

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190721564 Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721564

Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721564

Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

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 COMPREV SEGURADORA S/A, 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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721564

Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

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 COMPREV SEGURADORA S/A, 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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721564

Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

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 tornozelo 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: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 000006510-9

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 507.533.553-53 4 - Nome completo da vítima: Jose Claudio Gomes dos Santos

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

5 - Nome completo: Jose Claudio Gomes dos Santos 6 - CPF: 507.533.553-53
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUA São Manoel 9 - Número: 1125 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: MANUEL SATIRO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 50713-750
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (85) 98381-6626

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 4879 CONTA: 2942 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vã 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

Indicação
do representante
legal da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA 26 de DEZEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jose Claudio Gomes dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 52 4 - Nome completo da vítima: Sra. Claudine Gomes dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Sra. Claudine Gomes dos Santos 6 - CPF: 502.533.553-53
7 - Profissão: Auxiliar 8 - Endereço: RUA São Manoel 9 - Número: 1125 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANUEL SATIRO 12 - Cidade: FORTALAZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60713-750
15 - E-mail: X 16 - Tel.(DDD): (85) 95781-6626

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:
☐ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 4879 CONTA: 21412 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, FORTALAZA 26 de DEZEMBRO 2019

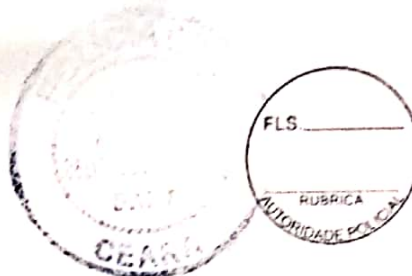
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019856607



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4013 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 15:14:07**
Data / Hora da Ocorrência: **22/09/2019 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R VEREADORA ZELIA CORREIA DE SOUZA, 620, PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS**
Nascimento: **10/12/1961** CPF: **507.533.553-53**
RG: **14941580** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA BATISTA DOS SANTOS**
JOSE GOMES DOS SANTOS
Endereço: **RUA SÃO MANOEL, 1125**
Bairro: **VILA MANOEL SATIRO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98575-4489**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQR9646** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0530AR016056** Renavam: **253667194** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS MIX KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JULIO CESAR VIDAL FERREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA NQR-9646 NA RUA VEREADORA ZELIA CORREIA DE SOUZA QUANDO UM CARRO DE PLACA NÃO ANOTADAS REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA ESQUERDA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS E COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO MOTORISTA DO REFERIDO CARRO PARA A UPA-ITAPERI. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019866607



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4013 / 2019

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 507.533.553-53 4 - Nome completo da vítima: Jose Claudio Gomes dos Santos

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

5 - Nome completo: Jose Claudio Gomes dos Santos 6 - CPF: 507.533.553-53
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUA São Manoel 9 - Número: 1125 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANUEL SATIRO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 50713-750
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 98381-6626

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 4879 CONTA: 2942 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vã 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

Indicação
do representante
legal ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

FORTALEZA 26 de DEZEMBRO 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS DO CLIENTE
Nome: ELZA CELESTINO DOS SANTOS

End. Leitura: RUA SÃO MANOEL ST-28, 1125, MANOEL SATIRO

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60713-750

End. Entrega:
Cidade:
CEP:
Local: 001

Sector: 028

Quadra: 0046

Lote: 0205

Comp: 0000

Subsector: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS
Residencial: 001 | **Comercial:** 001 | **Industrial:** 000 | **Pública:** 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A05F113642	1838	1875	36	32

DATAS
Leitura Atual: 11/11/2019 | **Emissão:** 11/11/2019 | **Lacre Água:** 2822117
Leitura Anterior: 09/10/2019 | **Próxima Leitura:** 10/12/2019 | **Lacre Esgoto:**
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	529	529	529	529	529
Em conformidade	528	529	526	516	529

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 33 m³ | **META:** 26 m³.

Constatamos debito de R\$ 191,87. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	249,89	Mês/Ano
PARCELAMENTO DE DEB	100,91	nov/18
MULTA DE 2%	6,09	dez/18
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI	2,43	jan/19
JUROS DE 0,033% AO DIA	3,12	fev/19
JUROS/MULTA TARIFA CONT	1,24	mar/19
TARIFA DE CONTINGENCIA	109,43	abr/19
		mai/19
		jun/19
		jul/19
		set/19
		out/19

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	4,54	VALOR DO SERVIÇO	473,11
COFINS	22,61	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00
		VALOR TOTAL A PAGAR	473,11

MÊS/ANO
11/2019

VENCIMENTO
02/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
473,11

I:356615074890729 L:6985 H:12:28:30 R:047 P:001
ONDE PAGAR SUA FATURA
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagSeguro. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1919, de 8h às 12h e 13h às 17h.

Fatura Mensal
Via do agente arrecadador
DADOS DO CLIENTE
Inscrição: 003337723

Código de Responsável:
Mês/Ano: 11/2019

Local: 001

Sector: 00

Quadra: 0046

Lote: 0205

Comp: 0000

Subsector:
Subquadra:
Vencimento: 02/12/2019

Total (R\$): 473,11

Cidade: FORTALEZA

82620000004 8 73110009400 2 00333772301 3 00074922015 8


ITAPERI

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Prontuário: 224287

Admissão: 22/09/2019 17:00

Data Nasc.: 10/12/1961 Idade: 57 ano(s) 9 mes(es) e 12 dia(s)

Sexo: Masculino RG: 149941580

Mãe: MARIA BATISTA DOS SANTOS

Telefone: ()

Endereço: RUA SAO MANUEL 125

Bairro: VILA MANOEL SÁTIRO

CEP: 6-0000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: ANA KARINE SALES FARIA VIANA

Risco: AMARELO

Data: 22/09/2019 17:04

Queixa: DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO + ESCORIAÇÕES EM MSD APÓS ACIDENTE DE MOTO

Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador: DOR MODERADA

Risco de Queda: Não Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.:

Glicemia:

Régua: 5

Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

UPA ITAPERI
Confere com o original
Data: 31/10/19

Funcionário
Matrícula: 350

ATENDIMENTO

Médico: GUTHIERREZ VICTOR DE ABREU BEZERRA Nº Atendimento: 655183

Data: 22/09/2019 17:45

Eixo: MEDICAÇÃO (ALTA APÓS MEDICAÇÃO) CRM: 16787 P.A.:

Acidente: Não Agressão: Não Peso: Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: EXAME GERAL E INVESTIGACAO DE Comorbidade:

PESSOAS SEM QUEIXAS OU DIAGNOSTICO RELATADO

HDA/Exame Físico:

DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO + ESCORIAÇÕES EM MSD APÓS ACIDENTE DE MOTO

PROTOCOLO SEPSE

EXAME

RAIO-X TORNOZELO D AP/P (0204060087)

Médico: GUTHIERREZ VICTOR DE ABREU BEZERRA

Data: 22/09/2019 17:46

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Observação	CURATIVO	
Medicamento	CETOPROFENO 50MGML - 2ML(100MG) - AMP ADMINISTRAR 100 MG / INTRAMUSCULAR / DOSE ÚNICA	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------



Atendimento
62246709



05/11/2019 14:59:53

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL				
Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	M	10/12/1961	57
RG		CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
		50753355353		2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA SAO MANUEL 1125,1125 - VILA MANOEL SATIRO, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985754489				

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
B1961000410004		

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
23/09/2019	13:57		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
M. Paula 1198

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2019 14:57

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62246709 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [1] Nº: 44562597 23/09/2019 às 14:12

ANAMNESE

Queixa Principal	FRATURA DE CALCANEIO ENTRO EM CONTATO COM EQUIPE DO PÉ PARA RESOLVER	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]
CID10	S92 FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO
M. J. J. 1198
Assinatura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2019 14:57

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62246709 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133224/1

Profissional(is): FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA COREN 010101 [1] Nº: 44565656 23/09/2019 às 15:04

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE CURATIVO COM IRUXOL/KOLAGENASE GRANDE REALIZADO AS 15:04, EM 23/09/2019 POR FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101. [1]
CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 15:04, EM 23/09/2019 POR FRANCISCO ALEXANDRE ARAUJO DE SOUZA, COREN/CE 010101.

AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal	.	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	.	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	.	[1]
Queda Adulto (Morse)	.	[1]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	.	[1]
Flebite	.	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	.	[1]

CONFERE PRONTUÁRIO
[Assinatura]
Assinatura



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

05/11/2019 15:00:13

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	M	10/12/1961	57
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	50753355353			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA SAO MANUEL 1125,1125 - VILA MANOEL SATIRO, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985754489				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
B1961000410004			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
24/09/2019	06:14		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
Marlene A. Ferreira 1198

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2019 14:58

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62257695	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3		
Profissional(is):		Nº: 44592873	24/09/2019 às 06:52

CONFERE O PRONTUÁRIO

[Handwritten Signature]



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

05/11/2019 15:02:26

PRIMEIRO	NOME DO PACIENTE	Sexo	Nascimento	Idade
1999094	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	M	10/12/1961	57
RG	CPF	Categoria Profissional	Estado Civil	
	007805590		2-SOLTEIRO	

ENCARGADO

RUA SAO MANUEL 1125, 1125 - VILA MANOEL SATIRO, PORTALEZA(CE) CEP 81000000

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
087544826	

DADOS DO CONVENIO

OBJETIVO		
22. MEDICINA	1 PLANO EMP. VIDA TOTAL ESP. OUTR. ENFERMARIA -	COLETIVO
CENSO	VALOR	
BRASILEIRAS		

DADOS DO ATENDIMENTO

3600			
MANUTENÇÃO EM TRAUMATOLOGIA			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Atendimento
18/02/2018	18:37		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Assistente			Clinica
Médico Pedro Eduardo Cabral			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Assistente			Peso (Kg)
			Temperatura (°C)

Case Report / Commentary

李德生 著 《植物地理学》

CONFERE O PRELIMINAR
Maurice 1978
Vice-Sinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2019 14:59

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62591807 Prontuário: 16063938
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133225/1
 Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1] Nº: 45222330 08/10/2019 às 08:13

ANAMNESE

Queixa Principal	POS OP DR BRUNO BOTELHO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]
CID10	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE O PRONTUÁRIO
Handwritten signature
 11/9/16



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

24/09/2019 09:25:22

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	M	10/12/1961	57
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	50753355353		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA SAO MANUEL 1125 1125 VILA MANOEL SATIRO FORTALEZA-CE CEP:61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
985754489		MARIA BATISTA DOS SANTOS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
24/09/2019	07:47		CIRURGICO
Médico Atendente			Clinica
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
903400 BRUNO DE BRITO BOTELHO			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano LAR ANTONIO DE PADUA	
22-HAPVIDA_MATRIZ	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
B1961000410004012		

DADOS-DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
RPA - RECUPERACAO POS ANESTESICA	219 LEITO UTI SEMI INTENSIVA	01	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
42504691	99996666	D31203928	INTERNACAO
42504691	30728126	D31203928	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
42504691	30728142	D31206205	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
42504691	30732026	D31206489	ENXERTO OSSEO

NOTA DE SALA

4756186

Atendimento:	62261219	Prontuário:	16063936	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	473618
Cirurgia(s):	30723126	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO	30723142	LESCOS LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO	HAPVIDA_MATRI
			30732026	ENXERTO OSSEO	
Sala Cirúrgica:	SALA CC 01	Sector Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	30158
Equipe Médica:	CIRURGIAO	903400	BRUNO DE BRITO BOTELHO	CRM	9329
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	734403	RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA	CRM	8260
	ANESTESISTA	3828689	LUIZ FLÁVIO BRANDÃO RIBEIRO	CRM	88854

Código	Especificação	Qrde	Código	Especificação	Qrde
31720	Material Médico-Hospitalares			Medicamentos	
31720	ÁGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML		39144	ANTAK 2ML AMPL 2 ML	1
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	30	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
118455	AGULHA DESC DE RAQUE N.25 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	1	119185	EFEDRINA AMPL 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	139923	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	48593	GUCOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48674	IRUXOL BISN 30 GR BISN 30 GR	5
51063	ALGODAO HIDROFLO - 500 GR	60	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	5	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
86762	ARRUELA PI PARAFUSO - 1 UD	2	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2	124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	1	120106	ONIDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
135865	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	39543	TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML	1
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	3	104833	XYLOCAINA S/AD 2% 5ML 5 ML AMPL 5 ML	1
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
119436	FIO MONONYLON (11637) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	1			
165593	FIO Q-PG109X VICRYL ENV 1 UD	1			
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	9	19	Gases / Anestésicos	
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5	4	TAXA DE SALA	Início: 12:40 Fim: 13:40
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1	20	TREPANO	Início: 12:40 Fim: 13:40
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1	15	OXIGENIO	Início: 12:40 Fim: 13:40
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1	16	BISTURI ELÉTRICO	Início: 12:40 Fim: 13:40
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	22	MONITORIZAÇÃO	Início: 12:40 Fim: 13:40
30651	LUVA DESC ESTERIL N-7,0 - 1 PA	8		OXÍMETRO DE PULSO	Início: 12:40 Fim: 13:40
30660	LUVA DESC ESTERIL N-7,5 - 1 PA	1			
30678	LUVA DESC ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORÉ 25X10 TUBO 1000 CM	200			
140436	PARAFUSO CANULADO 4,5MM - 1 UD	2			
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			

ANTONIO PRUDENTE

A	HORA	
G	O ₂	
E	N ₂ O	
N	Ar	
T		
E		
S		

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂ : RR				
ETCO ₂ : RR				
PVC				

FICHA DE ANESTESIA REF.: 7441

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 13:34

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1] Nº: 44608760 24/09/2019 às 12:22

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S920 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S920 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 24/09/2019 [1]

Hora Da Cirurgia 13:33 [1]

Cirurgia trat. cir. fratura do tornozelo
reparo ligamentar
enxerto osseo [1]

Cirurgião Dr Bruno Botelho [1]

1º Auxiliar Dr Rafael Bezerril [1]

Anestesista Dr Luis Flavio [1]

Descrição Cirúrgica Decúbito dorsal [1]
Assepssia e antissepsia
Acesso posterior ao tornozelo
Divulsão por planos
Redução dos fragmentos da fratura do calcâneo
Estabilização com parafusos interfragmentários
Controle radiográfico
Enxertia óssea para preenchimento de falha óssea
Reparo ligamentar do tendão de Aquiles
Hemostasia e limpeza
Sutura por planos
Curativo estéril
Imobilização gessada

Códigos Dos Procedimentos 30728126 [1]
30728142
30732026

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 / RQE 4428

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 10:52

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS DL. Nasco: 10/12/1961 Mandante: 872/12/19 Prescritor: 183903559
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Lado: 219/1

Profissional(is): MICILENE FREITAS MORAIS, ENFERMEIRO(A), COREN 888638 (1) Nº: 44511212 24/09/2019 às 12:55

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	24/09/2019	(1)
Hora Da Cirurgia	12:50h	(1)
Cirurgia	TRATAMENTO DE LUXACAO	(1)

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	(1)
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	(1)
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.	(1)
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	(1)
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	(1)
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	(1)
Via Aérea Difícil	Não.	(1)
Confirmação De Vaga Em UTI	Não.	(1)
Kit Cirurgico Completo Em Sala	sim.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido Cirurgia	sim.	(1)
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido Anestesia	sim.	(1)
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	(1)
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	(1)
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	sim.	(1)

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	(1)
Lateralidade Do Procedimento	Direita.	(1)
Paciente Certo	sim.	(1)
Sítio Cirúrgico Identificado	sim.	(1)
Procedimento	sim.	(1)

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	(1)
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.	(1)
Antibiótico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	sim.	(1)
Checagem Completa Das Medicções Anestésicas	sim.	(1)
Esterilização Do Material Confirmada E Válida	sim.	(1)
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	NÃO.	(1)
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	(1)

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 13:52

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas	sim.	[1]
Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente	Não.	[1]
Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[1]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
25/09/2019 01:18

Paciente: JOSÉ CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Comorbidade: HEMORRÓIDA MATRIZ Nº Prescrição: 23904348 25/09/2019 às 01:16
Paciente: JOSÉ CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Leito: 3015B/2 Enfermeiro(a): JANDERSON LEE MACEDO MOTA
Atividade: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO
Profissionais:

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionando a: EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

RESPIRADOR PROTECTOR

CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS 00:00 12:00

13 - INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

Relacionando a: CIRURGIA

MANTER PELE LIVRE DE UMIDADE 00:00

TIPO DE CURATIVOS ATENTANDO PARA ASPECTO 00:00

Janderson Lee M. Mota
COREN-CE 454.918 ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	DT. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23904355	25/09/2019 às 01:18	
Posto: POSTO 3B - HAPFOR	Leito: 3015B/2		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: JANDERSON LEE MACEDO MOTA (COREN 454918)			
1 - OBSERVAR			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	00:00	12:00	
Nível de Consciência	00:00	12:00	
PADRAO RESPIRATÓRIO	00:00	12:00	
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	00:00	12:00	
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	00:00	12:00	
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR FAMÍLIA E PACIENTE QUANTO A R	00:00	12:00	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Janderson Lee M. Mota
 COREN-CE 454.918 ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23890841	24/09/2019 às 08:27	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Leito: 219/1	Enfermeiro(a): HATYANA VIRGINIA COELHO DE Q	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

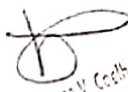
TRATAMENTO CIRÚRGICO

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGISTICOS	Mantido:
-----------------------------	----------


Hatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 157173 ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Id. Nasc.: 10/12/1961	Assendimento: 62261219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPYDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23690677	24/09/2019 às 08:29	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA (COREN 437473)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
Pressão Arterial	Mantido		
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS


THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA
24/09/2019 08:33

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
24/09/2019 15:49

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62251219	Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23898751	24/09/2019 às 15:48	
Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANES	Leito: 219/1	Enfermeiro(a): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1]			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Mantido: [1] OK
POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE	Mantido: [1] OK

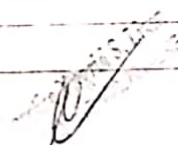
2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: CALAFRIO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

SECUNDÁRIOS A ANESTESIA

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido: [1] OK
ROMOVER AQUECIMENTO DAS EXTREMIDADES	Mantido: [1] OK



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 10/12/1961	Atendimento: 62261219	Prontuario: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ	Nº Prescrição: 23898756	24/09/2019 às 15:50	
Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANES	Leito: 219/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INICIAL (ADMISSÃO)			
Profissionais: LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA (COREN 400703)			
1 - ADMITIR/INSTALANDO			
OXIMETRO DE PULSO	Mantido		
MONITOR CARDÍACO	Mantido		
2 - INSPECIONAR/REGISTRANDO			
PADRAO RESPIRATÓRIO	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Loretha Ingrid Sampaio Lima
COREN 400703-ENG

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 15:48

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): LORETHA INGRID SAMPAIO LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 400703 [1] N°: 44618460 24/09/2019 às 15:45

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem 15:30 - J. C. G. S. 57 ANOS DN: 10/12/1961, ADMITIDO NA RPA, PROVENIENTE DO CC NO POI DE FRATURA DE CALCÂNEO REALIZADO PELO DR BRUNO. [1]

HD: FRATURA DE CALCÂNEO

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES.

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, COM AVP EM MSE FUNCIONANTE, PULSEIRA EM MSD, DIURESE ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO. EVACUAÇÕES AUSENTES. CURATIVO INTEGRO. SEM QUEIXAS ALGICAS. AGUARDA ALTA ANESTÉSICA. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PA: 115 X 65 MMHG, FC: 69 BPM, SATO2: 100%.

GERENCIAMENTO DE RISCO:

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS:

RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONECÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP.

ENFA: LORETHA

AValiação de Dor

Dor (0 A 10) 0 [1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico Sim [1]

Loretha Ingrid S. Lima
CONSIDERANDO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 22:15

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
 Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO 3B - HAPFOR Leito: 3015B/2
 Profissional(is): JANDERSON LEE MACEDO MOTA, ENFERMEIRO(A), COREN 454918 [1] Nº: 44633594 24/09/2019 as 22:13

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

1530 - J. C. G. S. 57 ANOS DN 10/12/1961, NO POI DE FRATURA DE CALCÂNEO REALIZADO PELO DR BRUNO [1]

HD: FRATURA DE CALCÂNEO

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, COM AVP EM MSE FUNCIONANTE, PULSEIRA EM MSD, DIURESE ESPONTANEA PRESENTE NO PERIODO, EVACUAÇÕES AUSENTES, CURATIVO INTEGRAL, SEM QUEIXAS ALGICAS, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

GERENCIAMENTO DE RISCO

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS.

RISCO DE PERCA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO, ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USO.

RISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM DISPOSITIVO PERIFERICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS CONEÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Janderson Lee M. Mota
 COREN-CE 454918 ENF

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/09/2019 10:16

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 10/12/1961

Atendimento: 62261219

Prontuario: 16063936

Convênio: HAPVIDA, MATRIZ

Posto: POSTO 3B - HAPFOR

Leito: 3015B/2

Profissional(is): MARIA MEIRENE ALBUQUERQUE PEREIRA COSTA, ENFERMEIRO(A),
COREN 559493 (1)

Nº: 44649023 25/09/2019 às 10:12

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

(1)

CLIENTE: J. C. G. S. 57 ANOS NO 1º PO DE FRATURA DE
CALCANEO REALIZADO PELO DR BRUNO

COMORBIDADES SEM COMORBIDADES

EVOLUI CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUTRÓFICO EM
AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO, DIETIVO, AYP,
EM ANSE FUNCIONANTE, TUL, SEM EXAMES, DIURSE,
ESPONTANEA PRESENTE NO PERÍODO, EVACUAÇÕES AUSENTES,
CURATIVO ÍNTEGRO, SEM QUEIXAS ALGUMAS
SEDE DE ALTA HOSPITALAR

GERENCIAMENTO DE RISCO

RISCO DE QUEDA: MANTER LEITO COM GRADES ELEVADAS

RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO: ATENÇÃO NO MANUSEIO
ORIENTAR O PACIENTE QUANTO AOS DISPOSITIVOS EM USORISCO DE FLEBITE: INSPECIONAR MEMBRO ACOMETIDO COM
DISPOSITIVO PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS
CONEXÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE
DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

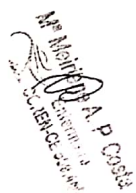
(1)

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Não

(1)


MARIA MEIRENE ALBUQUERQUE PEREIRA COSTA
ENFERMEIRO(A)
COREN 559493

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 12:19

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1] Nº: 44608514 24/09/2019 às 12:18

IDENTIFICAÇÃO

Nome	JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS	[1]
Sexo	masculino.	[1]
Idade	57 A 9 M	[1]
Data De Nascimento	10/12/1961	[1]
Nº Atendimento	62261219	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S920 FRATURA DO CALCANEIO	[1]
----------------	---------------------------	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	Osteossíntese de fratura do calcâneo dir	[1]
-----------	--	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	5 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329/RGE 4408

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 13:33

Paciente: J. LAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO, MÉDICO, CRM 9329 [1] Nº: 44608728 24/09/2019 às 12:21

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

Paciente internado para tratamento cirúrgico de fratura do calcâneo direito. Procedimento realizado sem intercorrências, dentro do programado. Segue para observação e recuperação pós-operatória. CD: VPM

[1]

CID 10

S920 FRATURA DO CALCANEIO

[1]

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 / 2015 / RJ

FOLHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

25/09/2019 10:11

Paciel JSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: POSTO 3B - HAPFOR Leito: 3015B/2
Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA, MÉDICO, CRM 8260 [1] Nº: 44648876 25/09/2019 às 10:11

DADOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1 POS OP DE FRATYRA DE TORNOZELO
EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS
ALTA HOSPITALAR

[1]

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

24/09/2019 08:59

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 10/12/1961

Atendimento: 02261219

Prontuário: 16063936

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN Nº: 44596335 24/09/2019 às 08:43

PACIENTE

Data De Admissão 24/09/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 24/09/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA TORNOZELO DIREITO [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência OXIPINAL - 01 CP 2X/DIA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não. [1]

Etilista Não. [1]

Internações Anteriores SIM [1]

Motivo das Internações CIRURGIA [1]

Cirurgias Anteriores Sim. JOELHO DIREITO [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados [1]

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

Exames E Procedimentos Sangue, ECG DE DIAS ANTERIORES [1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado 71 kg [1]

Intolerância Alimentar Não. [1]

Jejum Sim, DESDE DAS 19HS [1]

Conservado Sim [1]

Dentição Preservada. [1]

ABDOMEN

Exame Abdominal Globoso. [1]

ELIMINAÇÕES

Intestinais Presente. [1]

Urinárias Presente. [1]

Intestinais/ Urinárias NEGA [1]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso Sim. [1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

24/09/2019 08:59

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 10/12/1961

Atendimento: 62261219

Prontuário: 16063936

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir	Não.	[1]
Compreender	Não.	[1]
Memorizar	Não.	[1]
Falar	Não.	[1]

CONFORTO

Queixas de Dor	Não.	[1]
----------------	------	-----

Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 111173 ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

24/09/2019 13:53

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 10/12/1961

Atendimento: 62261219

Prontuário: 16063936

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

FC		[1]
FR	19 mrpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	24/09/19	[1]
Hora	13:00h	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	às 12:30, pct. j.c.g.d.s, 57 anos, masculino. foi admitido no centro cirurgico para submeter-se a uma cirurgia de fratura de tornozelo realizada pelo dr. bruno botelho, pct. consciente orientado, verbalizando, normocorado. foi submetido a uma anestesia de sedação+raqui pelo dr. luiz flavio, nega alergias e comorbidades. será encaminhado para srpa com avp em mse, pulseira em msd, curativo limpo, sem intercorrências no período. segue aos cuidados de enfermagem.	[1]
Eletrodos	torax	[1]
Incisão Cirúrgica	tornozelo	[1]
Placa De Bisturi	coxa	[1]
Punções Venosas	mse	[1]
PÓS-OPERATÓRIO		

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 13:53

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): MICILENE FREITAS MORAIS, ENFERMEIRO(A), COREN 869539 [1] Nº: 44610470 24/09/2019 às 12:58

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	24/09/0019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	fratura de tornozelo	[1]
Pulseira De Identificação	msd.	[1]
Comorbidades	nao	[1]
Nome, dosagem, frequência	nao	[1]
Alergia- Descrição	nao	[1]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	enf.leilane	[1]
Hora	12:30h	[1]
Sala	01	[1]
Condições Da Pele ao Início da cirurgia	Integra	[1]
Início Da Anestesia	12:40	[1]
Término Da Anestesia	13:35	[1]
Início Da Cirurgia	13:00	[1]
Término Da Cirurgia	13:25	[1]
Instrumentador	nonata(particular)	[1]
Circulante	micilene	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	dorsal.	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	direito	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Clorexedine Alcoólico	s	[1]
Clorexedine Degermante	s	[1]
Álcool	s	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	suturada e com curativo	[1]
Grau De Contaminação	limpa.	[1]
Encaminhamento Do Paciente	srpa.	[1]

SINAIS VITAIS

T	36.6 °C	[1]
Pulso	78 bpm	[1]
PA	136/76	[1]
	78 bpm	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 08:43

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN Nº: 44595933 24/09/2019 às 08:34
437473 [1]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 24/09/2019 [1]

Cirurgia FRATURA TORNOZELO DIREITO [1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente EMERGÊNCIA-TRAUMA [1]

Identidade Do Paciente Sim. [1]

Realizados Protocolos De Instrumentais SIM. [1]

Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião Sim. [1]

Exames Complementares Sim. ECG E EXAMES LABORATORIAIS DIAS ANTERIORES [1]

Retirada De Adornos/Próteses Sim. [1]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-
Cirurgia Sim. [1]

Confirmação De Reserva De Sangue Não. [1]

Banho Pre-Operatório Sim. [1]

Paciente Refere Alergia NÃO. [1]

Paciente Está Em Jejum SIM. JEJUM DESDE DAS 19HS [1]

Thatyana Virginia Q. Lima
COREN-CE 44595933 ENF

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

24/09/2019 08:50

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Dt. Nasc.: 10/12/1961

Atendimento: 62261219

Prontuário: 16063936

Convênio: HAPVIDA_MATRIZ

Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

Profissional(is): THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN Nº: 44596335 24/09/2019 às 08:43
437473 [1]

PACIENTE

Data De Admissão 24/09/2019 [1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data Da Cirurgia 24/09/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto FRATURA TORNOZELO DIREITO [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NEGA [1]

Nome, dosagem, frequência OXIPINAL - 01 CP 2X/DIA DIREITO [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não. [1]

Etilista Não. [1]

Internações Anteriores SIM [1]

Motivo das Internações CIRURGIA [1]

Cirurgias Anteriores Sim. JOELHO DIREITO [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Cooperativa. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados

Higienização Sim [1]

Adornos, Esmaltes E Maquiagem Sim [1]

Exames E Procedimentos Sangue. ECG DE DIAS ANTERIORES [1]

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado 71 kg [1]

Intolerância Alimentar Não. [1]

Jejum Sim. DESDE DAS 19HS [1]

Conservado Sim [1]

Dentição Preservada. [1]

ABDOMEN

Exame Abdominal Globoso. [1]

ELIMINAÇÕES

Intestinais Presente. [1]

Urinárias Presente. [1]

Intestinais/ Urinárias NEGA [1]

SONO / REPOUSO

Concilia Sono e Repouso Sim. [1]

Thatyana Virginia Coelho de Queiroz Lima
COREN 44596335

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

05/11/2019 14:58

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62257695 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/3

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9329 [1] Nº: 44592528 24/09/2019 às 06:24

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA DO CALCANEIO DIREITO NO DOMINGO, ARRANCAMENTO DO TENDÃO DE AQUILES, COM SOFRIMENTO CUTANEO NO LOCAL DA FRATURA, NECESSITA TRATAMENTO CIRURGICO [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S920 FRATURA DO CALCANEIO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S920 FRATURA DO CALCANEIO [1]

CID10 S920 FRATURA DO CALCANEIO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI/PRONTUÁRIO
[Assinatura]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

24/09/2019 08:50

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS Dt. Nasc.: 10/12/1961 Atendimento: 62261219 Prontuário: 16063936
Convênio: HAPVIDA_MATRIZ Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: 219/1

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir	Não.	[1]
Compreender	Não.	[1]
Memorizar	Não.	[1]
Falar	Não.	[1]
CONFORTO		[1]
Queixas de Dor	Não.	

Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN: 00000000000000000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
14941580 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
507.533.553-53 10/12/1961

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DOS SANTOS
MARIA BATISTA DOS
SANTOS

PERMISSÃO ACC CATAR
[REDACTED] [REDACTED] A

Nº REGISTRO
05362654110

VALIDADE
25/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
28/11/2011

OBSERVAÇÕES

A ;

Jose Claudio gomes dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
28/07/2016

[Signature]
IDOR VASCONCELOS PONTE

13711458628
CE154626481

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1289796045

PROIBIDO PLASTIFICAR
289796045

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 507.533.553-53 4 - Nome completo da vítima: Jose Claudio Gomes dos Santos

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

5 - Nome completo: Jose Claudio Gomes dos Santos 6 - CPF: 507.533.553-53
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUA São paulo 9 - Número: 1125 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANUEL SATIRO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60713-750
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98781-6626

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 6510 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA 26 de DEZEMBRO 2019
Jose Claudio Gomes dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 507.523.553-53 4 - Nome completo da vítima: Jose Claudio Gomes dos Santos

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

5 - Nome completo: Jose Claudio Gomes dos Santos 6 - CPF: 507.523.553-53
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUA São paulo 9 - Número: 1125 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANUEL SATIRO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60713-750
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 98781-6626

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 4879 CONTA: 2412 3
(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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA 26 de DEZEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470092/19

Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

CPF: 507.533.553-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2019

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO GOMES
DOS SANTOS

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS : 507.533.553-53

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: 27/12/2019
Nome: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS
CPF: 507.533.553-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470092/19

Número do Sinistro: 3190721564

Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

CPF: 507.533.553-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2019

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO GOMES
DOS SANTOS

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS : 507.533.553-53

Autorização de pagamento

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: 03/01/2020
Nome: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS
CPF: 507.533.553-53

JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190721564 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P9 P11 P12 P21 P24)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	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: 3190721564 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P9 P11 P12 P21 P24)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470092/19

Número do Sinistro: 3190721564

Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

CPF: 507.533.553-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2019

Titular do CPF: JOSE CLAUDIO GOMES
DOS SANTOS

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS : 507.533.553-53

Autorização de pagamento

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: 03/01/2020
Nome: JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS
CPF: 507.533.553-53

JOSE CLAUDIO GOMES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE