

**Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01307578-0** em **03/07/2020 09:34:53**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0233440-60.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01307578-0  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 03/07/2020 09:34:53

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

**Petição\*** : 2731431\_CONTESTACAO\_01 - 1-13.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2731431\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : [Realizar download dos documentos da petição](#)  
**Recibo** : [Realizar download do recibo](#)

# 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: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

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

CLIENTE: RAFAEL PEREIRA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000045618-2

---

Nr. da Autenticação 33A4443AAEAF3E91



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **822.457.463-68** Nome completo da vítima: **Rafael Pereira Nunes**

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

Nome completo: **Rafael Pereira Nunes**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Robert Paquetais** CEP: **822.457.463-68**

Bairro: **Pq. Santa Fé** Cidade: **Maranguape** Estado: **CE** Número: **895** Complemento: \_\_\_\_\_

E-mail: **55simplifica** Telefone (DDD): **08.384-15** Celular: **(85)9.8422.3357**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0751** CONTA: **45618** 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.

## 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 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Fortaleza, 28 de junho de 2019**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO

**Rafael Pereira Nunes**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DOS TESTEMUNHAS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **822.457.463-68** Nome completo da vítima: **Rafael Pereira Nunes**

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

Nome completo: **Rafael Pereira Nunes**

Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua Robert Praqueras** CEP: **822.457.463-68**

Bairro: **Pq. Santa Fé** Cidade: **Maranguape** Estado: **CE** Número: **895** Complemento: \_\_\_\_\_

E-mail: **55simplifica** Tel (DDD): **08.384-15** (85) 9.8422.3357

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA - CRIAÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0751** CONTA: **45618** 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.

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 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascer? ☐ Sim ☐ Não 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Fortaleza, 28 de junho de 2019**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**Rafael Pereira Nunes**  
Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DOS TESTEMUNHAS.



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402966

Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

Data do Acidente: 24/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RAFAEL PEREIRA NUNES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%  
Graduação: Em grau completo 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%  
Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%  
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAFAEL PEREIRA NUNES

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000751

Conta: 0000045618-2

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



---

**Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190402966**

**Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES**

**Data do Acidente: 24/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), RAFAEL PEREIRA NUNES**

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



# 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: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

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

CLIENTE: RAFAEL PEREIRA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00751

CONTA: 000000045618-2

---

Nr. da Autenticação 33A4443AAEAF3E91

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218898/19

**Vítima:** RAFAEL PEREIRA NUNES

**CPF:** 822.457.463-68

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**Data do acidente:** 24/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAFAEL PEREIRA NUNES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**RAFAEL PEREIRA NUNES : 822.457.463-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019  
Nome: RAFAEL PEREIRA NUNES  
CPF: 822.457.463-68

\_\_\_\_\_  
RAFAEL PEREIRA NUNES


### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

\_\_\_\_\_  
PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218898/19

Vítima: RAFAEL PEREIRA NUNES

CPF: 822.457.463-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/03/2019

Titular do CPF: RAFAEL PEREIRA NUNES

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**RAFAEL PEREIRA NUNES : 822.457.463-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019  
Nome: RAFAEL PEREIRA NUNES  
CPF: 822.457.463-68

\_\_\_\_\_  
RAFAEL PEREIRA NUNES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

\_\_\_\_\_  
PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190402966 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL PEREIRA NUNES **Data do acidente:** 24/03/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 05/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO E OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE K. NO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO. PG. 10.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014057528667  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM 0000200000 EXERCÍCIO 2018

PLACA 01473158088  
RENATA EXZETA LUNES  
PARANGUARI

PLACA ANT/UF 02245716386  
CLASSI 11130377076

EXERCÍCIO 2018  
MARCA/MODELO HONDA 125 FAN RS  
CAP/MOTOCIL 250CC 125CC  
TIPO DE VEÍCULO 125 FAN RS  
MARCA/MODELO HONDA 125 FAN RS  
TIPO DE VEÍCULO 125 FAN RS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 1.000,00  
COTA UNICA 1.000,00  
PAGA (PVA) 1.000,00  
PARCELAMENTO/COTAS 1.000,00

PREMIO TOTAL (R\$) 1.000,00  
DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

DISCULPACAO

PARANGUARI 21/06/2018

DETRAN

CONTRAN

8 JUN 2018

11 JUN 2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
CONTENDO MOTORES DE VEICULO, LUMINARE, PNEUS, LUBRIFICANTES, ACESSÓRIOS  
E TUDO QUE FORNECER O SAC E O SEU DPVAT

CE Nº 014057528667 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018 01Q5485

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204  
014057528667 55841495053

EXERCÍCIO 2018

RENAVAM 02245716386  
MARCA/MODELO HONDA 125 FAN RS  
CAP/MOTOCIL 250CC 125CC

PREMIO TARIFARIO  
FMS (R\$) 1.000,00  
DENOMIN (R\$) 1.000,00  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 1.000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1.000,00  
TOTAL A SER PAG. SEGURO (R\$) 1.000,00

COTA UNICA 1.000,00  
PARCELAMENTO 00/00/0000  
DATA DE OUTUBACAO 00/00/0000

PROPRIETARIO  
LOTE/DO SEGURO DPVAT  
MOTOR: 11130377076





**Prefeitura de Fortaleza**

HOSPITAL DISTRI: AL IMBIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

## REGISTRO DE A1 ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE <b>RAPHAEL PEREIRA NUNES</b>		NOME DO RESPONSÁVEL <b>NI</b>		Nº DO PROCTURIO <b>373321</b>		Nº CC M <b>268722</b>	
CARTELA <b>708504351787371</b>		NOME DO RESPONSÁVEL <b>NI</b>		SEXO <b>M</b>		RAÇA/ETNIA <b>PARDO</b>	
NOME MÃE <b>MARIA PEREIRA NUNES</b>		MUNICÍPIO <b>MAZANGUAPÉ</b>		CEP <b>61.940-300</b>		UF <b>CE</b>	
ENDEREÇO <b>RUA ROBERTO BRAQUEAIS S 5 PARQUE SANTA PÉ</b>		OCCORRÊNCIA					
CONTATO		CL. SIFICAÇÃO DE RISCO					
LOCAL DO OCORRÊNCIA/HOSPITAL/UF/CIDADE/DO		CL.		MOTIVO <b>ACIDENTE DE MOTO</b>		ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>	
SÍNTOMAS <b>TRAZIDO PELO SAMU USB 3; ESQUERDO</b>		EM PE					
DIAGNÓSTICO <b>NI</b>		SINAIS VITAIS		SNT DO <b>67%</b>		PULSO <b>98</b>	
PESO <b>NI KG</b>		PRESSÃO ARTERIAL <b>130/10</b>		TEMPERATURA <b>NI °C</b>		GLICOSENA <b>NI</b>	
SANGUE <b>NI °C</b>		N.º DE <b>NEO 1</b>		N.º DE <b>PRIS</b>		HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>24/03/2019</b>	
CLASSIFICAÇÃO <b>AMARELO</b>		IL. PELA CLASSIFICAÇÃO <b>ILA NASCIMENTO DE BARNOS ALMEIDA</b>		HORA DO ATENDIMENTO		HORA DO ATENDIMENTO <b>21:54:48</b>	

## TRAUMATOLOGIA

## A. ADIUVANTO MEDICO

TRAUMATOLOGIA

Pacienta victimă de accident de motocicletă cu fractură, no  
PDD ⑤ Glasgow 15, orientare, vorbire, mișcare. Ao. rașină, înălțime  
Tudor, tce de Prolong distal de 2 PDD ⑤ e fractură expusă a 3 PDD

EXATOS		CDS PROCEDIMENTO		CDC
( ) HC	( ) SU	( ) US / DOMINIAL	( ) TC CRANIO	( ) OUTROS
R RATO-X				
I - ESCRICAO MEDICA				
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
Ag falo tina 1g IV em 8/6h.				
Profenid 100mg sup. IM. 2x 15				

28 JUN 2017

G. Falotina 1/8 IV on 6/6h.  
 Profend 100g susp. IM. ID: 45

DECISÃO MÉDICA ( ) A P ( ) IDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÚNITO ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAM ( ) IA ( ) IMIL ( ) AMAT. PATOL

DESTINO DO CORPO: ( ) FAM

1971 12 32

24/03/19. 22

ENTRADA E ASSOCIADO: R\$ 100,00 ESPECIALESTA

1944

Dr. Galt

impresso por piscinascimento de b...  
 Declaro serem verdadeiras as informa...  
 e aqui pre...  
 is almeida m 24/03/2019 às 21:54:51  
 tidas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 da Constituição.

rahas, beres, nuntut

PR. H. 2000

11.  $\frac{1}{2} = \frac{1}{2} + \frac{1}{2}$

Figure 1. The study area.



12700028888



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Informação

PRONTO-SOLAR, DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

RUA: Cadeia de Polícia nº 1117 - Fátima - CEP 65030-400

Fátima - CE

Telefone (98) 3126-1100

Fortaleza

CENTRO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA DE PATOLOGIA ORAL - CDT - FIO

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2319102102394

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CBO / CNPJ  
07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

LORAN PEREIRA NUNES

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: ROBERTO BRAGUEIRAS N.º 855

Bairro

PARQUE SANTA FE

Município

MARANGAPÉ

UF

CE

DATA DO NASCIMENTO

04/03/1980

SEXO

1. ☒ MASO3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURO4. ☐ CONJUGE5. ☐ FILHO6. ☐ OUTRO DEP.

N.º DA MÃE

MARIA PEREIRA NUNES

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

24/03/19

Dr. George...  
CRM 12345

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tumor no PE (E) + aumento da massa de  
do 2º potocéfalo e fratura exposta do  
3º potocéfalo

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

PP. Alencar

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

exame clínico + Radiografia

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta dos ossos do PE

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA3. ☐ CLÍNICA MÉDICA5. ☐ PSIQUIÁTRICA8. ☐ OUTROS2. ☐ OBSTÉTRICA4. ☐ FISIOTERAPIA6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Regulação cirúrgica + amputação

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. George...

CRM 12345

DATA  
24/03/19

HORA

28 JUN 2019



FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE  
SAME

Nome:

Rafael Pereira Alves

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

114

24/03/2019

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

DATA

EVOLUÇÃO

10.0. pós-op em pós-operatório neurológico  
a 22 pop E e fx a 39 pop E  
fio ci no 30 - e com o local  
de 15 f=15

HCO: Abundância microns de pontos  
mostrando A73

Dr. Igor de Lucena  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão e Plástica  
RQE 15304 e RQE 15152

28/03/19 Rafael, 39 anos, HP: 4° Po LC, 2° Pop E + frnt 3 Pop E  
e com o conteúdo, cooperativo, agitado, segue  
em observação

Rafael H. de Santana  
COREN-CE 306125-2019

29/3  
3  
Meete agitado  
Alto

28 JUN 2019

29/03/19 R.P.A., 39a, masculino, 5° Po de amputação traumática  
+ LC de 2° POP E. Evolui com o conteúdo, orientado, coop-  
erativo em ambiente. Aceto. dieta por VO. Oli-  
mentações suplementares (+) Sem queixas. Segue de  
alta hospitalar

Dr. Shaulster  
Mônica Saba  
RQE 15984



Nome: Rafael Penha Moura

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			24/03/2019	Pa exposto do pte

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

DATA	EVOLUÇÃO
24/03/19	<p><u>Tuomoblog</u></p> <p>Paciente citada de admissão de no boudin ci fuma no - PE @, evoluindo com função capilar do 2º e 3º pedúnculo + sup. na fumaça de fumaça do 2º ped.</p> <p>Análise mental, status B.</p> <p>en: intern + no ce.</p> <p>Dr. Gooi CREM. 10.513</p> <p>28 JUN 2019</p>
24.03.19	<p>AA 23:30h paciente deu entrada no CC e foi submetido a gradiente</p> <p>MTF.</p> <p>Dr. Gooi CREM. 10.513</p>
25.03.19	<p>AA 00:00h paciente, R.P. N. 39 em Pte. de Anestesia Tumor de 2º ped. E sob anestesia bloqueio pte. Evolui com paciente orientado, verbalizando em ar ambiente, sem queixas algias no momento. CVP em 15cm H<sub>2</sub>O, funcionando e sem sinais clínicos curativos. Eliminação fisiológicas dentro no período. PA 110/70 mmHg, T 36,5°C, FC 60bpm, SpO<sub>2</sub> 96%. Sinais vitais estáveis da equipe.</p> <p>Dr. Gooi CREM. 10.513</p>
25.03.19	<p>AA 00:00h paciente encaminhado para o P. 1, L. 114.</p> <p>Dr. Gooi CREM. 10.513</p>
24/03/19	<p><u>Tuomoblog</u></p> <p>23:30</p> <p>Realizado limpeza cirúrgica + Regulação do coto de amputação do 2º pedúnculo + sutura - os pedúnculos no 3º pedúnculo ci fio k.</p> <p>Procedimento em internamento.</p> <p>Dr. Gooi CREM. 10.513</p>



DATA	EVOLUÇÃO
23/03	00:30. ADM. NESTA UNIDADE PROVENIENTE DO C.C. APÓS SUBMETER A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: SEQUE DOMINADO, EM AM. AMBIENTE QUIRÚRGICO, LIMPO. NENH. ALERGIAS, H.A. E DM. SEQUE SOB OBSERVAÇÃO
25/3	Ante vps D. [assinatura] [assinatura]
25/3/19	16h. paciente com HD de po de amputação do 2º P.D.E. com estado geral regular, consciente, orientado verbalmente, aceto dieta oferecida. Nenhum risco fisiológico presente. Seque sem maiores queixas, com evolução da enfermagem 15/11/19. Enfa 41589
26/3	Aceto vps D. [assinatura] [assinatura]
26/03/19	Renovado curativo no pé, com sutura, sangramento e com fixação. Limpiza com SF a 0,9%. [assinatura] Ana Gaselena Enfermeira 155.708
27/03/19	Renovado o curativo no pé, com frida superficial em pedoditila E (4%), com sutura e fixação. Aplicado AGE em frida superficial. [assinatura] Ana Gaselena Enfermeira 155.708
27/03/19	R.P.N. 39a, umarmulino. PO de amputação traumática do 2º P.D.E. Evolu com estado regular, consciente, orientado verbalmente. Aceto dieta por VO. Eliminações contínuas. Seque sob cuidados da equipe



SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

16	20	06
----	----	----

[illegible]

ÁRIO	53 X
PA	53 X
TEMP. °C	
P / MIN.	
M. V. / MIN.	

[illegible]



SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

Quesito 5

Time	Temp	Rate
15		
20		
60		

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARRALDO DE OLIVEIRA  
PRATICA DE ANESTESIA  
AV. Carlos de Paula e Silva - Parnaíba - CEP 61.020-000 - Fortaleza - CE  
Telefone (081) 3361-0000 - Fax: 3361-0001

Nome:

Enfermagem:

Leito:

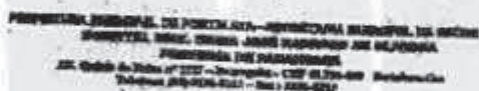
FOLHA DE ANESTESIA

Prontuário Nº:

Data: 28/07/19	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Ureia:	Outros:
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:	Bronquite:	
Ap. Circulatório:				Electrocardiograma:		
Ap. Digestivo:				Ap. Urinário:		
Estado Mental:	Dentes:	Pescoço:				
Diagnóstico Pré-operatório:	Atenções:	Corticóides:				
Anestésias Anteriores:				Alergias:	Hipotensões:	
				Estado Físico:	Risco:	
Medic. Pré-anestésico:				Aplicadas às:	Efeito:	
Aplicadas às:				Efeito:		
<div>INDUÇÃO</div> <div>28 JUL 2019</div> <div>MANUTENÇÃO</div> <div>1) Bloqueio braço</div> <div>2) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>3) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>4) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>5) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>6) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>7) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>8) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>9) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>10) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>11) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>12) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>13) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>14) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>15) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>16) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>17) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>18) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>19) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>20) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>21) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>22) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>23) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>24) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>25) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>26) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>27) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>28) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>29) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>30) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>31) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>32) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>33) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>34) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>35) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>36) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>37) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>38) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>39) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>40) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>41) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>42) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>43) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>44) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>45) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>46) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>47) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>48) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>49) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>50) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>51) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>52) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>53) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>54) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>55) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>56) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>57) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>58) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>59) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>60) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>61) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>62) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>63) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>64) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>65) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>66) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>67) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>68) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>69) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>70) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>71) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>72) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>73) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>74) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>75) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>76) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>77) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>78) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>79) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>80) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>81) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>82) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>83) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>84) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>85) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>86) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>87) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>88) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>89) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>90) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>91) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>92) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>93) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>94) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>95) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>96) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>97) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>98) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>99) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div> <div>100) 1.º e 2.º cat. de 10ml</div>						

Dr. Thiago P. Mineiro  
Médico Anestesiologista  
CREMEC 11660





MEDICAMENTO	UNID.	QUANT.	MEDICAMENTO	UNID.	QUANT.
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMBIACINA	AMPOLA		PROTALBIA	AMPOLA	
AMPICLINA 1g	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AZHOFLINA	AMPOLA		SIVOPLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILOLONA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,8% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOBITAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,6% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10mg	AMPOLA				
CEFALOTTIM 500MG	FRASCO				
CIZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CLOROFENIRAMA	ML				
DASATRACURO	AMPOLA				
LINDAMIcina	AMPOLA				
CLOROFORMO DE POTASSIO 10%	AMPOLA				
EXAMETASONA	AMPOLA				
EPLANOSIDEFO	AMPOLA				
LAZEPAM 10MG	AMPOLA				
PIRONA	AMPOLA				
PIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
PRUTASENA	AMPOLA				
PAMINA	AMPOLA				
LEPRINA 10MG	AMPOLA				
NEMATO	AMPOLA				
EL	AMPOLA				
ROSEMIDA	AMPOLA				
NTAMICINA	AMPOLA				
VARRIA	AMPOLA				
HODORTISONA 100MG	FRASCO				
HODORTISONA 500MG	FRASCO				
CON	AMPOLA				
FLURANO	ML				
BDIL	AMPOLA				
CAJAINA 2% CLARISALINA	FRASCO				
CAJAINA 2% S/ ADRENALINA	FRASCO				
CAJAINA GEL	FRASCO				
ERIDINA 100MG	AMPOLA				
GLOPFRAMEDA	AMPOLA				
RONDAZOL 500MG	FRASCO				
ZOLAN 500G	AMPOLA				



**REGISTRO DE EMERGÊNCIA**

Prontuário N.º:

Paciente: Rafael Pereira Lima

Data da Operação: 24/03/19

Enfermaria:

Leito:

Operador:

1º Auxiliar:

Dr. George Welton F. Alves

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

CRM 16.073

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de Anestesia: Bloqueio tumescente + Intubação

Diagnóstico Pré-operatório: Amputação traumática do 2º dedo direito + lesão de  
ossos 3º dedo (E)

Tipo de Operação: Reimplantação de coto de amputação do 2º dedo direito (E) +  
osteotomia, sutura e osteossíntese do 3º dedo direito

Diagnóstico Pós-operatório: 2 dias

Fólio Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☒ Contaminada ☐ Infectada

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) Pct em DDA sob anestesia
- 2) Siga: lavagem abundante c/ SFA
- 3) Reimplantação de coto de amputação do 2º dedo direito
- 4) Sutura do 3º dedo direito com osteossíntese c/ 1 fio de 15mm
- 5) curativo local

Dr. George Welton F. Alves  
CRM 16.073

Dr. Rafael Petrocínio  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica de Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11441 TEOT 13375

28 JUN 2019



1714

**RECEITA**

*reforço*

*grf*

*1 biquinho 600*

*1 set 12/15*

*ort. e exte pi*

*Dr. Rafael Natércio*

*volta 5º dia*

*curto de curio*

*11/4 7300h*

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600

*29*

*5*

DATA: 1/1

CRM - Médico (a)







PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
PROTINHA DE PARANGABA  
AV. Odeir de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 81.728-000 - Fortaleza-Ceá  
Telefone: (85) 3131-7321 - Fax: 3131-7319

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira  
Endereço: Av. General Osório de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba  
Fone: 85-3131.7321 / 3131.7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará  
CNPJ.: 07.835.044/0002-61

Paciente: João Carlos de Almeida  
Endereço: Rua Sebastião Rodrigues 85  
Bairro: Parangaba Fone: \_\_\_\_\_  
Prescrição: \_\_\_\_\_

Ceftriaxona 500mg

100mg 12/11/18

29

2019

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Identificação: \_\_\_\_\_  
Órgão emissor: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1ª Via da Farmácia - 2ª Via do Paciente

28 JUN 2019





**Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
FROTEIRA DE PARANGABA  
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000  
Fortaleza - Ceará Telefone: (85) 3131-7322

## ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: \_\_\_\_\_

Atesto que o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_hs.

Tendo como causa de socorro \_\_\_\_\_

Necessita de ( 30 ) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Fortaleza-Ce, 24 de 03 de 2019

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4500

CRM - Médico (a)

**Obs.:** Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
CENTRO NACIONAL DE HABITAÇÃO

**Nome:** RAFAEL PEREIRA RUIZ

**CPF:** 56015014779 **Sexo:** M **Estado:** CE

**Endereço:** 022.457.400-68 **Data de Nascimento:** 04/03/1968

**Parentesco:** JOSÉ DA SILVA RUIZ  
MARIA PEREIRA RUIZ

**Formação:** ☒ Superior ☐ Médio ☐ AC

**Matrícula:** 0058847025 **1ª Habitação:** 13/04/1998

**Check Atty Remunerada:**

*Rafael Pereira Ruiz*  
Assinatura do Titular

**Local:** MARACANAÚ, CE **Data de Entrega:** 27/05/2015

*[Assinatura]*  
Assinatura do Responsável

**Valor em 1998:** 1150961168

**Valor em 2015:** 1150961168

**Valor em 2018:** 1150961168


28 JUN 2018



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



### CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao **Sr. RAFAEL PEREIRA NUNES**, RG n.º 96015014775, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 822.457.463-68, no dia 24/03/2019, às 20h10, no município de Maranguape-CE, na Rua José Menezes n.º 07, Bairro Penedo, próximo a Churrascaria Mandacarú, vítima de acidente com motocicleta, sendo removido para o **Hospital Municipal Dr. Argeu Gurgel Braga Herbster** e em seguida para o **Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 23 de abril de 2019.

  
**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**











Estado do Ceará  
Secretaria de Segurança e Defesa Social - SSPDS  
Polícia Civil do Estado do Ceará  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Departamento de Polícia da Capital - DPC  
Trigésimo Segundo Distrito Policial

## C E R T I D ã O

Antonio Paula da Silva, Escrivão de  
Polícia Civil, lotado na Trigésima Segunda  
Delegacia Distrital, no uso de suas  
atribuições legais, etc...

CERTIFICA que nesta data, compareceu em Cartório o  
Sr. RAFAEL PEREIRA NUNES, portador do RG 96015014775 SSPDC/CE e  
CPF 852.457.463-68, residente na Rua Robert Braquehais, nº 845,  
Parque Santa Fé, Maranguape/CE., onde vem informar que: foi  
vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 21h  
do dia 24/03/2019, na ROD CE MARANGUAPE, próximo ao Distrito de  
Penedo, quando pilotava a moto marca HONDA/CG 125 FAN KS, COR  
VERMELHA, ANO/MOD. 2011/2012, de PLACA OIQ-5485/CE, CHASSI  
9C2JC4110CR477076, RENAVAM 473198088, LICENCIADA EM NOME DE:  
RAFAEL PEREIRA NUNES, ao tentar desviar de um buraco existente  
na via, um carro de placas não identificadas, bateu de raspão na  
sua moto, vindo a cair ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o  
Frotinha de Parangaba, onde teve fratura exposta no pé e teve  
que amputar um dos dedos. REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.///  
Cartório do 32º Distrito Policial, em 24 de Junho de 2019.

Antonio Paula da Silva  
Escrivão de Polícia  
Mat. 97.122

DECLARANTE: Rafael Pereira Nunes

Rua LO 2 com rua NS 01, S/Nº, Bom Jardim - Fortaleza, Ceará  
Fone: (85) 3101.6105, Fax: (85) 3101.6104  
Endereço eletrônico: 32dp@policiacivil.ce.gov.br

