

Investprev Seguradora S/A
22 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO



Impresso nº 201932245

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 147 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/01/2019 13:59:21**
Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2018 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA GOVERNADOR JOÃO CARLOS**
Complemento: **C/ RUA MAGNOLIA**
Bairro: **SERRINHA**
Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IVISON JOSÉ QUEIROZ LUNA**
Nascimento: **13/08/1979** CPF: **629.183.383-20**
RG: **97029138526**
Filiação: **MARIA LEUIDE QUEIROZ LUNA**
Endereço: **PARQUE DOIS IRMAOS**
Bairro: **PARQUE DOIS IRMAOS**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: **(85) 9973-6064**
CEP: **60.743-270**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OID2578** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0550CR029889** Renavam: **489724060** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **IVISON JOSÉ QUEIROZ LUNA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OI-2578 NA RUA GOVERNADOR JOÃO CARLOS QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA TRAJETÓRIA QUE A VÍTIMA FAZIA COM A MOTO, VINDO A VÍTIMA COLIDIR COM O CACHORRO, CAINDO A VÍTIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA, QUE A VÍTIMA PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO NO HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA MAS A VÍTIMA NÃO FOI ATENDIDA, QUE A VÍTIMA AÇIONOU A AMBULÂNCIA DA HAPVIDA QUE SOCORREU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE POR MEIOS PRÓPRIOS, E NADA MAIS DISSE.//////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA E CRIME CAPITULADO NO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Delânio Campelo Almeida

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201932245

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 147 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/01/2019 13:59:21**
Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2018 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA GOVERNADOR JOÃO CARLOS**
Complemento: **C/ RUA MAGNOLIA**
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IVISON JOSÉ QUEIROZ LUNA**
Nascimento: **13/08/1979** CPF: **629.183.383-20**
RG: **97029138526** Orgão Emissor: **SSPCE**
Filiação: **MARIA LEIDE QUEIROZ LUNA**
FRANCISCO EMILSON SILVA LUNA
Endereço: **RUA SETE, 258 G - CONJUNTO MIRA SOL**
Bairro: **PARQUE DOIS IRMAOS**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

Investprev Seguradora S/A

UF:

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CEP: 60.743-270

Telefone: (85) 9973-6064

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OID2578** UF: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9CZKD0550CR029889 Renavam: **489724060** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OID-2578 NA RUA GOVERNADOR JOÃO CARLOS QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA TRAJETÓRIA QUE A VITIMA FAZIA COM A MOTO, VINDO A VITIMA COLIDIR COM O CACHORRO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA, QUE A VITIMA PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA MAS A VITIMA NÃO FOI ATENDIDA, QUE A VITIMA ACIONOU A AMBULÂNCIA DA HAPVIDA QUE SOCORREU PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-3-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 14/01/2019 14:11:35

Pág. 1 de 2

Impresso em: 14/01/2019 14:11:35



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 201932245

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 147 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:

CPI da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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\$2.001,00 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 POUPEANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (340)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (144)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 o débito, 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 os fins de restituição 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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, bem como a realização da perícia médica decorrente 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 resultado.

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ 42.368.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE BANCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civ) ☐ Divorçado ☐ Separação judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grav 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:

Meios:

Políticos:

Vítima deixou nosoluto (ou 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 provarão 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.

Local e Data:

Nome:

CPI:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPI:

Assinatura

2º Nome:

CPI:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, ao presenciar os 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, erros do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000741-2**

Conta: **000007301-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 04 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**

Nº Sinistro: **3190157760**
IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: **18/11/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190157760**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14531343



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**

Nº Sinistro: **3190157760**
IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: **18/11/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190157760**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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\$ 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: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000741-2**

Conta: **000007301-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190157760

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00741-2

CONTA: 000000007301-6

Nr. Autenticação

BRDESCO220520200500000000002370074100000000730184375 PAGO

BRADERSCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00741-2

CONTA: 000000007301-6

Nr. Autenticação

BRADERSCO1503201905000000000023700741000000007301168750 PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063050/19

Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

CPF: 629.183.383-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

IVISON JOSE QUEIROZ LUNA : 629.183.383-20

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 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: 20/02/2019
Nome: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
CPF: 629.183.383-20

IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019
Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190157760 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA **Data do acidente:** 18/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190157760 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA **Data do acidente:** 18/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: (ABA OUTROS) PÁG 2/3/4

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 intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190157760 Data da solicitação: ____/____/____
Nome do beneficiário: IUISON JOSE QUEIROZ LUNA CPF do beneficiário: 629.183.383-20
Nome do solicitante: IUISON JOSE QUEIROZ LUNA CPF do solicitante: 629.183.383-20

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98529-6730 Tel. Comercial: (85) 99625-3714 Tel. Residencial: (85) 98529-6730
E-mail: RC527310@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros: _____ (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Iuison Jose Queiroz Luna Local e Data: _____
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4734 / 98500.0778

RECEITUÁRIO
ATENDADO

ATESTO PARA OS DEVI-
DOS FINS QUE IVÍSON JOSÉ
AVEIROZ LUNA SOFREU FRATUR-
RA DO TORNOMELO EJA EM
18/11/2018, SUBMETIDO A TRATA-
MENTO CIRÚRGICO COM RE-
DUÇÃO E FIXAÇÃO E ENCON-
TRADA SE COM PERDA FUN-
CIONAL DO TORNOMELO EJA.
75% POR DOR AMOBILIZA-
ÇÃO LIMITAÇÃO DAS MOVI-
MENTOS E NA MARCHA E
DE ALTA MÉDICA DEFINITI-
VA EM 02/12/2019.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5165
CPF: 228.175.923-91

Fortaleza, 02/12/19

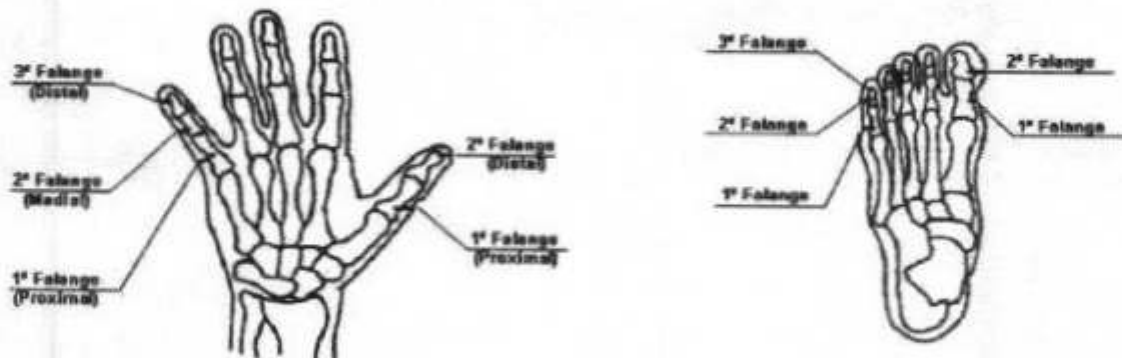
AVISO DE SINISTRO - IPA
ATESTADO DEFINITIVO DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome do Segurado		CPF		Data de nascimento	
IVILSON JOSÉ QVEROZ LUNA		629183383-2		13.08.79	
Endereço Residencial			Nº	Complemento	
R. PEDRO ARTUR			514		
Bairro	CEP	Cidade	UF	DDD	Telefone
JACARECANGA	60310430	FORTALEZA	CE	85	985296730
E-mail					
ILC 527310@GMAIL.COM					
RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (Preenchimento obrigatório)					
1 - Qual a data do acidente?					
18/11/2018.					
2 - Quais as lesões produzidas pelo acidente? Descreva as lesões sofridas e os segmentos/órgãos afetados (extensão, largura, profundidade, etc.)					
FRATURA DO TORNOZELO ESQ.					
3 - CID					
S.82					
4 - Houve internação hospitalar? Em que data? Em que hospital?					
SIM. HOSP. ANTONIO PRUDENTE 18/11/2018.					
5 - Qual o tratamento realizado?					
CIRURGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO.					
6 - Ocorreram complicações no tratamento? Caso positivo, descreva as mesmas e o tratamento					
NÃO.					
7 - Existiam lesões ou doenças preexistentes que agravaram as lesões/sequelas ocasionados pelo acidente? Caso positivo, descreva as lesões/sequelas:					
NÃO.					
8 - Qual o tempo necessário que o Segurado deverá ficar afastado de suas atividades laborais? Justifique:					
12 MESES					
9 - O Segurado já apresenta alta do tratamento pelas lesões causadas pelo acidente?					
☒ Sim Desde 02/12/19. ☐ Não Prevista para					
10 - Existem tratamentos futuros que possam curar ou reduzir as sequelas causadas pelo acidente? Caso positivo, descreva:					
NÃO.					
11 - O paciente apresenta Invalidez?					
☒ Sim ☐ Não ☒ Parcial ☐ Total ☐ Temporária ☒ Permanente					
12 - Em caso de Invalidez permanente descreva com detalhes:					
INCAPACIDADE FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQ POR DOR A MOBILIZAÇÃO LIMITADA DOS MOVIMENTOS					
13 - Classifique de 0 a 100% a invalidez permanente de cada região em separado:					
75% DE PERDA FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQ.					

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM 5155
CPF: 228.775.923-01

FOP 005

14 - Identifique nos modelos as lesões produzidas:



- 1: Frontal
- 2: Orbitais
- 3: Nasal
- 4: Maxilar
- 5: Mandibular
- 6: Auricular
- 7: Occipital
- 8: Labial
- 9: Mentoniana
- 10: Supra-orbital
- 11: Infra-orbital
- 12: Carotídea
- 13: Superficial
- 14: Clavicular
- 15: Infra-clavicular
- 16: Escapular
- 17: Deidiana
- 18: Torácica
- 19: Mamária
- 20: Epigástrica
- 21: Hipogástrica
- 22: Abdominal (Mesoplérica)
- 23: Umbilical
- 24: Hipogástrica
- 25: Pubiana
- 26: Flanco
- 27: Fossa Ilíaca
- 28: Iguaral
- 29: Coxal

- 30: Cervical
- 31: Torço Superior dos Braços
- 32: Torço Médio dos Braços
- 33: Torço Inferior dos Braços
- 34: Deltóide Anterior
- 35: Torço Superior dos Antebraços
- 36: Torço Médio dos Antebraços
- 37: Torço Inferior dos Antebraços
- 38: Punho
- 39: Cúbito do Mito
- 40: Fossa Palmare dos Mito
- 41: Torço Superior do Crânio
- 42: Torço Médio do Crânio
- 43: Torço Inferior do Crânio
- 44: Anterior do Joelho
- 45: Rotuliana
- 46: Torço Superior das Pernas
- 47: Torço Médio das Pernas
- 48: Torço Inferior das Pernas
- 49: Domos das Ptas
- 50: Moléculas Internas
- 51: Moléculas Externas

- 52: Parietal
- 53: Occipital
- 54: Temporal
- 55: Nasal
- 56: Superficial
- 57: Coluna Vertebral
- 58: Axilares
- 59: Deidiana
- 60: Escapular
- 61: Costas Costovertebrais
- 62: Torço Superior do Braço
- 63: Torço Médio do Braço
- 64: Torço Inferior do Braço
- 65: Cotovelo
- 66: Torço Superior do Antebraço
- 67: Torço Médio do Antebraço
- 68: Torço Inferior do Antebraço
- 69: Punho
- 70: Domo da Mão
- 71: Infra-escapular
- 72: Lombares
- 73: Flanco
- 74: Soma
- 75: Glúteo
- 76: Quadril
- 77: Torço Superior da Coxa
- 78: Torço Médio da Coxa
- 79: Torço Inferior da Coxa
- 80: Pélvis
- 81: Torço Superior da Perna
- 82: Torço Médio da Perna
- 83: Torço Inferior da Perna
- 84: Malar Interia
- 85: Calcâneo
- 86: Domo dos Pés

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento

Nome Legível do Médico		Nº do CRM	
DR. JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA		5155	
Endereço Comercial		Nº Complemento	
AV. HUMBERTO MONTE 1440			
Bairro	CEP	Cidade	UF
PARAVELANDIA	6450000	FORTELEZA	CE
DDD		Telefone	
85		32834784	

Foraleza 02/12/19

LOCAL E DATA

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.776.923-01

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COM Nº DO CRM

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 33688693

Data 25/10/2019
Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Nascimento 13/08/1979 Sexo M RG 97029138526 SSP CE CPF 62918338320
Endereço R 07 258 PARQUE 2 IRMÃOS FORTALEZA CE 60743270 Tel 999736064
Convenio HAPVIDA
Matricula 57756000870009019
Solicitante: Dr(a) DAVI MARINHO DE ARA

Queixa Principal:

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

!b#}Ü8'

6300909821

RELATORIO

Exame de controle pos-operatorio de fixação de fratura em fibula distal com placa metálica e parafusos
Ha irregularidade de superficie articular do pilão tibial
Demais aspectos preservados

OBS Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica

OBS Exame documentado em CD

Cosmo Alves de Aquino

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Nome: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**

ID Paciente: 11631342

Número de Acesso: 6300909821

13/08/1979 40Y

Data do Exame: 25/10/2019

2 de 2



Nome: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

13/08/1979 40Y

ID Paciente: 11631342

Data do Exame: 25/10/2015

Número de Acesso: 6300909821

1 de 2

P. N. 10000000
E. L. 10000000
P. N. 10000000

P. N. 10000000
E. L. 10000000
P. N. 10000000



E



14

Nome: **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA**

ID Paciente: 11631342

Número de Acesso: 5520006221

13/08/1979 39Y

Data do Exame: 27/11/2018

1 de 2

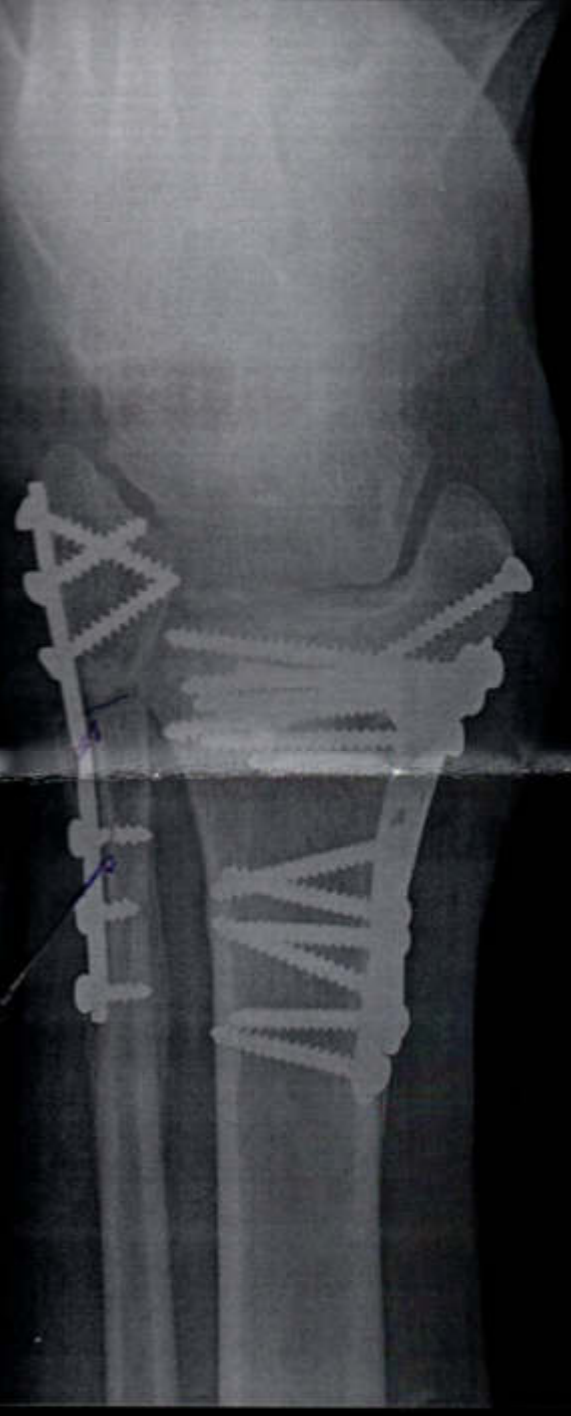




Investprev Seguradora S/A

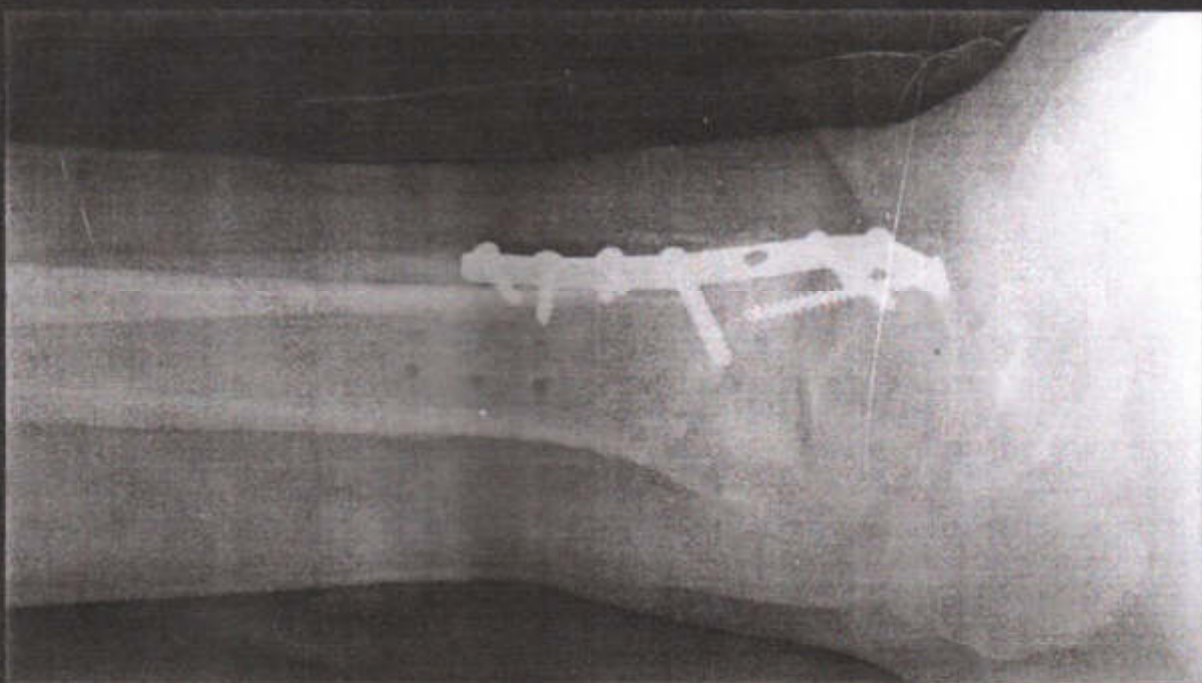
25 JUN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



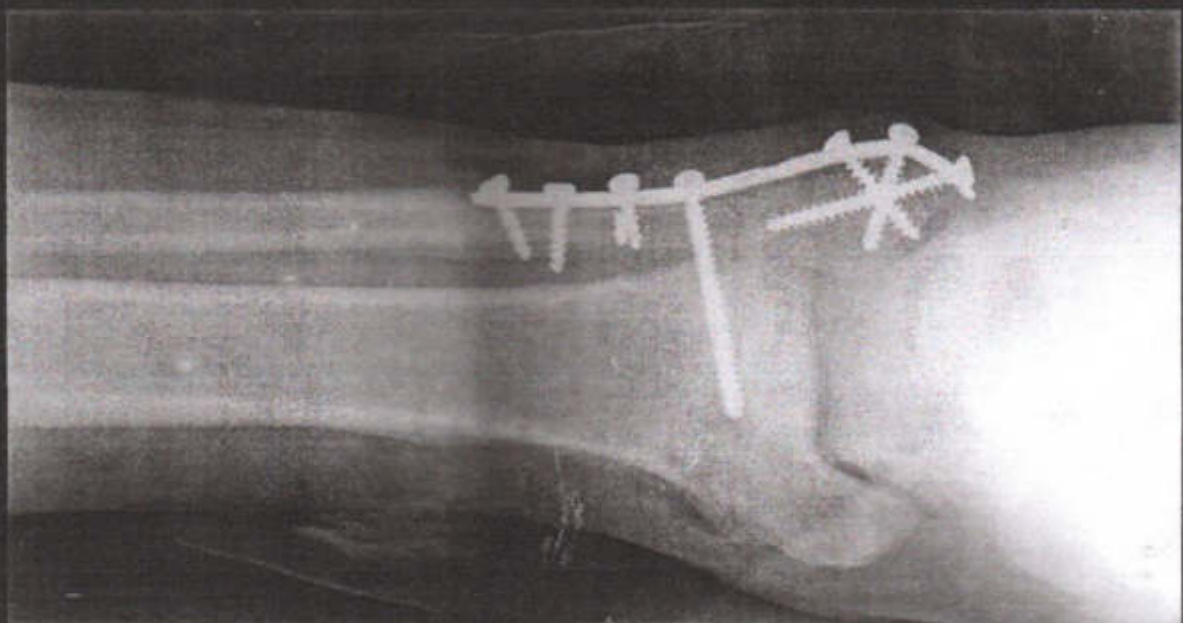
32/12
E
MAGNETIC





E

C.C





33/05/2019



61021501 LL

11/05/2019



m
c.c





ANTONIO PRUDENTE

LAUDO MÉDICO

Declaro que Wilson José Amarghine
submeteu-se a Tratamento cirúrgico
de fratura de Póleo Tibial (Tangor)
reabilitação. Permanência com sequelas
definitiva de redução de arco de
membrado.

31/05/19

Paciente...: 11631342 IVison JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento.: 13/08/1979 Sexo: M RG.: 97029138526 SSP CE CPF.: 62918338320

Endereço...: R 07 258 PARQUE 2 IRMÃOS FORTALEZA CE 60743270 Tel.: 999736064

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC**Queixa Principal:**

PSEUDARTROSES OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

!^4wCE

5917843231

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fibula distal com placa metálica e parafusos.

Superfície e espaços articulares integros.

Presença de fratura alinhada em terço distal da tíbia.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM

RAIOX - HAPFOR

Nº Pedido: 30918432

Data 17/05/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento: 13/08/1979 Sexo: M RG: 97029138526 SSP CE CPF: 62918338320

Endereço: R 07 258 PARQUE 2 IRMÃOS FORTALEZA CE 60743270

Convenio: HAPVIDA MATRIZ

Tel: 999736084

Matricula: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:

PSEUDARTROSES OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

!^4wC

5917843231

RELATÓRIO

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fibula distal com placa metálica e parafusos

Superfície e espaços articulares íntegros.

Presença de fratura alinhada em terço distal da tibia.

OBS : Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS : Exame documentado em CD

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

HOSPITAL ANTONIO J. PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]
SINAIS VITAIS		
Pulso	99 bpm	[1]
PA	136/82	[1]
FC	100 bpm	[1]
OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	17/05/2019	[1]
Hora	15:28	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PACIENTE I.J.Q.L DE 39 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO CC PARA TTO CIRURGICO COM DR TIAGO AGUIAR, PACIENTE ORIENTADO, CONCIENTE, VERBALIZANDO, SOB EFEITO DE ANESTESIA SEDAÇÃO E RAQUE COM DRA ROSA, APÓS O PROCEDIMENTO ENCAMILHADO PARA SRPA, SEGUE AOS CUIDADOS.	[2]
Intercorrências	SEM	[2]
Eletrodos	TORAX	[2]
Incisão Cirúrgica	TORNOZELO ESQUERDO	[2]
Dreno	NÃO	[2]
Placa De Bisturi	NÃO	[2]
Punções Venosas	MSE	[2]
Coxim	NÃO	[2]
PÓS-OPERATÓRIO		



Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Juison José Morano Luna

Passagem: _____ Leitor: _____

Prontuário: 11631346

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	DOR
100 kg	1.83 m					Sólidos: 23:00hs Líquidos: 23:00hs	Adulto X 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ ☹️ 0 1 2 3 4 5

CIRURGIA/ PROCEDIMENTO	DIAGNOSTICO
Pseudotumores em Tonselo Esquerdo	Tratamento Cirurgico

AVALIAÇÃO CLÍNICA																			
Cardio-circulatório	☒ Negativo																		
Tolerância ao exercício																			
☐ Hipertensão	☐ Valvulopatia																		
☐ Angina	☐ Arritmia																		
☐ Coronariopatia	☐ Angioplastia																		
☐ Infarto do miocárdio	☐ ODVP																		
☐ Insuf. Cardíaca	☐ AAA																		
☐ Outras _____																			
Respiratório	☒ Negativo																		
☐ Dependência O ₂	☐ Asma																		
☐ Apnéia do sono	☐ Tuberculose																		
☐ IVAS recente	☐ DPOC																		
☐ Expectoração																			
☐ Outras _____																			
Gastrointestinal/hepático	☒ Negativo																		
☐ Ref. Gastro-esofágico	☐ Gastrite																		
☐ Úlcera péptica	☐ Hepatite																		
☐ Vômito/ diarreia	☐ Icterícia																		
☐ Hérnia de hiato	☐ Cirrose																		
☐ Obst. Intestinal																			
☐ Outras _____																			
Neurológico	☒ Negativo																		
☐ Convulsões	☐ AVC																		
☐ Dormência/ fraqueza	☐ Cefaléia																		
☐ Lesão medular	☐ PIC																		
☐ Outras _____																			
Renal	☒ Negativo																		
☐ Doença renal crônica	☐ Diálise																		
☐ Insuficiência renal																			
☐ Outras _____																			
Hematológico	☒ Negativo																		
☐ Transfusão prévia	☐ Coagulopatia																		
☐ Plaquetopatia	☐ Anemia																		
☐ Outras _____																			
Músculo esquelético	☒ Negativo																		
☐ Dor lombar	☐ Artrite																		
☐ Musculodistrofia																			
☐ Outras _____																			
Endócrino	☒ Negativo																		
☐ Diabetes tipo _____																			
☐ Patologia da tireóide																			
☐ Outras _____																			
Câncer	☒ Negativo																		
☐ Quimioterapia	☐ Radioterapia																		
☐ Outras _____																			
Infeccioso	☒ Negativo																		
☐ HIV																			
☐ Outras _____																			
Gravidez	☐ Negativo																		
☐ Idade gestacional _____ semanas																			
Crianças abaixo de 1 ano	☐ Negativo																		
Condições de Nascimento																			
☐ Internação	☐ Alta com a mãe																		
☐ Termo																			
☐ Pré-termor:																			
☐ Idade gestacional _____ semanas																			
☐ Idade pós-conceitual _____ semanas																			
(idade gest.+ idade atual)																			
Hábitos Sociais	☒ Negativo																		
☐ Tabaco	☐ Cigarros/dia																		
☐ Alcool	☐ Drogas																		
☐ Outras _____																			
Alergias	☐ Negativo																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Metoprolol</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bromoprida</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tipo/Agente	Reação	Metoprolol		Bromoprida														
Tipo/Agente	Reação																		
Metoprolol																			
Bromoprida																			
Cirurgia/anestesia prévia	☐ Negativo																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados relevantes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Apêndicetomia</td> <td>Genérica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Exatoma Torçozz BSG</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes	Apêndicetomia	Genérica		Exatoma Torçozz BSG												
Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes																	
Apêndicetomia	Genérica																		
Exatoma Torçozz BSG																			
Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório	☐ Não																		
☐ Sim																			
Histórico familiar - problemas com anestesia	☐ Não																		
☐ Sim																			
Exame Físico																			
Cardíaco	BURNPIAT - SINAIS																		
Resp.	NV + BILA BEAL SEM R																		
Neuro	LOCUMENEL ORIENTADO																		
Regional	Pseudom Briza TOR																		
Outro	BS																		
Laboratório																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hb</th> <th>Ht</th> <th>Na</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15.2 g/dL</td> <td>48.6%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>R</td> <td>Plaquetas</td> <td>Glicose</td> </tr> <tr> <td></td> <td>317 mmHg</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Hb	Ht	Na	15.2 g/dL	48.6%		R	Plaquetas	Glicose		317 mmHg	3							
Hb	Ht	Na																	
15.2 g/dL	48.6%																		
R	Plaquetas	Glicose																	
	317 mmHg	3																	
Medicação (verificar se tomou no dia da cirurgia)	Omeprazol																		
Via aérea																			
História de via aérea difícil																			
☐ Sim	☐ Não																		
Mallampati																			
☐ I	☒ II	☐ III	☐ IV																
Distância esterno/mento	_____ cm																		
Dentição/Prognatismo																			
Outros																			
Hemorragias	☒ Negativo																		
Tipagem solicitada	NÃO																		
Reserva de _____ U Conc. Glob																			
Avaliação ASA																			
☒ I	☐ II	☐ III	☐ IV	☐ V															
Emergência:	☐ Sim	☒ Não																	
Planejamento Anestésico	Sedação EV + Raquiana																		

Comentários sobre os achados

TP (13 sep); INR (1.03)

DATA	HORA
17/05/19	:13:00

ASSINATING

Spur



CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente
Nome do paciente	Iverson Jones Queiroz Lima
Data de nascimento	13/08/1979
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Raima Freire (esposa)
Procedimento a ser realizado	Pseudotumor

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum ?	X		Desde 23:00 no dia
Possui alergia a medicação ?	X		Bromopride, plavix
Faz uso de alguma medicação ?		X	
Faz uso de anticoagulante?		X	
Problemas cardíacos ?		X	
Tem diabetes ?		X	
Hipertensão Arterial?		X	
Adornos/próteses	X		Entregue ao acompanhante
Cirurgias anteriores	X		Apêndice
Identificação com pulseira	X		

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré operatório	X			
Tricotomia cirúrgica				

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

☐ Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade		X	
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou :

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:			
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica			

Local e data: Font 17/05/19 Horário: 13:20

[Assinatura]
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

[Assinatura]
Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

SSUV
PA = 150 x 80 mmHg
T = 35.7°C
Fc = 96 bpm
Fn = 15 rpm

Obs = Tomou Dexam
às 11:00 hrs
Referiu estar
nervoso e
arreio

1002-1

ANTONIO
PRUDENTE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 14/05/19

Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME COMPLETO: Tamara José Amorim DATA NASC: 13/08/19 IDADE: 39A SEXO: MM PESO: 110
 CIRURGIA REALIZADA: Pneumotomia CIRURGIÃO: Dr. Thiago HORA DA ENTRADA NA RPA: 16:40 h

HORA	P.A. (mmHg)	PULSO (bpm)	RESPIRAÇÃO (irpm)	TEMPERATURA (°C)	GLUCEMIA (mg/dl)	SpO2 (%)	ESCALA DE DOR	OBSERVAÇÕES
16:40	132/72	98	18	35.5	—	99%	—	Edna Pereira
16:55	127/68	96	18	35.6	—	100%	—	Dr. R. Ferreira
17:10	131/77	89	21	35.7°C	—	99	—	Dr. R. Ferreira
17:25	128/72	85	19	35.9°C	—	99	—	Adel Melo
17:40	119/73	91	18	36.3°C	—	99	—	Adel Melo
18:00	126/70	96	20	36.7°C	—	99	—	Adel Melo
18:40	139/75	98	22	36.0°C	—	98	—	Adel Melo

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK	
Atividade Muscular	2
Movimenta os quatro membros	2
Movimenta dois membros	1
E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	2
E capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
Tem apnéia	0
Circulação	2
PA em 20% do nível pré-anestésico	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	2
Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
Desperta, se solicitado	1
Não responde	0
Saturação de O ₂	2
E capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK	
CONSCIÊNCIA	2
ATIVIDADE	1
RESPIRAÇÃO	2
CIRCULAÇÃO	2
SpO2	2
TOTAL	9
HORA	16:40
CONSCIÊNCIA	2
ATIVIDADE	1
RESPIRAÇÃO	2
CIRCULAÇÃO	2
SpO2	2
TOTAL	10
HORA	18:10

OBSERVAÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO DA ALTA DA RPA:

MÉDICO: Dr. R. FerreiraENFERMEIRO(A): Dr. R. FerreiraCÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151CÓDIGO: 151

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

18/05/2019 10:53

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002/1

Profissional(is): WENDELL DE ALCANTARA MENDES, MÉDICO, CRM 14753 [1]

Nº: 38707637 18/05/2019 às 10:52

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT SUBMETIDO A TTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE EM TORNOZELO ESQ EM PRIMEIRO PO. PCT SEM DOR, FO LIMPA E SECA. AVALIAR ALTA AMANHA

[1]

CID 10

S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]

Wendell de Alcantara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14753 / SBO1 14025

18/05/2019 11:00

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002/1

Profissional(is): PRISCILA ARAUJO TEIXEIRA MELO, ENFERMEIRO(A), COREN 499185 [1]

Nº: 38707978 18/05/2019 às 10:59

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT [1]

I. J. Q. L. 39 ANOS. SEXO MASCULINO, DN. 13/08/79.

HD: 1º PO PSEUDARTROSE DE TORNOZELO

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO
EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO
COM AVP EM MSE FUNCIONANTE, PULSEIRA EM MSD, DIURSE
ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO, CURATIVO INTEGRO, 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 PERIFÉRICO, REALIZAR DESINFECÇÃO DAS
CONEXÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE
DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP.

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

0 [1]

Sim [1]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/05/2019 00:20

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/06/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Nº Prescrição: 21919910

19/05/2019 às 00:17

Posto: POSTO 1A

Leito: 1002/1

Enfermeiro(a):

TAINA MENDES TAMBORIL

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO

Profissionais:

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

RENDANT ACESSO VENOSO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

08:00 20:00

9 - DOR AGUDA/CRÔNICA

Relacionado a: REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR

POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFORTÁVEL

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS

REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR Mantido:

POSICIONAR PACIENTE DE FORMA

Manhã Tarde Noite

CONFORTÁVEL

IDENTIFICAR AGENTES LESIVOS

Mantido:

Taina Mendes Tamboril
COREN-CE 512 00-ENF

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

17/05/2019 16:11

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dt. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 59178432	Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133430/1	
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 [1]		Nº: 38673350	17/05/2019 às 16:08
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S82		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S826		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	17/05/2019		[1]
Hora Da Cirurgia	16:08		[1]
Cirurgia	PSEUDOARTROSE DE FIBULA		[1]
Cirurgião	THIAGO		[1]
1º Auxiliar	TACITO		[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ASSEPSIA E ANTISSEPSIA APOSIÇÃO DE CAMPOS ACESSO MEDIAL RETIRADAS PLACAS E PARAFUSOS ACESSO LATERAL RETIRADA PLACA E PARAFUSOS CRUENTIZAÇÃO DO FOCO ENXERTIA LOCAL FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS PASSADO TRANSINDESMAL PARA FIXAÇÃO DE LIGAMENTOS SINDESMÓTICOS SUTURA POR PLANOS CURATIVO		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30728177 PSEUDOARTROSE 30728142 LESOES LIGAMENTARES 30732026 ENXERTO		[1]

Tácito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14109 - TEOT 15349

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Data do Atendimento: 15/03/2019

CEITA

UNDO MÉDICO

CLARO QUE O PACIENTE SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL E ABILITAÇÃO. SEGUE SENTINDO DORES E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO QUE DEVEM CONTINUAR MO SEQUELAS DO ACIDENTE DE FORMA PERMANENTE. AINDA EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA MINIMIZAR OS SINTOMAS

Dr. Thiago Cavalcanti
Cirurgião de Ortopedia e Traumatologia
CRM 11596 - FORTALEZA



Investiprev Seguradora S/A
22 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

10N

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA 15/03/2019 08:38

192.85.4.101

3 - Nº GUIA PRINCIPAL (questão obrigatória)		4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		5 - SÍNTESE		6 - DATA VÁLIDA DA SEMANA		7 - DATA DE EXATIDÃO DA GUAR	
ANS - nº 36.825-3		15/03/19		D02558698					
NÚMERO DA CARTERA		9 - PLANO		10 - NOME DO BENEFICIÁRIO					
NOME		Yinson Jere Aragomes							
1 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CPF		14 - NOME DO CONTRATADO							
2 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
3 - DATA / HORA DA SOLICITAÇÃO		22 - CARÁTER DA SOLICITAÇÃO		23 - CID ICD		24 - INDICAÇÃO CLÍNICA (descrever o problema clínico, sinais, sintomas, antecedentes e afim)		25 - NOME DO CONTRATADO	
4 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		E - Emissão U - Urgência/Emergência		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF	
5 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
6 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
7 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
8 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
9 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
10 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
11 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
12 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
13 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
14 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
15 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
16 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
17 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
18 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
19 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
20 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
21 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
22 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
23 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
24 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
25 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
26 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
27 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
28 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
29 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
30 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
31 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
32 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
33 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
34 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
35 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
36 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
37 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
38 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
39 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
40 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
41 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
42 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
43 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO		28 - NÚMERO DO CONSELHO		29 - UF		30 - CÓDIGO CBO	
44 - TABELA 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - DESCRIÇÃO							

PROT. 36825320190215214479

ANS - n.º 36.825-3	3 - Nº GDM (PNU/CM, (do mesmo animal))	4 - DATA AUTORIZAÇÃO	5 - SÉRIAS	6 - DATA VALIDADE DA SÉRIAS	7 - DATA DE EMISSÃO DA GDM
		15/02/19	P 00034971		

DADOS DO BENEFICIÁRIO		16 - VALORES DA CARTA
1 - NOME DO BENEFICIÁRIO	2 - PLANO	
3 - NOME	4 -	
5 -	6 -	
7 -	8 -	
9 -	10 -	
11 -	12 -	
13 -	14 -	
15 -	16 -	
17 -	18 -	
19 -	20 -	
21 -	22 -	
23 -	24 -	
25 -	26 -	
27 -	28 -	
29 -	30 -	
31 -	32 -	
33 -	34 -	
35 -	36 -	
37 -	38 -	
39 -	40 -	
41 -	42 -	
43 -	44 -	
45 -	46 -	
47 -	48 -	
49 -	50 -	
51 -	52 -	
53 -	54 -	
55 -	56 -	
57 -	58 -	
59 -	60 -	
61 -	62 -	
63 -	64 -	
65 -	66 -	
67 -	68 -	
69 -	70 -	
71 -	72 -	
73 -	74 -	
75 -	76 -	
77 -	78 -	
79 -	80 -	
81 -	82 -	
83 -	84 -	
85 -	86 -	
87 -	88 -	
89 -	90 -	
91 -	92 -	
93 -	94 -	
95 -	96 -	
97 -	98 -	
99 -	100 -	

[illegible]

DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS	
22 - CATEGORIA DA SOLICITAÇÃO	23 - CID 10
F - Exame; B - Superfície/Imagem	24 - INDICAÇÃO CLÍNICA (descrever o problema clínico, história, evolução, referências e alto grau)
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - OBSERVAÇÃO
	Finalmente 65 - op 100g
	10

[illegible]

INVESTPREV SEGUROADORA S/A		INFORMAÇÃO DE PROFISSIONAL RESPONSÁVEL / COMITÊ	
42 - CONSULTING PROFISSIONAL	43 - ADMINISTRATIVO E CONSULTING	44 - OUT	45 - OUTROS CARGOS

[illegible][illegible]

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO

Assinatura do Usuário / Representante

Investprev Seguradora S/A
22 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

PRUDENTE

Paciente:	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convênio:	HAPVIDA MATRIZ
Profissional(is):	THIAGO AGUIAR CAVACANTI DE OLIVEIRA, MÉDICO, CRM 11506 11
Atendimento:	55006156
Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR
Leito:	133430/2
Prontuário:	11631342
Nº:	30420118
19/11/2018	às 13:06

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Cirúrgico	
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	19/11/2018
Hora Da Cirurgia	13:10
Cirurgia	PILOO
Cirurgião	THIAGO

Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ASSEPSIA E ANTISSEPISIA APOSEIÇÃO DE CAMPOS ACesso MEDIAL AO PILAO VERIFICADA FRATURA COMINUTA REDUÇÃO COM CONTROLE RADIOSCOPICO FIXAÇÃO COM 2 PLACAS EM T ACesso SOBRE MALLEOLO LATERAL REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA SOB CONTROLE RADIOSCOPICO REPARO LIGAMENTAR ENXERTIA LOCAL LIMPEZA SUTURA POR PLANOS
Códigos Dos Procedimentos	30727138 FRATURA TIBIA 30726142 LESÕES LIGAMENTARES 30732026 ENXERTO

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]

[1]



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

TOMOGRAFIA - HAPFOR

Nº Pedido: 28042474

Data: 19/11/2018
Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento...: 13/08/1979 Sexo: M RG.: 97029138526

Endereço...: R 136 33 PASSARE FORTALEZA CE 60744670

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:

FRATURA DE TORNOZELO

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO

Foram realizados cortes tomográficos do tornozelo, em aparelho multidetector, apenas sem a administração de contraste venoso, com reconstruções multiplanares.

Fratura articular completa com multifragmentação da extremidade articular distal da tibia, com desvio e angulação dos fragmentos e impactação da sua porção proximal com perda da relação articular habitual.

Fratura linear completa da região metafisária fibular distal, com diástase e angulação das margens e desvio posterior da base fibular avulsionada.

Demais estruturas ósseas do tornozelo íntegras, com relação corticomedular preservada.

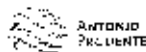
Accentuada densificação de partes moles perimaleolares, sugestivo de edema.

Derrame articular tibiotalar de pequeno volume.

117

ANDERSON CISNE JUNIOR - CRM 10160-CE

Investiprev Seguradora S/A
22 MAR 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 28208534

Data 29/11/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento...: 13/08/1979 Sexo: M RG.: 97029138526 SSP CE CPF.: 62918338320

Endereço...: R PEDRO ARTHUR 514 JACARECANGA FORTALEZA CE 60744670 Tel.: 999736064

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 67756000870009019

Solicitante: Dr(a) PAULO HENRIQUE SCUZ

Queixa Principal:

DOR

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

!Z:>48"

5523271721

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fraturas em tibia e fibula distais com placas metálicas e parafusos.

Demais aspectos preservados.

OBS : Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 464

INSTITUTO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR

Nº Pedido: 28184237

Data 27/11/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento...: 13/08/1979 Sexo: M RG.: 97029138526 SSP CE CPF.: 62918338320

Endereço...: R PEDRO ARTHUR 514 JACARECANGA FORTALEZA CE 60744670 Tel.: 999736064

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) ANTONIO LUIZ VIEIRA

Queixa Principal:

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

IZ7#a8

5520006221

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fraturas em tibia e fíbula distais com placas metálicas e parafusos.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



ANTÔNIO PRUDENTE

Reclamo para os serviços pois
que não foram feitos exames
Submissão a tratamento devido
a falta de pelo menos a Tensão
Este um problema principal
e, em alguns casos, estão de
alto desempenho

22/01/19

Dr. Thiago Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Especialista de Ortopedia e Traumatologia
CRM: 127.000 - RPPS: 127.000

Hospital Antônio Prudente - Av. Aguanambi, 1627, Bairro de Fátima

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-640 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA** às 09:15 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **90 (NOVENTA)** dias,
a partir de **19/11/2018**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S82

Código da Doença

19/11/2018

Local e Data

Assinatura do Médico

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

CRM 8260

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Aceito a Colocação do CID. Assinado LS _____

Código de Autenticação : DEPI18D/00K0

113902

R. RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

02/11/2018 08:15

132,85 € 101

Diag. Fratura de perna (S82)
dp acidente em dia de folga!
Atestado: 19/11 a 03/12/18
Enc. INSS

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
CRM 8260
R. RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Sr. **IVISON JOSE QUEIROZ LUNA** compareceu nos dias **13/12/2018 à 16/01/2019** para o atendimento com a Fisioterapeuta, **STEPHANIE CUSTODIO DE ANDRADE RODRIGUES** na especialidade de **MEDICINA FISICA E REABILITAÇÃO/FISIOTERAPIA** SESSÃO para **PÓS OPERATÓRIO DE FX LUXACAO DO PILAO TIBIAL DO TORNOZELO ESQUERDO**

Totalizando 17 SESSÕES

O mesmo necessita dar continuidade ao tratamento.

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Stephanie Custodio de A. Rodrigues
Fisioterapeuta
CREPRO 179.324-F

FORTALEZA, 16 DE JANEIRO DE 2018



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR

Nº Pedido: 28415799

Data 12/12/2018

Pag 1 de 1

Paciente.: 11531342 WISON JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento.: 13/08/1979 Sexo: M RG.: 97029138526 SSP CE CPF.: 62918338320

Endereço.: R PEDRO ARTHUR 514 JACARECANGA FORTALEZA CE 60744670 Tel.: 999736064

Convenio.: HAPVIDA MATRIZ

Matricula.: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) TACITO YURI MELO RA

Queixa Principal:

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

IZWRT8

5552884921

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fraturas em tibia e fibula distais com placas metálicas e parafusos.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº. 484

11/01/2019 16:08

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1978

Atendimento: 54987700

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 13322711

Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13248 [1]

Nº: 30397758 18/11/2018 às 23:35

ANAMNESE

Queixa Principal

VITIMA DE QUEDA MOTO COM FRATURA DE TORNOZELO
ESQUERDO FECHADO
SOLICITO PRE-OPERATORIO

[1]

Queixa Principal

[5]

Diagnóstico Inicial

43 DOR ARTICULAR

CID10

M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

VITIMA DE QUEDA MOTO COM FRATURA DE TORNOZELO
ESQUERDO FECHADO
SOLICITO PRE-OPERATORIO

[1]

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS

[1]

CID19

M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECIFICOS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONFERE O PRONTUÁRIO
LEONARDO 21082
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:09

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasco.: 13/08/1979

Atendimento: 54997700

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): JOSE AIRTON DE SOUSA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 99289 (1) Nº: 30398484 19/11/2019 às 00:27

CONTROLE VITAIS

SINAIS VITAIS

T	37 °C	[1]
PA	120x70	[1]
FC	88 bpm	[1]
FR	17 rpm	[1]

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONFERE O PRONTUÁRIO

Investprev Seguradora S/A
22 FEV 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONFERENCE OF MEMBERS
LEANDER

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

DT. Naso.: 13/08/1979

Atendimento: 55008158

19/11/2018 13:05

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Prontuário: 11531342

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVACANTO DE OLIVEIRA MEDICO GEN 1150811335723 Nº: 30420084 19/11/2018 às 13:05

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DE TORNOZELO SEM INTERCORRENCIAS

[1]

CID 10

S92 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO

[1]

Dr. Thiago Cavacanto
Tornozelo-Ortopedia
CSM 11508 / REG 113357

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

20/11/2018 07:30

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dt. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55006155	Prontuário: 11631342
Convenio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO 1B	Leito: 1021/2	
Profissional(is): VANESSA CANA MONTEIRO, ENFERMEIRO(A) COREN 45434711			
Nº: 30451158 20/11/2018 às 07:29			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

MF

[1]

PACIENTE I.J.L. 39 ANOS, SEXO MASCULINO. HD: 1º PO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. ADMITIDO NO POSTO 1B, PROVENIENTE DA RPA. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, SSVV ESTÁVEIS. DIETA V.O. COM BOA ACEITAÇÃO. AVP FUNCIONANTE P/ HV+TM. DIURSE ESPONTÂNEA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCO
INFECÇÃO. OBSERVAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Handwritten signature and stamp

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 13:29

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasç.: 13/08/1979

Atendimento: 55006156

Frentuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posiç: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

Profissional(is): MARTA MARIA ALVES ENFERMEIRO(A) COREN 350020 Nº: 30421016 19/11/2018 às 13:27

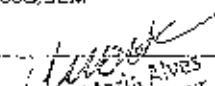
OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Intercorrências

PACIENTE NA RPA APOS POI FRATURA DE TIBIA, EVOLUI
CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCARDICA, NÍVEL PRESSORICO
ESTAVEL,
PA: 123X63MMHG, FR: 18RPM, FC: 62BPM, SATO2: 98%, T: 36C, SEM
QUEIXAS

ENFA: MARTA MARIA 350020

[1]


Marta Maria Alves
COREN 350020 - ENF

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

 ANTÔNIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO		Data de Revisão: 10.09.2018- V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Sector: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1

NOME COMPLETO DO PACIENTE: Wilson Jose DATA DO NASCIMENTO: / /

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Tramã DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 8/11/18

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR "SIM"

☐ Não consegue se alimentar bem?	1 +
☐ História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
☐ Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
☐ Escorre alimento pela boca?	4 +
☐ Demora muito para engolir?	5 +
☐ Movimenta a cabeça e/ou muda expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
☐ Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
☐ Há tosse com líquido?	8 +
☐ Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
☐ Não consegue engolir?	10 +
☐ Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +
SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE: <u>0</u>	

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

RESULTADO:	RISCO ALTO ()	RISCO MODERADO ()	RISCO BAIXO (X)
------------	----------------	--------------------	-----------------

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de déficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral), ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sorteio quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis do risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decúbito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente.
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia.

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

Yamara Feres de Araújo
COREN CE 42727 ENF

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA DL Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 56006156 Pronto-socorro: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133430/2
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVACANTIDE OLIVEIRA MEDICO CRM 115067/PA 5741 Nº: 30420118 19/11/2018 às 13:06

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Cirúrgico	S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [1]
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	18/11/2018 [1]
Hora Da Cirurgia	13:10 [1]
Cirurgia	PILÃO [1]
Cirurgião	THIAGO [1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO APOSIÇÃO DE CAMPOS ACESSO MEDIAL AO PILÃO VERIFICADA FRATURA COMINUTA REDUÇÃO COM CONTROLE RADIOSCÓPICO FIXAÇÃO COM 2 PLACAS EM T ACESSO SOBRE MALEOLO LATERAL REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA SOB CONTROLE RADIOSCÓPICO REPARO LIGAMENTAR ENXERTIA LOCAL LIMPEZA SUTURA POR PLANOS [1]
Códigos Dos Procedimentos	30727139 FRATURA TÍBIA 30728142 LESÕES LIGAMENTARES 30732026 ENXERTO [1]

22/11/2018 13:06

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55005158

Prontuário: 11631342

19/11/2018 11:11

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/2

Profissional(is): VALERIA DOS SANTOS ALBUQUERQUE SOUSA ENFERMEIRO(A) COREN: 883782/115

Nº: 30413760 19/11/2018 às 11:07

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia

19/11/2018

Hora Da Cirurgia

10:30

Cirurgia

tto cirurgico de fratura de tibia

Equipe Cirúrgica

dr. thiago aguiar \ drs. romana \ valéria \ cintia \ monica (port.) \ andréia (portogêrese)

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmar Identidade Do Paciente

sim.

Prontuário Ativo

sim.

Opme Checado

sim.

Checagem Completa Dos Equipamentos

sim.

Alergias Do Paciente São Conhecidas

não.

Checagem Completa Das Medicções Anestésicas

sim.

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sanguo Se Risco De Perda Sanguínea (> 500 ml/Adulto - 7 ml/Kg Crianças)

não.

Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração

não.

Confirmação De Vaga Em Uti

sim.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Membros da Equipe Cirúrgica

sim.

Lateralidade Do Procedimento

esquerda.

Paciente Certo

sim.

Sítio Cirúrgico Identificado

sim.

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado

sim.

Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento

sim.

Antibiótico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos

Sim. kefazol (2g) às 10:30.

Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia e ser aplicada

sim.

Esterilização Do Material Confirmada E Validada

sim.

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Orientação De Posicionamento De Membros

sim.

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados

sim.

Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura

sim.

Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica

não se aplica.

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião

sim.

Investprev Seguradora S/A

22-FEV-2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Nome: Enferm. José Glicerio Lima Data: 11/11/19
Idade: 20 Sexo: M Sem. 21 1
Profissão: 123631342 Assistente Administrativo
Diagnóstico: 1
Gravidez: Gravidez fisiológica
Gravidez: 2 1

Timing diagram for the 80486 showing signals: ACRN, CS, RD, A, and DQ[16:0]. The diagram illustrates a sequence of memory accesses. The first two are reads, followed by a write, and then a series of reads. The signals are plotted against time, with a 100ns scale bar.

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	EKGógrafo	Oxímetro de pulso	PRESSÃO INVASIVA
Nº 07	Nº 07			

③ $\frac{100}{100} \cdot 100\%$

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

[illegible]

VOLUME		DROGAS		EVENTO	
1	100 ml	1	100 ml	1	100 ml
2	100 ml	2	100 ml	2	100 ml
3	100 ml	3	100 ml	3	100 ml
4	100 ml	4	100 ml	4	100 ml
5	100 ml	5	100 ml	5	100 ml
6	100 ml	6	100 ml	6	100 ml
7	100 ml	7	100 ml	7	100 ml
8	100 ml	8	100 ml	8	100 ml
9	100 ml	9	100 ml	9	100 ml
10	100 ml	10	100 ml	10	100 ml
11	100 ml	11	100 ml	11	100 ml
12	100 ml	12	100 ml	12	100 ml
13	100 ml	13	100 ml	13	100 ml
14	100 ml	14	100 ml	14	100 ml
15	100 ml	15	100 ml	15	100 ml
16	100 ml	16	100 ml	16	100 ml
17	100 ml	17	100 ml	17	100 ml
18	100 ml	18	100 ml	18	100 ml
19	100 ml	19	100 ml	19	100 ml
20	100 ml	20	100 ml	20	100 ml
21	100 ml	21	100 ml	21	100 ml
22	100 ml	22	100 ml	22	100 ml
23	100 ml	23	100 ml	23	100 ml
24	100 ml	24	100 ml	24	100 ml
25	100 ml	25	100 ml	25	100 ml
26	100 ml	26	100 ml	26	100 ml
27	100 ml	27	100 ml	27	100 ml
28	100 ml	28	100 ml	28	100 ml
29	100 ml	29	100 ml	29	100 ml
30	100 ml	30	100 ml	30	100 ml
31	100 ml	31	100 ml	31	100 ml
32	100 ml	32	100 ml	32	100 ml
33	100 ml	33	100 ml	33	100 ml
34	100 ml	34	100 ml	34	100 ml
35	100 ml	35	100 ml	35	100 ml
36	100 ml	36	100 ml	36	100 ml
37	100 ml	37	100 ml	37	100 ml
38	100 ml	38	100 ml	38	100 ml
39	100 ml	39	100 ml	39	100 ml
40	100 ml	40	100 ml	40	100 ml
41	100 ml	41	100 ml	41	100 ml
42	100 ml	42	100 ml	42	100 ml
43	100 ml	43	100 ml	43	100 ml
44	100 ml	44	100 ml	44	100 ml
45	100 ml	45	100 ml	45	100 ml
46	100 ml	46	100 ml	46	100 ml
47	100 ml	47	100 ml	47	100 ml
48	100 ml	48	100 ml	48	100 ml
49	100 ml	49	100 ml	49	100 ml
50	100 ml	50	100 ml	50	100 ml
51	100 ml	51	100 ml	51	100 ml
52	100 ml	52	100 ml	52	100 ml
53	100 ml	53	100 ml	53	100 ml
54	100 ml	54	100 ml	54	100 ml
55	100 ml	55	100 ml	55	100 ml
56	100 ml	56	100 ml	56	100 ml
57	100 ml	57	100 ml	57	100 ml
58	100 ml	58	100 ml	58	100 ml
59	100 ml	59	100 ml	59	100 ml
60	100 ml	60	100 ml	60	100 ml
61	100 ml	61	100 ml	61	100 ml
62	100 ml	62	100 ml	62	100 ml
63	100 ml	63	100 ml	63	100 ml
64	100 ml	64	100 ml	64	100 ml
65	100 ml	65	100 ml	65	100 ml
66	100 ml	66	100 ml	66	100 ml
67	100 ml	67	100 ml		

[illegible]

Ass. Amministrativa - 1997

[Handwritten signature]

1997

CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR
(MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE)



ANTONIO
PRUDENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: <u>Wilson José R. Lima</u>	Sector: _____	Leito: <u>11</u>	Data: <u>19/01/19</u>
Confirmação de local de destino: ☒ Sim ☐ Não	Data de Nascimento: _____		
Motivo da internação na unidade: <u>fratura de fêmur</u>			
Dispositivos em uso			
☒ Não, Sim, especificar: ☐ Marcapasso ☐ Alcap ☐ Bomba de infusão ☐ TQT ☒ CVP ☐ VM ☐ CVC ☐ SNG, SNE e GTT ☐ Cateter de dialise ☐ SVD ☐ Drenos			
☒ Transferência interna: ☐ Enfermaria ☐ UTI ☐ Outros: _____ ☐ Transferência externa: _____			
Médico assistente: _____			

AValiação de Riscos

Data: 19/01/19 Hora: _____ h

Avaliação de riscos: Queda ☐ LP ☐ Flebite ☐ Broncoaspiração ☐ Perda de dispositivo ☐

INTEGRIDADE DA PELE
☒ Inteira ☐ Lesão por pressão, especificar Local: _____ Grau: _____ Curativo: Local: _____ Grau: _____

MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO
☒ Não ☐ Sim, especificar: ☐ Anticoagulante ☐ Insulina ☐ Opióides (ex: morfina, fentanil, tramal, codeína) ☐ Sedativos (ex: benzodiazepínicos)

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

NECESSIDADE DE ISOLAMENTO
☒ Não ☐ Sim, tipo: ☐ Contato ☐ Respiratório ☐ Reverso

ALERGIA
☒ Não ☐ Sim Medicamento: _____

Objetos do paciente
☒ Não ☐ Sim, Especificar: _____

PENDÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME
☒ Não ☐ Sim, especificar: _____

RESPONSÁVEL UNIDADE DE ORIGEM (assinatura e carimbo)	RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE DESTINO (assinatura e carimbo)
Data e hora: _____	Data e hora: _____

OBSERVAÇÕES: <u>Sem pendência!</u>
Data: _____
Medicação de alto custo: _____
Outros: _____



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
55786676



11/01/2019 18:20:03

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

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11631342	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	M	13/08/1979	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
57029138526 SSP CE	52918338320		1-CASADO	
Endereço				
R PEDRO ARTHUR,514 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 60744670				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
999736064				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 RAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CIUTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
57756000870009019		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
25/12/2018	14:22		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
29305081 EDILMAR FERREIRA LESSA			6-TRAUMATOLOGICA
Medicamento			Prescrição de temperatura (°C)

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data inicial: 12/12/2018	Atendimento: 05286676	Médico prescritor: *	Consultar	POP	Histórico
Data final: 12/01/2019	Procedido:	Consultar			
Carência:	Atendimentos com alta administrativa	Atendimentos com pendências no prévio	Atendimentos locais para auditoria	13485	14328
Atendimentos abarcados pela enfermagem					

Documentos	Assessoria	Tratando	Nome do Paciente	Exame/Exame	Idade	Sexo
Prescrição Médica	05/01/2019	12/01/2019	MONTE JOSE QUEIROZ LIMA	12/01/2019	30A ANOS	Masculino

Pendências do Atendimento de Alta	Imp. por Tipo de Documento	Assessoria	Nome do Paciente
		05/01/2019	MONTE JOSE QUEIROZ LIMA

Tipos de documentos		Visualizar		Assinatura do Atendente	
		Data Hora	Profissional	Assinatura	Assinado
5-1 Negativa Médica		25/12/2018 15:22:27		Assinado	Assinado
7 Prescrição Médica		25/12/2018 15:22:10		Assinado	Assinado
14 Exame Médico Externo					
3 Exames Médicos					
10 Atestado Médico					
17 Declaração					
6 Exames Médicos					
5 Solução de Paciente Médico					
4 Atestado do Paciente					
3 Exames Médicos					
17 Exames Médicos					

Ver histórico de digitalizações

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



SANTO CRUZ
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
TOMOGRAFIA - HAPFOR
NºPedido: 28042474

Data 19/11/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE GUEIROZ LUNA

Nascimento...: 13/08/1979 Sexo: M RG.: 97029138526 SSP CE CPF.: 62918338320

Endereço...: R 136 33 PASSARE FORTALEZA CE 60744670

Tel.: 999736084

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula...: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Queixa Principal:

FRATURA DE TORNOZELO

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC

Yápff

5499770061

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO

Foram realizados cortes tomográficos do tornozelo, em aparelho multidetector, apenas sem a administração de contraste venoso, com reconstruções multiplanares.

Fratura articular completa com multifragmentação da extremidade articular distal da tíbia, com desvio e angulação dos fragmentos e impactação da sua porção proximal com perda da relação articular habitual.

Fratura linear completa da região metafisária fibular distal, com diástase e angulação das margens e desvio posterior da base fibular avulsionada.

Demais estruturas ósseas do tornozelo íntegras, com relação corticomedular preservada.

Acentuada densificação de partes moles perimaleolares, sugestivo de edema.

Derrame articular tibiotalar de pequeno volume.

ANDERSON CISNE JUNIOR - CRM 10160-CE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
55528849



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

11/21/2019 19:19:48

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11631342	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	M	13/08/1979	39
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
97029133526 SSP, CE	62918338320		1-CASADO	
Endereço				
R PEDRO ARTHUR, 514 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 60744670				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
999736064				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA MATRIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA	COLETIVO
Carteira	Validade	
57756000870009019		

Investprev Seguradora S/A
22 FEV 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor		
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG		
Data	Hora	Matricula
12/12/2018	16:44	
Médico Atendente	Tipo Atendimento	
2563455 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA	6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante	Clinica	
	6-TRAUMATOLOGICA	
	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

Data inicial:	12/07/2018	Atendimentos:	55520319	Médico prescritor:		Computar	PEP	Histórico
Data final:	11/01/2019	Prescrição:		Conversor:				
Continuar:		Atendimentos com alta administrativa		Atendimentos liberados pelo sistema			13458	14343
		Atendimentos com pendências no processo		Atendimentos liberados pelo enfermeiro				

Documentos	Atendimento	Prescrição	Nome do paciente	Data de nascimento	Sexo	Síntese
12/07/2018 - 11/01/2019	55520319	11/01/2019	MSO: JOSE GUEPOS LUNA	13/08/1979	SEXO: M	Masculino

Pendências de Atendimento de Alta	Assinatura	Nome do paciente	Data de nascimento
		MSO: JOSE GUEPOS LUNA	

Tipos de documentos	Visualizar	Imprimir Documento
1-1 Registro Médico	Quarta	Exatidão
1-2 Prescrição Médica	12/07/2018 17:51:05	ASSINADO
1-3 Prescrição Médica Especial	12/07/2018 16:52:16	ASSINADO
1-4 Prescrição Médica		
1-5 Prescrição Médica		
1-6 Prescrição Médica		
1-7 Prescrição Médica		
1-8 Prescrição Médica		
1-9 Prescrição Médica		
1-10 Prescrição Médica		
1-11 Prescrição Médica		
1-12 Prescrição Médica		
1-13 Prescrição Médica		
1-14 Prescrição Médica		
1-15 Prescrição Médica		
1-16 Prescrição Médica		
1-17 Prescrição Médica		
1-18 Prescrição Médica		
1-19 Prescrição Médica		
1-20 Prescrição Médica		
1-21 Prescrição Médica		
1-22 Prescrição Médica		
1-23 Prescrição Médica		
1-24 Prescrição Médica		
1-25 Prescrição Médica		
1-26 Prescrição Médica		
1-27 Prescrição Médica		
1-28 Prescrição Médica		
1-29 Prescrição Médica		
1-30 Prescrição Médica		
1-31 Prescrição Médica		
1-32 Prescrição Médica		
1-33 Prescrição Médica		
1-34 Prescrição Médica		
1-35 Prescrição Médica		
1-36 Prescrição Médica		
1-37 Prescrição Médica		
1-38 Prescrição Médica		
1-39 Prescrição Médica		
1-40 Prescrição Médica		
1-41 Prescrição Médica		
1-42 Prescrição Médica		
1-43 Prescrição Médica		
1-44 Prescrição Médica		
1-45 Prescrição Médica		
1-46 Prescrição Médica		
1-47 Prescrição Médica		
1-48 Prescrição Médica		
1-49 Prescrição Médica		
1-50 Prescrição Médica		
1-51 Prescrição Médica		
1-52 Prescrição Médica		
1-53 Prescrição Médica		
1-54 Prescrição Médica		
1-55 Prescrição Médica		
1-56 Prescrição Médica		
1-57 Prescrição Médica		
1-58 Prescrição Médica		
1-59 Prescrição Médica		
1-60 Prescrição Médica		
1-61 Prescrição Médica		
1-62 Prescrição Médica		
1-63 Prescrição Médica		
1-64 Prescrição Médica		
1-65 Prescrição Médica		
1-66 Prescrição Médica		
1-67 Prescrição Médica		
1-68 Prescrição Médica		
1-69 Prescrição Médica		
1-70 Prescrição Médica		
1-71 Prescrição Médica		
1-72 Prescrição Médica		
1-73 Prescrição Médica		
1-74 Prescrição Médica		
1-75 Prescrição Médica		
1-76 Prescrição Médica		
1-77 Prescrição Médica		
1-78 Prescrição Médica		
1-79 Prescrição Médica		
1-80 Prescrição Médica		
1-81 Prescrição Médica		
1-82 Prescrição Médica		
1-83 Prescrição Médica		
1-84 Prescrição Médica		
1-85 Prescrição Médica		
1-86 Prescrição Médica		
1-87 Prescrição Médica		
1-88 Prescrição Médica		
1-89 Prescrição Médica		
1-90 Prescrição Médica		
1-91 Prescrição Médica		
1-92 Prescrição Médica		
1-93 Prescrição Médica		
1-94 Prescrição Médica		
1-95 Prescrição Médica		
1-96 Prescrição Médica		
1-97 Prescrição Médica		
1-98 Prescrição Médica		
1-99 Prescrição Médica		
1-100 Prescrição Médica		

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:13

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55528849

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133229/2

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1] Nº: 31346819 12/12/2018 às 16:52
THAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [2]

ANAMNESE

Queixa Principal POS-OP TORNOZELO ESQ [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial S82 <CID-10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID-10 S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral POS-OP TORNOZELO ESQ [2]

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID-10 S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO [1]

CID-10 S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação e Cuidados Alta após cuidados e/ou medicação [2]

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:14

Paciente: MISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1978

Atendimento: 55528849

Prontuário: 11531342

Convênio: MAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E C/ Leito: 133229/2

Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11596 [2]

Nº: 31349269 12/12/2018 às 17:50

ANAMNÊSE

Queixa Principal:	SOA EVO. UÇÃO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
---	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO	[1]
CID10	S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:09

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55200062

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/5

Profissional(is): ANTONIO LUIZ VIEIRA GONCALVES CRM 12444 [1]

Nº: 30753843 27/11/2018 às 15:59

ANAMNESE

Queixa Principal RETORNO DR. RAFAEL [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S824 FRAT DO PERONIO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S824 FRAT DO PERONIO [1]

CID10 S824 FRAT DO PERONIO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:12

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	Dt. Nasc.: 13/08/1979	Atendimento: 55448987	Prontuário: 11631342
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): FELIPE VÉRAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12945 [1]		Nº: 31210556	09/12/2018 às 12:47

ANAMNESE

Queixa Principal	20 DIAS POS OP DE FRATURA DO PILAO TIBIAL ESQUERDO (DR THIAGO) PACIENTE TERMINOU ONTEM ESQUEMA DE 10 DIAS DE LEVOFLOXACINO POR QUADRO INFECCIOSO SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS DE CONTROLE	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]
---	-----	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]
CID10	S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

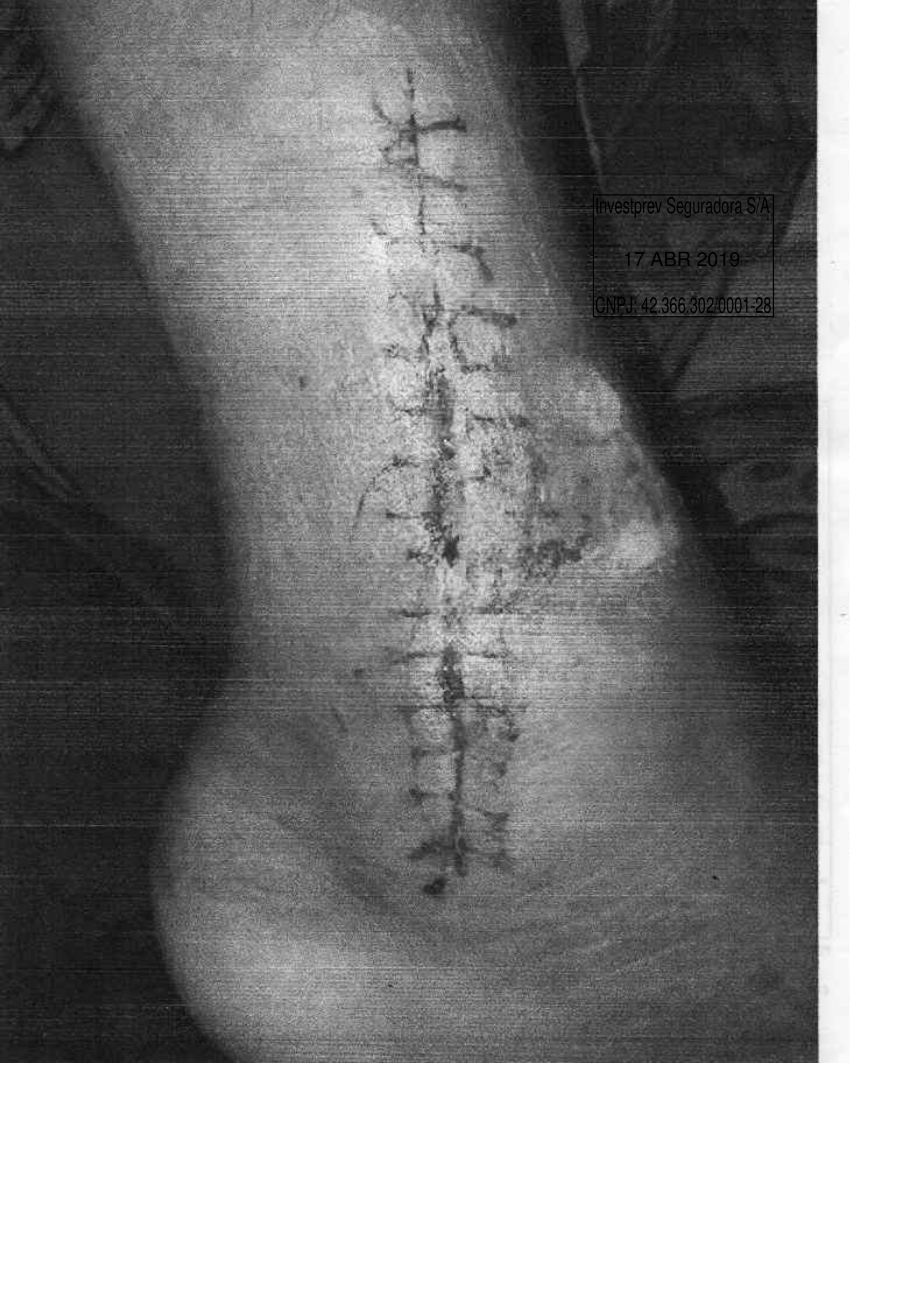
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

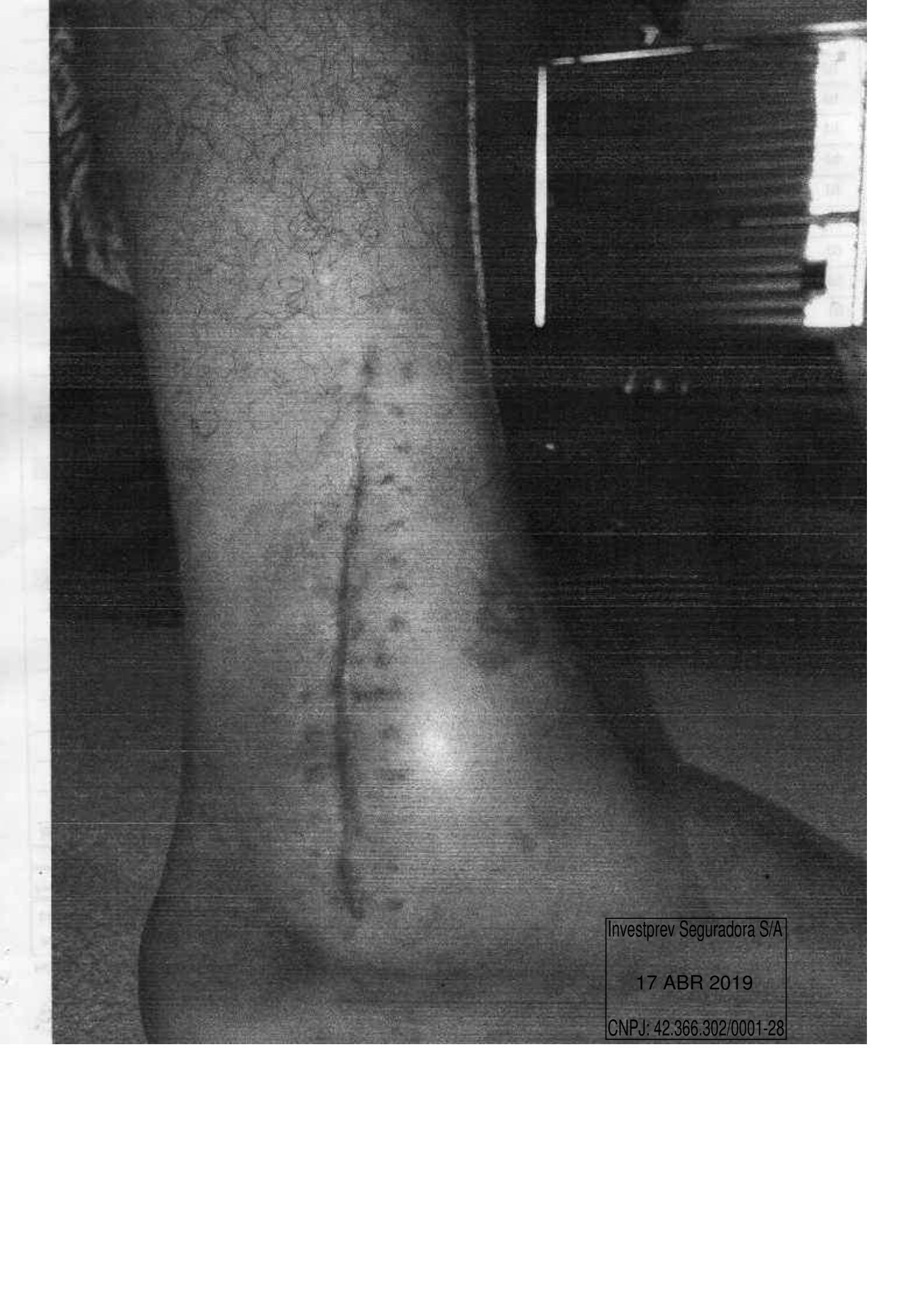
CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CARTA A SEGURADORA LIDER.

Pedido de reanálise de processo!

VITIMA: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA.

SINISTRO: 3190157760

CPF: 629.183.383-20

DATA DO ACIDENTE: 18/11/2018

NATUREZA: INVALIDEZ

Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Venho por meio desta carta pedir o requerimento e nova perícia médica, junto a seguradora líder dos consórcios do seguro DPVAT, a reanálise do processo da vítima acima citada. O motivo da reanálise do processo foi o valor insignificante pela gravidade que a vítima se encontra até hoje. O seu estado de saúde continua se agravando, mesmo após ter realizado todos os tratamentos, se submeter a uma cirurgia, mesmo assim seu estado de saúde é irreversível, e com sequelas permanentes. Como consta no laudo médico!!

Desde já agradeço a compreensão de todos vocês!



ANTONIO PRUDENTE

Relato que Wilson foi atingido
por uma, segundo o mesmo informo,
vítima de acidente automobilístico,
sofrendo fratura de Pêlo Tibial e
Fêmur. Submeteu-se a Tratamento
cirúrgico e segue com dois a
claudicação que devem permanecer
como sequelas definitivas

7
10/04/19

Dr. Wilson Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Quadril e Tornozelo
CRM 12.500 - RBO 15.000.100

Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

1 - Registro ANS	2 - Data da Autorização 30.04.09	3 - Senha	4 - Data de Validade da Senha	5 - Data de Emissão da C.V.
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
6 - Número da Carteira	7 - Plano		8 - Validade da Carteira	
5775600083-0009				
9 - Nome		10 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
Wesley José Oliveira Lima				
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE				
11 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		12 - Nome do Contratado		13 - Código CMLG
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF
18 - Código CBO		19 - Código CBO S		

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
22 - Caracter da Informação	23 - Tipo da Informação
☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência / Emergência	☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação	25 - Outros Dados Solicitados
☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar	
26 - Indicação Clínica	
Pseudo aneurisma de fêmur - pacifuro embolado	

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
27 - Tipo de Doença	28 - Tempo de Doença Referido pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente	
☐ A - Aguda ☐ C - Crônica	☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias	☐ 1 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho ☐ 2 - Trânsito ☐ 3 - Outros	
30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solicitada
1	30.7.28.1.77	Pseudo-aneurisma	
2	30.7.3.202.6	Exame	
3	30.7.28.1.42	Reparação	
4			
5			

OPM SOLICITADOS			
38 - Tabela	39 - Código do OPM	40 - Descrição do OPM	41 - Qtd. Solicitada
1		Placa 1/3 com 10 parafusos	
2			
3			
4			
5			

DADOS DA AUTORIZAÇÃO			
45 - Data Prevista de Admissão Hospitalar	46 - Outros Dados Autorizados	47 - Tipo de Associação Autorizada	
48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNEB	
51 - Observação			
Protec. 368.532.0190 410537872			
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante			
10.04.09			
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*)			
54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			

(*) Autorizo aos prestadores dos serviços anexar à fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação, cópias do prontuário médico, bem como quaisquer outros documentos, com fins de possibilitar análise pelo setor médico da Hapvida.

Investprev Seguradora S/A

17.ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dr. Thiago Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 10001/050

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ILIAMARA JENYFRA SANTIAGO LIMA

RG nº 436.028586, data de expedição 24/04/17, Órgão SSP/PA

CPF nº 049.125.305-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>Rua 3. (ant. Rua do</u> <u>28,2</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Parque A. Urbano</u>
Cidade	<u>São</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>60745-240</u>
Telefone de Contato	<u>(35) 4913664</u>
E-mail	<u>ilamara.jenyfra@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraná a 02.02.2019

Assinatura do Declarante: [Assinatura]

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

[illegible]

CICR-FORTALEZA-CE-PLB
IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
R7258 G
CONU MIRA SOL
CASA-PRQ 2 IRMAOS
60/43-270 FORTALEZA-CE



[72-65KZC298440000007491530-24|27](#)

Date de Publication 24/12/2019

Data as of: November 03, 2019

Data de fechamento emissão: 22/12/2018

Data prevista de entrega (para a próxima folha): 13/02/2016

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS - ECT
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA - DEPE
CAIXA POSTAL 68
01014-970 SÃO PAULO SP

[illegible]

2007.05.20
 2007.05.20
 2007.05.20

2020/2021	2020/2021	2020/2021	2020/2021
2020/2021	2020/2021	2020/2021	2020/2021
2020/2021	2020/2021	2020/2021	2020/2021
2020/2021	2020/2021	2020/2021	2020/2021
2020/2021	2020/2021	2020/2021	2020/2021

6. Negligence	
5. Breach	
4. Damages	
3. Duty of care	
2. Identification	
1. Facts	


 ASC
 American Society of Criminology
 1234 Main St.
 New York, NY 10001
 Tel: (212) 123-4567
 Fax: (212) 123-4568
 E-mail: info@asc-crim.org

Mude para a

Fatura Digital

Mais rapidez e facilidade para você.



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
54997700



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

11/01/2019 16:13:22

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11831342	IVISON JOSE QUEIROZ LUNA	M	13/08/1979	39

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
87029138526 SSP CE	62918338320		1-CASADO

Endereço
R PEDRO ARTHUR, 514 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 60744570

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
999736064	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Validade
22 RAPVIDA MATRIZ 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP QUOTI ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira 57758000870009019	

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector	Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	Clinica	Peso (Kg)	Temperatura (°C)
118800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG	16/11/2018	23:31		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	6-TRAUMATOLOGICA		
Médico Atendente	2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO						
Médico Acompanhante							

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

RACIÓDIA 41 10: LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE O/ 11/01/2019

LEANDRO 21082

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:

CPI da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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\$2.001,00 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 POUPEANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (340)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (144)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 o débito, 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 os fins de restituição 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 decorrente 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 resultado.

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ 42.368.302/0001-28

DECLARAÇÃO DE BANCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civ)

☐ Divorçado

☐ Separação judicialmente

☐ Viúva

Data do óbito da vítima:

Grav 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:

Menores:

Relacionados:

Vítima deixou nosoluto (ou nascido)?

☐ 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 comprovarem 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.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Local e Data:

Nome:

CPI:

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (dependente)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPI:

Assinatura

2º Nome:

CPI:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, no presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a danificar a ciência do inteiro teor do conteúdo, erros do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

3190157760

CPF da vítima:

629.183.383-20

Nome completo da vítima:

WILSON JOSE QUEIROZ LIMA

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

Nome completo:

WILSON JOSE QUEIROZ LIMA

Profissão:

motorista

Endereço:

Rua 71 conj. 101

Bairro:

Parque 2 Imoebres Fontalega

E-mail:

wilson.jq.lima@gmail.com

Estado:

Ceara

CEP:

60343-270

Tel (DDD):

(85)9993 6064

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ ATE R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATE R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATE R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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 (assinale 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CIVIL)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

☐ Viúvo

Gravidez da vítima:

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

MORTE

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
(se houver)

Local e Data: Fontalega-a 25/02/2019
Nome: Wilson Jose Queiroz Lima
CPF: 629.183.383-20

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

Investprev Seguradora S/A

CPF:

26 FEV 2019

Assinatura

2ª Nome:

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não afiduciado deverá escolher outra pessoa afiducizada, 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 fé da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.