA: *20897*

(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 Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa análica 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 teve filhos Vivos:  Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nasceu?  Sim  Não

31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 200 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:

*SENADOR Pompeu - 05/10/2019*

*\* Mafalo Silva de*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Moura*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 1326 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2019 09:22:27**  
Data / Hora da Ocorrência: **15/06/2019 16:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTR KM 21 - SENADOR POMPEU/CE**  
Ponto de Referência: **PERTO DO CODIA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MAJELO SILVA DE MOURA**  
Nascimento: **28/08/1975** CPF: **795.704.373-91**  
RG: **300947996** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA ESTELA SILVA BEZERRA**  
**JOSE ADELÍDIO MOURA**  
Endereço: **SITIO CODIÁ, 745**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8118-7616**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HWI6675** Uf: **CE** Município: **MILHA** Chassi: **9C2JC30101R024402** Renavam: **761984372** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE ELIEUDO BEZERRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Afirma a vítima, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que estava conduzindo a motocicleta acima mencionada e estava saindo da Cidade de Milha em direção a Senador Pompeu-CE, Que chegando próximo a vila nova a vítima colidiu com uma motocicleta que estava parada dentro de uma curva, Que a vítima não teve como desviar pois estava muito próximo vindo a cair no solo, Que a vítima relata que não aconteceu nada de grave com a outra condutora da motocicleta que foi apenas escoriações, Que a vítima não consegui se levantar pois estava sentindo fortes dores no seu direito, que foi socorrido por populares e levado para o Hospital de Senador Pompeu; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas o Senhor JOSÉ ELIEUDO BEZERRA e o Senhor FRANCISCO CELIO NOGUEIRA FERNANDES, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.,

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU  
Impresso nº 2019741845



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 1326/2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Raquel

ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: dmacila Júlia de maura

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

Helder Beserra dos Santos  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 300.820-1-X

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
795.704.373-91 *Mafalo Silva de Moura*

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

5 - Nome completo: *Mafalo Silva de Moura* 6 - CPF: *795.704.373-91*  
7 - Profissão: *Artesã* 8 - Endereço: *Av. Agostinho Alves Braga* 9 - Número: *745* 10 - Complemento: *DT. Lódia*  
11 - Bairro: *DT. Lódia* 12 - Cidade: *Senador Pompeu* 13 - Estado: *CE* 14 - CEP: *63600-000*  
15 - E-mail: *(88)99973-3424*

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.000 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: *0754*

CONTA: *20897*

(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 Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa anávia 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 teve filhos Vivos:  Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nasceu?  Sim  Não

31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 200 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:

*SENADOR Pompeu - 05/10/2019*

*\* Mafalo Silva de*

*Moura*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante:

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

2 - CNES:

7061021

3 - Nome do Estabelecimento

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

4 - CNES:

7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

MAJELO SILVA DE MOURA

6 - N° do Prontuário

15716

7 - Cartão Nacional de Saúde

160555640500005

8 - Data de Nascimento

28/08/1975

9 - Sexo

Masculino

10 - Nome da Mãe

MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

11 - Telefone de Contato

(88) 3449-4041

12 - Endereço (Rua, Bairro)

AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA

Número

SN

13 - Município de Residência

SENADOR POMPEU

14 - Cód. IBGE

15 - UF

CEARÁ

16 - CEP

63600-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos

ALEGA DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM. RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DESVIADA. INDICO CIRURGIA. INTERNO. ORIENTO SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS.

18 - Condições que justificam a internação

Risco de complicações.

19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

Anamnese e exame físico.

20 - Diagnóstico inicial

S52

21 - CID10 Principal

S52

22 - CID10 Secundário

23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do

25 - Código do procedimento

26 - Clínica

CLÍNICA

27 - Caráter da internação

28 - Documento

CPF

29 - N° do documento do profissional solicitante/assistente

30 - Nome do profissional solicitante / assistente

PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

31 - Data da Solicitação

16/06/2019 19:27:00

32 - Assinatura e carimbo

Pedro Braga Linhares Garcia  
Mauro Henrique Bezerra  
Carimbo  
05/06/2019  
SAC 14403

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ( ) Acidente de trânsito

36 - CNPJ da seguradora

37 - N° do Bilhete

38 - Série

34 - ( ) Acidente de trabalho típico

39 - CNPJ da empresa

40 - CNAE

41 - CBOR

35 - ( ) Acidente de trabalho trajeto

42 - Vínculo com a

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Não segurado

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador

CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

44 - Cód. órgão

7061021

49 - N° da autorização de internação hospitalar

45 - Documento

CPF

46 - N° do documento do profissional solicitante/assistente

CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

47 - Data da

16/06/2019 19:

48 - Assinatura e carimbo

CRM-CE09

**JUN/2019**Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco**8229827****12/07/2019****48,19**Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **575431607**Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
CNPJ 02047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei Nº 10.438 de  
26 de abril de 2002.**DADOS DO CLIENTE**

Rota 21 14003 12 086000 - 7 Medidor 10958171 Poste 0000

Nome MAJELO SILVA DE MOURA

Endereço Postal AV AGOSTINHO ALVES BEZERRA 00745 - DT CODIA -

SENADOR POMPEU CEP 63600-000

End. da Unidade AV AGOSTINHO ALVES BEZERRA 00745 - SENADOR POMPEU

Consumidor

RG / CPF / CNPJ 795704373-91

CGF

Classe RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leitura Atual 16785 Leitura Anterior 16754 Consumo 1 Cons. Incl. 0 Cons. F. 41

16785 16754 1 41 0 41

**DESCRIPÇÃO DA CONTA**

31/05/18 30/04/19 31 DIAS

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 41 0,42781 17,54  
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 30,65

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação

Prev. Próxima

Leitura

28/06/2019 28/06/2019

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

8886.0535.2E13.0E00.9C7B.CE82.6FAF.CBC0

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia -----	9,41
Transmissão -----	0,74
Distribuição -----	5,52
Encargos Salariais -----	1,25
Tributos [ICMS PIS/COFINS] -----	0,52
Total -----	17,54

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

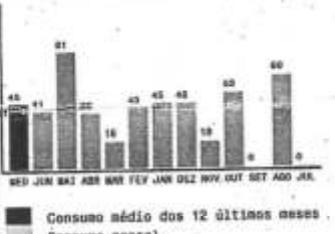
Veja a legenda no verso desta conta.

SENADOR POMPEU

Conjunto ABR/2019 - EUSP 6,53

Mês DICRI = 0,00 F

	Padrão Individual	Apuração Individual				
	Mensal	Total	Anual	Mensal	Total	Anual
DIC (h)	10,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (uh)	7,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58					

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)****CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emissões kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (% CO<sub>2</sub>)

16

0

%

\*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE  
SEU NÚMERO DE CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.  
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NÃO PÔDE POSSER CADASTRAR LETTURA POR: FAT. MÉDIA-LEIT. RIMPEL-ANT 00-000  
Consta neste fatura R\$ 0,62 referente a FIS e COFINS. Aliquotas: FIS:  
0,04% e COFINS: 2,08%. [Art. 9º Biss. 100/2006 - ANEEL e Instr. N.  
10.637/02 e 10.833/03]

Nº do Cliente: **8229827** Nº da Nota Fiscal: **575431607** Total a Pagar (R\$): **48,19**  
Data de Emissão: 06/06/2019 Referência: JUN/2019 Nº de Controles: 00008229827 00026 40272 05

836300000000-4 48190031000-6 00082298270-8 00264027205-6



# Clínica Senador

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira  
CRM 2332  
Praça da Juventude S/N  
Senador Pompeu - CE

## Laudo Medico

Nome:

Miguel Silva de Moura

Declaro para os devidos fins que o paciente acima descrito foi vitima de acidente de transito em 15/10/11, onde foi socorrido ao hospital DE SENADOR POMPEU com  
Diagnosticado de FRACTURA DE PUNHO DIREITO

Onde o mesmo foi submetido a tratamento  clínico,  cirúrgico  fisioterapia, complementado com IMMOBILIZACAO BORRACHA recebendo alta definitiva em 27/10/2011, evoluindo com sequelas e dano irreversivel de 20% mesmo após o tratamento apresentando limitação de movimento em 100% do punho

Senador Pompeu 17/10/2019

Miguel Franco Fernandes Vieira  
CRM 2332

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira  
CRM 2332



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

ATA: 15106119

HORÁRIO: 16:42

ATENDIMENTO N°: 59

DADOS DO PACIENTE:

IME: MARCELO SILVA DE MOLINA  
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 28/08/95 IDADE: 03 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NOME: MARCELO ESTELA SILVA BEZERRA SUS: 160555640500005  
NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: AGRICULTOR  
DIRECÇAO: CODIA BAIRRO: 2. KM 21 CEP: 63600-000  
TADE: SENADOR POMPEU ESTADO: CERNAI TELEFONE: 3449-4044  
IDENTE DE TRABALHO: SIM (  ) NÃO (  ) (88) 9665-7494

V: X mmhg SPO<sub>2</sub>: 98 % FC: 70 bpm FR: 16 ipm T: 36,5 °C PESO: 70 Kg GLS: 1730 HGT: 173 Alergia: \_\_\_\_\_

DA: PT Mariano (casa de Mariano com Trajano)  
que ponto Mariano e no Trajano, casa  
ambos são escavadoras

AGNOSTICO:

RESSCRIÇÃO: 1) Volutarum 01 litro 17:30

2) PA:

3) Flutuabilidade

DR. MARCELO NOVAES  
CRM: 16479

Ass. do Técnico(a)

Carimbo Ass. do Médico

Conjunto clínico  
02/08/19  
00h42

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 18/08/2019

HORÁRIO: 15:30

ATENDIMENTO N°: 24

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Maria Silve de Moraes  
SEXO: m DATA NASCIMENTO: 13/03/75 IDADE: 42 ESTADO CIVIL: Solteira  
MÃE: Maria Estela Silve Bezerra SUS: 160995640500005  
NATURALIDADE: Gonçalves PROFISSÃO: Agricultor  
ENDEREÇO: 00000 BAIRRO: Centro CEP: 63600000  
CIDADE: Sen. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE: 3449-40-41  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: 120 mmhg SPO<sub>2</sub>: 98 % FC: 70 bpm FR: 16 ipm T: 36.5 °C PESO: 60 Kg GLS: 0 HGT: 162 Alergia: nao

QP: HAS + DCR

HDA:

DIAGNÓSTICO:

PREScrição: 1) Fumogênio 01 fr: E1 16:20  
2) Cetipofeno 100g + 100g sfer 16:20  
3) Cetipofeno 25g 01 fr 10.16.20

Carimbo Ass. Dr. Médico

Marcelo Nobre  
Médico  
CRM: 16149

Ass. do Técnico(a)

Lucas Venâncio Frutuoso  
Médico CRM: 16149-TE

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

conjunto clínico  
02/08/19  
0000

detto D. Maria Silve Lima

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

61  
12



## RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO

Paciente: 015716 - MAJELO SILVA DE MOURA

Sexo: Masculino Idade: 43 ano(s) 9 mes(es) e 19 dia(s)

Data de Nascimento: 28/08/1975

Nome da Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

Endereço: AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA

Num: SN

Bairro: CODIA

Cidade: SENADOR POMPEU

CEP: 63600-000

UF: CEARÁ

Leito Atual: CLÍNICA TRAUMATO-ORTOPÉDICA,06.424

### ANAMNESE

Queixa Principal

DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM

HDA

ALEGA DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM, RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DESVIADA, INDICO CIRURGIA, INTERNO, ORIENTO SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS.

### ANTECEDENTES

Patológicos Pregressos

HAS

Familiares

\*\*\* Não Informado \*\*\*

Sociais

\*\*\* Não Informado \*\*\*

### EXAME FÍSICO

Estado Geral

BOM

Respiratório

SEM ALTERAÇÕES

Cardiológico

SEM ALTERAÇÕES

Abdominal

SEM ALTERAÇÕES

...urológico

SEM ALTERAÇÕES

Extremidades

DEFORMIDADE EM MSD

Outros

\*\*\* Não Informado \*\*\*

### GLASGOW

Resultado:

### DIAGNÓSTICOS

Princip	Confirmad	Código	Descrição
Sim	Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Pedro D. Lira Lira  
Traumato-Ortopedia  
CRM/CE/13211 SBOT 14403

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente	MAJELO SILVA DE MOURA	Idade	43 ano(s) 9	Prontuário	15716
Endereço	AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA	UF:CEARÁ		Sexo	Masculino
Bairro:	CODIA	Cidad			
CEP:	63600-000	Num:	SN		

Localizaçā			
Clinica CLÍNICA TRAUMATO-	Enfermari 06	Leito	424
Internaçā	16/06/2019 19:27	Alta: *	Não Informado * * Não Informado

Relatório Cancelada  
Tipo de Saída: Alta Não

**Resumo**  
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO, AFEBRIL, FO LIMPA E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, ANTIBIÓTICO VIA ORAL, USAR TALA GESSADA ATÉ SEGUNDA ORDEM, CUIDADOS COM CURATIVO (3/3DIAS); MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO (MAO/ DEDOS/ OMBRO); RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL (03 SEMANAS) (ÀS 13:00h).  
CITO RX DE CONTROLE PARA RETORNO

### Exames

RX

### Terapêutica

CIRURGIA: PLACA, PARAFUSO E FIO DE K

### Diagnóstic

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

### DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

### Condições de

Melhorado

Data Programada da

27/06/2019

### Observações Complementares

\* Informado \*

### Responsáve

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 27/06/2019

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

  
Dr. Fco. José Frotá  
Ortopedia e Traumatologia  
17748

## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 25/06/19 22:02

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA  
Prontuário: 15716  
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL  
Cirurgião: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO  
1º Auxiliar: GLAUTER CARLOS FELIX  
Enfermeiro: CARLA ATECIA BARBOSA COSTA  
Instrumentador: ANTONIA ROSINETE DE LIMA MACIEL

Dt. Nascimento: 28/08/1975  
Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01  
Anestesiologia: JOSE NEUTON BENEVIDES DE LIMA  
2º Auxiliar:  
Circulante: HORTENCIA DOS SANTOS GOMES

### Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408020407	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO	S

### Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408020407	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:  
INTENSIF DE IMAGEM

Jantes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Limpa	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b>			
VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS			
1. PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTÉSICO 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS 3. ACESSO CIRÚRGICO VOLAR AO RÁDIO DISTAL + DISSECCÃO POR PLANOS ANATÓMICOS 4. REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL + FIXAÇÃO INTERNA COM UMA PLACA VOLAR EM T 3,5MM OBLÍQUA (3X3) + 03 PARAFUSOS CORTICais 3,5MM 5. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER 1,5MM DE FRATURA COMINUTA DO PROCESSO ESTILÓIDE DO RÁDIO 6. CONTROLE RADIOGRÁFICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM 7. SÍNTese POR PLANOS ANATÓMICOS 8. CURATIVO ESTERIL 9. TALA GESSADA AXILO-PALMAR EM SUPINAÇÃO 10. ENCAMINHADO À SR EM BEG			

Data: 25 | 6 | 19

Dr. Glauter C. Félix  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC - 14059

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante:

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

2 - CNES:

7061021

3 - Nome do Estabelecimento

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

4 - CNES:

7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

MAJELO SILVA DE MOURA

6 - N° do Prontuário

15716

7 - Cartão Nacional de Saúde

160555640500005

8 - Data de Nascimento

28/08/1975

9 - Sexo

Masculino

10 - Nome da Mãe

MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

11 - Telefone de Contato

(88) 3449-4041

12 - Endereço (Rua, Bairro)

AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA

Número

SN

13 - Município de Residência

SENADOR POMPEU

14 - Cód. IBGE

15 - UF

CEARÁ

16 - CEP

63600-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos

ALEGA DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM. RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DESVIADA. INDICO CIRURGIA. INTERNO. ORIENTO SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS.

18 - Condições que justificam a internação

Risco de complicações.

19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

Anamnese e exame físico.

20 - Diagnóstico inicial

S52

21 - CID10 Principal

S52

22 - CID10 Secundário

23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do

25 - Código do procedimento

26 - Clínica

CLÍNICA

27 - Caráter da internação

28 - Documento

CPF

29 - N° do documento do profissional solicitante/assistente

30 - Nome do profissional solicitante / assistente

PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

31 - Data da Solicitação

16/06/2019 19:27:00

32 - Assinatura e carimbo

Pedro Braga Linhares Garcia  
Mauro Henrique Bezerra  
Carimbo  
Data: 16/06/2019  
SAC 14403

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ( ) Acidente de trânsito

36 - CNPJ da seguradora

37 - N° do Bilhete

38 - Série

34 - ( ) Acidente de trabalho típico

39 - CNPJ da empresa

40 - CNAE

41 - CBOR

35 - ( ) Acidente de trabalho trajeto

42 - Vínculo com a

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Não segurado

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador

CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

44 - Cód. órgão

7061021

49 - N° da autorização de internação hospitalar

45 - Documento

CPF

46 - N° do documento do profissional solicitante/assistente

CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

47 - Data da

16/06/2019 19:

48 - Assinatura e carimbo

CRM-CE/09

## SOLICITAÇÃO DE EXAME

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 15716 Nome: MAJELO SILVA DE MOURA  
Sexo: Masculino Data Nasc: 28/08/1975 Idade: 43 ano(s) 9 mes(es) e 19 dia(s)  
Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA Clínica: CLÍNICA TRAUMATO-ORTOPÉDICA

### SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não Data: 27/06/2019 10:59 Protocolo: 357247

Exame: RX PUNHO D AP/P (0204040124)

Complemento:

Médico: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Indicação:

RETORNO AMBULATORIO

Observação:

### PROGRAMAÇÃO

Data: Hora: Usuário:

Referência:

Justificativa:

Justificativa Pendência:

### REALIZAÇÃO

Data: Usuário:

Data do Laudo: Usuário que realizou:

Situação: Pendente

Justificativa Realização:

Justificativa Baixa: Usuário:

### CANCELAMENTO

Data: Usuário:

Justificativa:

Dr. Fco. José Frota  
Ortopedia e Traumatologia  
357247



## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA

Prontuário: 15716

FISIOTERAPIA DE PUNHO D

REAVITALIZAÇÃO DE FX DE PUNHO D

GANHO ADM

ANALGÉSIA

Data: 08/08/2019

FRANCISCO JOSÉ FROTA PRADO FILHO

13246CRM

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA

Prontuário: 15716

FISIOTERAPIA DE PUNHO D

REAVITALIZAÇÃO DE FX DE PUNHO D

GANHO ADM

ANALGÉSIA

Data: 08/08/2019

FRANCISCO JOSÉ FROTA PRADO FILHO

13246CRM



Este documento é de uso exclusivo da Administração e deve ser preservado em seu arquivo.

## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: MAJELO SILVA DE MOURA	PRONTUÁRIO:
---------------------------------	-------------

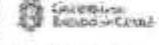
1) Maxsulid 400 -----1cx  
01 comp 12/12h

2)CEFALEXINA 500.....28comp  
Tomar 01comp, via oral, de 06/06H  
6h – 12h – 18h - 24h

Dr. Fco. José Frotá  
Ortopedia e Traumatologia  
13246

DATA: 27/06/19	MÉDICO   CREMEC
----------------	-----------------

Sheet1

**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME COMPLETO: Hospital Regional do Sertão Central  
CRM:  UP: CEARÁ  
ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão  
TELEFONE: 63.800-000

**1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DRUGARIA**      **2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE**

**PACIENTE:** MAJELO SILVA DE MOURA      **0**  
*W/83*  
ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão  
PRESCRIÇÃO

**1) NOVOTRAM 50mg.....1cx**  
**Tomar 01 comprimido, via oral, de 8/8h se dor forte**

  
**Dr. Fco. José Frota**  
Ortopedia e Traumatologia  
13246

**DATA** 27/06/19      **ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ EMISSOR: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

ASS. FARMACÊUTICO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

FOLHA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 15716

Data da

16/06/2019

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA

Data 28/8/1975 Naturalidade: SENADOR POMPEU

Código Internação: 45295

Idade: 43 a

Sexo: Masculino

Cor: Parda

Identidade: 300947996

CPF:

Nacionalidade: Brasileira

Fone 01: (88) 3449-4041

Fone 02: ( )

Ocupação: AGRICULTOR(A)

Endereço AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA

Num: SN

Comp

Bairro CODIA

Cidade SENADOR POMPEU

Estado: CEARÁ

CEP: 63600-000

Situação Familiar: Convive com companheiro(a) e filho(a)

Religião: CATOLICA

Pai: Jose adelidio moura

Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

Diagnóstico inicial CID10 Principal

CID10 Secundário

CID10 Causas Associadas

\* Não Informado \*

\* Não Informado \*

\* Não Informado \*

\* Não Informado \*

Admitido por: PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento MAJELO SILVA DE MOURA, declaro para os devidos fins, ficar responsável pelo paciente MAJELO SILVA DE MOURA, enquanto este estiver internado, dando plena autorização aos médicos do LogoHRSC.gif que o assistirem para fazer investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução do tratamento, incluindo exames com utilização de contrastes iodados como tomografias, urografias e arteriografias, e caso necessário acessos venosos centrais e/ou de longa permanência.

16/06/2019 7:28 PM

  
Assinatura do Responsável



## ATESTADO MÉDICO

0

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

MAJELO SILVA DE MOURA

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO  
POR 60 (sessenta) DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

562

  
Dr. FCO. José Frota  
Ortopedia e Traumatologia  
13246

DATA:	27/06/19	MÉDICO   CREMEC
-------	----------	-----------------

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente	MAJELO SILVA DE MOURA	Idade	43 ano(s) 9	Prontuário	15716
Endereço	AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA	UF:CEARÁ			
Bairro:	CODIA	Sexo	Masculino		
CEP:	63600-000	Num:	SN	Cidad	SENADOR POMPEU

Localizaçã			
Clinica	CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari	06	Leito 424
Internaçã	16/06/2019	19:27	Alta: * Não Informado * * Não Informado

**Relatório** Cancelada

Tipo de Saída: Alta Não

**Resumo**

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO, AFEBRIL, FO LIMPA E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, ANTIBIÓTICO VIA ORAL, USAR TALA GESSADA ATÉ SEGUNDA ORDEM, CUIDADOS COM CURATIVO (3/3DIAS); MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO (MAO/ DEDOS/ OMBRO); RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL (03 SEMANAS) (ÀS 13:00h). SOLICITO RX DE CONTROLE PARA RETORNO

**Exames**

RX

**Terapêutica**

CIRURGIA: PLACA, PARAFUSO E FIO DE K

**Diagnóstic**

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descriçao
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

**Condições de**

Melhorado

Data Programada da

27/06/2019

**Observações Complementares**

\* Não Informado \*

**Responsáve**

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 27/06/2019

Agendament		
Data: 25/07/19	Data:	Data:
Hora: 11:00h	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Fco. José Frota  
Ortopedia e Traumatologia  
11248

## SOLICITAÇÃO DE EXAME

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 15716 Nome: MAJELO SILVA DE MOURA  
Sexo: Masculino Data Nasc: 28/08/1975 Idade: 43 ano(s) 11 mes(es) e 11 dia(s)  
Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA Clínica: AMBULATORIO

### SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não Data: 08/08/2019 16:01 Protocolo: 384881

Exame: RX PUNHO D AP/P (0204040124)

Complemento:

Médico: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Indicação:

AMOP

Observação:

### PROGRAMAÇÃO

Data: Hora: Usuário:

Referência:

Justificativa:

Justificativa Pendência:

### REALIZAÇÃO

Data: Usuário:

Data: Laudo: Usuário que realizou:

Situação: Pendente

Justificativa Realização:

Justificativa Baixa: Usuário:

### CANCELAMENTO

Data: Usuário:

Justificativa:

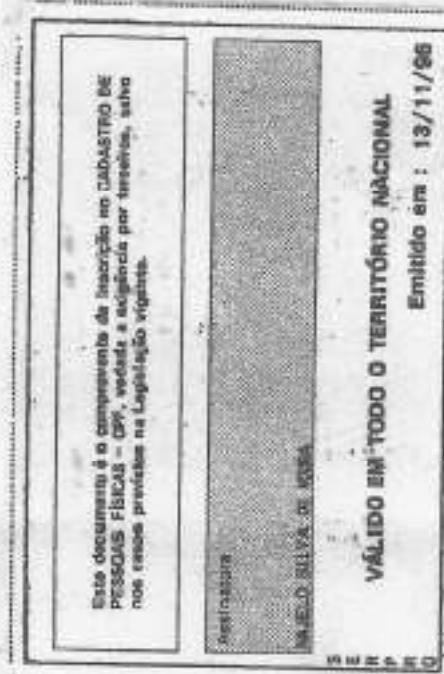
03/10/19  
13:00

Francisco José Frota Prado  
03/10/2019









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN

Nº 014141950013

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 300 RENAVAM - P.N.T.R.C. - DESPACHO  
PPT 03 761984372 0000000000 2018

NOME

JOSE ELIEUDO BEZERRA

MILHA

/CE

CPF / CNPJ

12287090325

PLACA

HWT6675/CE

PLACA ANTO / DP

/CE

CHASSIS

9C2JC30101R024402

ESPOSO TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CD 125 TITAN KS

ANO FAB. / ANO MOD.

2000 / 2001

CAP / POT / DL

2P/0CV/124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

1 P

2 V

3 A

VEÍC. COTA ÚNICA

1 P

2 V

3 A

VEÍC. / COTAS

1º \*

2º \*

3º \*

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) - 10% (R\$) - PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
180,65 0,70 185,50 09/07/2018

OBSEVAÇÕES

MILHA

LOCAL  
Igor Penteado  
Superintendente  
DETTRAN-CE

DATA

20/07/2018

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366258/19

**Vítima:** MAJELO SILVA DE MOURA

**CPF:** 795.704.373-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/06/2019

**Titular do CPF:** MAJELO SILVA DE MOURA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MAJELO SILVA DE MOURA : 795.704.373-91

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](http://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: 21/10/2019  
Nome: MAJELO SILVA DE MOURA  
CPF: 795.704.373-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

MAJELO SILVA DE MOURA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190594719      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAJELO SILVA DE MOURA      **Data do acidente:** 15/06/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS/FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 7 \_CIRURGIA

**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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190594719      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAJELO SILVA DE MOURA      **Data do acidente:** 15/06/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS/FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 7 \_CIRURGIA

**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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAJELO SILVA DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000049085-9

---

Nr. da Autenticação 2EC80C6C3D34F5A6