
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

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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 795.704.373-91	4 - Nome completo da vítima: Matheus 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: <i>Mafela Silva de Moura</i>				6 - CPF: <i>795.704.373-91</i>	
7 - Profissão: <i>Agriculter</i>		8 - Endereço: <i>Av. Agostinho Alves Branca</i>		9 - Número: <i>745</i>	
10 - Complemento: <i>DT. Lódia</i>		11 - Bairro: <i>DT. Lódia</i>		12 - Cidade: <i>Senador Pompeu</i>	
13 - Estado: <i>Roraima</i>		14 - CEP: <i>63.600-000</i>		15 - E-mail: <i>(88) 90073-3424</i>	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ **CONTA POUPANÇA** (Só para quem não tem mais de 18 anos. Anote a sua opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0754 ☐ CONTA: 20897 ☐ 5 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as 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 IMIL 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 do acidente de trânsito, conforme lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa privia 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 MORTI

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascer ou nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
-----------------------------	--	--	---	--	-----------------------------	--	--	--	--

Estou cliente 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 cliente, 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 lagivel 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: _____
CPE: _____

Assinatura de testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SENADOR JOURNAL - 17/10/2014

* modelo Silva de
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42. Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Impresso nº 2019741845

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 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 conseguiu 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.,

Heider Bezerra dos Santos
Delegado de Polícia Civil
Mat: 300.820-1-X

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 Nº 551 - 1326 - 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature]
ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature]

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 795.704.373-91 4 - Nome completo da vítima: Maíla 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: Maíla Silva de Moura 6 - CPF: 795.704.373-91
7 - Profissão: Agrônoma 8 - Endereço: Av. Agostinho Alves Branca 9 - Número: 745 10 - Complemento: DT. Lódia
11 - Bairro: DT. Lódia 12 - Cidade: Senador Pompeu 13 - Estado: Roraima 14 - CEP: 63.600-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (88) 99972-3424

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0754 CONTA: 20897 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a 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 as 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Senador Pompeu - 17/10/2019

* Maíla Silva de Moura
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Moura

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 - Nº 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 complicação.			
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 - Nº 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 CRM 14403

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito	36 - CNPJ da seguradora	37 - Nº 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 - Nº da autorização de internação hospitalar
45 - Documento CPF	46 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente Cristiano Oliveira Rabelo Diretor e Professor Assistente CRM 8569	47 - Data da 16/06/2019 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 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A 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 10558171 Poste 0000

Nome MAJELO SILVA DE MOURA

Endereço Postal AV AGOSTINHO ALVES BEZERRA 00745 - DT COCITA -

SENADOR POMPEU CEP 63600-000

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

RG / CPF / CNPJ 795704373-91

CGF

Classe RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

8229827

12/07/2019

48,19

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 16785 Leitura Anterior 16754 Constante 1 Consumo (KWh) 41 Perda Ramal 0 Cons. Incl. 0 Cons. Fiel 41

DESCRIÇÃO DA CONTA

	31/05/19	30/04/19	31
VALOR CONSUMO DO MES	41	0,42781	17,54
CORR. SALDO FATURA ANTERIOR			30,65

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 28/06/2019

Próx. Próxima Leitura 28/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8995.0535.2E13.0ESD.9C7B.CE82.6FAF.CBCC

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 Setoriais	1,25
Tributos [ICMS PIS/COFINS]	0,62
Total	17,54

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SENADOR POMPEU
ABR/2019 - EUSD 6,53
Mês DICRI = 0,00 F

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
16	0	0%

*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NÃO É POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT. MED. LEIT. BIMESTRAL ART. 69-820
Consta desta fatura R\$ 0,62 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:
0,64% e COFINS: 2,08%. [Art. 9º Res. 100/2006 - ANEEL e leis 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 Controle: 0006229827 00026 40272 05

83630000000-4 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:

MARCELO SILVA DE MOURA

Declaro para os devidos fins que o paciente acima descrito foi vítima de acidente de trânsito em 15/06/19 onde foi socorrido ao hospital DE SENADOR POMPEU com

Diagnosticado de FRATURA DO PUNHO DIREITO

Onde o mesmo foi submetido a tratamento ☒ clínico, ☒ cirúrgico ☐ fisioterapia, complementado com IMOBILIZAÇÃO GIPSADA recebendo

alta definitiva em 27/08/2019, evoluindo com sequela e dano irreversível de

20 % mesmo após o tratamento apresentando limitação de movimento em POUNHO DO PUNHO

Senador Pompeu 19/10/2019

Miguel Franco Fernandes Vieira
Médico CRM 2332

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira
Cremec 2332

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

ATA: 15/06/19

HORÁRIO: 16:47

ATENDIMENTO Nº: 59

DOS DO PACIENTE:

NOME: MARCELO SILVA DE MOURA
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 28/08/75 IDADE: 43 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NOME: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA SUS: 160555640800005
NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: AGRICULTOR
ENDEREÇO: CODA BAIRRO: 2. XIZIL CEP: 63600-000
CIDADE: SENADOR POMPEU ESTADO: CEARÁ TELEFONE: 3449-4042
IDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO () 17096659494

PA: X mmHg SPO2: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

DA: DUT Ictericos fígado de Moura, com Tumor
fue punto direito e de esquerda. fígado
glandas fígado e pancreas.

DIAGNOSTICO:

RESCRIÇÃO:

1) Voltar para a casa em 17:30
2) PA:
3) Ictericos fígado

Dr. Marcelo Nogueira
Médico
RM: 15549
COLUCCI DA ENFERMAGEM

Carimbo Ass. do Médico

Ass. do Técnico(a)

Conferir original
02/08/19
dlh

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 18/06/2019 HORÁRIO: 15:30 ATENDIMENTO Nº: 244

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Marela Silva de Moura
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 18/08/75 IDADE: 42 ESTADO CIVIL: Solteira
MÃE: Marcia Estela Silva Bezerra SUS: 110995640500005
NATURALIDADE: Genésio - Ceará PROFISSÃO: Agricultor
ENDEREÇO: 200m BAIRRO: Distrito CEP: 63600000
CIDADE: Sen. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE: 3449-4041
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: 90 X 120 mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg GLS: _____ HGT: _____ Alergia: nao

QP: HAS + DCM
HDA: _____

DIAGNOSTICO: _____

PRESCRIÇÃO: 1) Paracetamol 01 po: EV 16:20
2) Ceftriaxona 1000 + 1000 5fer 16:20
3) Ceftriaxona 250 0.1 qd 16:20

Carlmo Ass. de Médico
Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM: 18149

Ass. do Técnico(a)
Lucas Venâncio Frutuoso
Téc. em Saúde
TCC

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM: conferido original
02/08/19
clm

Marela Silva de Moura
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE

61
12





GUIA DE TRANSFÊRENCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nº 15850004291

DISTRITO SANITÁRIO: 8ª CREAS MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE

NOME: Maryle Situa de Moura

SEXO: M (☒) F (☐) IDADE 43a OCUPAÇÃO Agricultor

ENDEREÇO: Rodovia BAIRRO Z. Rural

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

PT VITILIGO DE LIPS E MOTO, COM
TRAUMA DE PUNTO DUREZA, COM FRATURA

RESULTADO DO EXAMES

(88)3449.4041

(88)9.9665.7496

TEL.:

CEP: 63.600-000

CIDADE Sen Pompeu

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

fratura de punho direito

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

Dr. Marcelo Nogueira
Médico
CRM: 16149

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL (☐) HOSPITALAR (☐)

PROCEDIMENTO: fratura

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO (☐)

PROFISSIONAL TRAUMATO

UNIDADE DE REFERÊNCIA

DATA _____ HORA _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID

SECUNDÁRIO 1

CID

SECUNDÁRIO 2

CID

CONDUTA REALIZADA

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM (☐) NÃO (☐)

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM (☐) NÃO (☐)

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS

2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.



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 Progressos

HAS

Familiares

*** Não Informado ***

Sociais

*** Não Informado ***

EXAME FÍSICO

Estado Geral

BOM

Respiratório

SEM ALTERAÇÕES

Cardiológico

SEM ALTERAÇÕES

Abdominal

SEM ALTERAÇÕES

Neurológico

SEM ALTERAÇÕES

Extremidades

DEFORMIDADE EM MSD

Outros

*** Não Informado ***

GLASGOW

Resultado:

DIAGNÓSTICOS

Princip	Confirmad	Código	Descrição
Sim	Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Pedro D. Linhares Garcia
Traumato-Ortopedia
CRM 13211 SBOT 14403



RELATÓRIO MÉDICO

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

Localização
Clínica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 06 Leito 424
Internação 16/06/2019 19:27 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO, AFEBRIL, FO LIMP 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

Diagnóstico

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 *

Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 27/06/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
17749

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 CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408020407	TRATAMENTO CIRURGICO 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

Antes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Limpa Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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 + DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
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 ESTILOÍDE DO RÁDIO
6. CONTROLE RADIOGRÁFICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
7. SÍNTESE POR PLANOS ANATÔMICOS
8. CURATIVO ESTÉRIL
9. TALA GESSADA AXILO-PALMAR EM SUPINAÇÃO
10. ENCAMINHADO À SR EM BEG

Data 25 | 6 | 19


Dr. Glauber C. Felix
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 - Nº 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 complicação.

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 - Nº 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
CRM 14403

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente de trabalho típico

35 - () Acidente de trabalho trajeto

36 - CNPJ da seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

39 - CNPJ da empresa

40 - CNAE

41 - CBOR

42 - Vínculo com a

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Não segurado

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador
CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

44 - Cód. órgão
7061021

49 - Nº da autorização de internação hospitalar

45 - Documento
CPF

46 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

47 - Data da
16/06/2019 19:

48 - Assinatura e carimbo
Cristiano Oliveira Rabelo
CRM 8569

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
15246

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA

Prontuário: 15716

FISIOTERAPIA DE PUNHO D

REABILITAÇÃO DE FX DE PUNHO D
GANHO ADM

ANALGESIA

Data: 08/08/2019

FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

13246CRM

Dr. Fco. José Frota Prado
CRM: 13246
Fisioterapia

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA

Prontuário: 15716

FISIOTERAPIA DE PUNHO D

REABILITAÇÃO DE FX DE PUNHO D
GANHO ADM

ANALGESIA

Data: 08/08/2019

FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

13246CRM

Dr. Fco. José Frota Prado
CRM: 13246
Fisioterapia

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: MAJELO SILVA DE MOURA

PRONTUÁRIO:

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




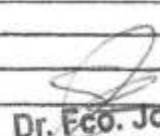
2) CEFALEXINA 500.....28comp
Tomar 01comp, via oral, de 06/06H
6h - 12h - 18h - 24h


Dr. Fco. José Prota
Ortopedia e Traumatologia
13246

DATA:

27/06/19

MÉDICO | CREMEC

 <p>HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL</p>	  <p><small>INSTITUTO DE SAÚDE GERAL DO HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL</small></p>
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
NOME COMPLETO: _____ Hospital Regional do Sertão Central CRM: _____ UF: CEARÁ ENDEREÇO: _____ Rodovia CE km 198 Est do Algodão TELEFONE: [] _____ 63.800-000	
1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE	
PACIENTE: MAJELO SILVA DE MOURA 0 ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão PRESCRIÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 1) NOVOTRAM 50mg.....1cx Tomar 01comprimido, via oral, de 8/8h se dor forte </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Dr. Eco. José Frota Ortopedia e Traumatologia 13246 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> ____/____/____ 27/06/19 ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc; margin-top: 10px;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>Nome: _____</p> <p>IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p> <p>CIDADE: _____ UF: _____</p> <p>TELEFONE: _____</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc; margin-top: 10px;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</p> <p>ASS. FARMACÊUTICO _____ DATA _____</p> </div> </div>	

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 adelidlo 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
13.246

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		Sexo	Masculino
Bairro:	CODIA	Cidad	SENADOR POMPEU		
CEP:	63600-000	Num:	SN		

Localização

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

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

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

Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de

Melhorado

Data Programada da 27/06/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 27/06/2019

Agendamento		
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 de Laudo: Usuário que realizou:
Situação: Pendente
Justificativa Realização:
Justificativa Baixa: Usuário:

CANCELAMENTO

Data: Usuário:
Justificativa:

Atento
03/10/19
13:00


Dr. Francisco José Frota
CRM: 12456
Especialista em Traumatologia







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




MAJELO SILVA DE MOURA

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

3009479-96 09-01-1996

MAJELO SILVA DE MOURA

José Adelídio Moura

Maria Estela Silva Bezerra

Senador Pompeu-CE 28-08-1975

Cart. Naso. 7011 IV. A-09 fl. 197v

Cart. Senador Pompeu-CE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPP - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MAJELO SILVA DE MOURA

Nº de Inscrição
795704373-91

Data do Registro
28/08/75



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPP, vedada a exigência por terceiros, sob os riscos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
MAJELO SILVA DE MOURA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 13/11/86

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 014141950013

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 761984372 0000000000 2018

NOME
JOSE ELIEUDO BEZERRA

MILHA

CPF / CNPJ
17287090325

PLACA ANT / UF
/CE

PLACA
HWI6675/CE

CHASSI
9C2JC30101R024402

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CO 125 TITAN KS

ANO FAB. ANO MOD.
2000 2001

CAP. POT. CL.
2P/OCV/124CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
I P V A

VENIO. COTA ÚNICA
//**

VENIO / COTAS
1º *

PASSA LIZA
//**

PARCELAMENTO / COTAS
//**

2º *

PRÊMIO TRAFEGADO (R\$)

180.65

ICP (R\$)

0.70

PRÊMIO TOTAL (R\$)

185.50

DATA DE PAGAMENTO
09/07/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL
MILHA

DATA

20/07/2018

Igor Ponte
Superintendente

DETRAN-CE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366258/19

Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA

CPF: 795.704.373-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAJELO SILVA DE MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

MAJELO SILVA DE MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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