



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA



FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01372860-1** em **07/08/2020 12:35:40**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0238651-77.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01372860-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Contratos de Consumo
Data/Hora : 07/08/2020 12:35:40

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2740505_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2740505_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-19.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

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

Impresso nº 201932245

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 147 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO

Data / Hora da Comunicação: 14/01/2019 13:59:21

Endereço da Ocorrência: RUA GOVERNADOR JOAO CARLOS

Complemento: C/ RUA MAGNOLIA

Bairro: SERRINHA

Ponto de Referência:

Município: FORTEZA/CE

Município: FORTEZA/CE

Bairro: PARQUE DOS IRMOS

Endereço: RUA SETE, 258 G - CONJUNTO MIRASOL

Franisco Emlison Silva LUNA

Endereço: MARIA LEUÍDE QUEIROZ LUNA

Nome: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento: 13/08/1979 CPF: 629.183.383-20

RG: 97029138526 Orgão Emissor: SSPCE

UF:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento: 13/08/1979 CEP: 629.183.383-20

RG: 97029138526 Orgão Emissor: SSPCE

UF:

Dados da(s) Veículo(s)

Placa: OID2578 UF: CE Município: FORTEZA Chassi:

9C2KD0550CR029889 Renavam: 489724060 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 Bros ES Ano

Fabrilização: 2012 Ano Modelo: 2012 Combusstivel: GASOLINA/ALCOOL

Cor: PRETA Proprietário: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA Situação: NAO

INFOMADDO Envio/vimimento: COLISAO

Histórico

QUE, COMPARCE A ESTA ESPACIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OID-2578 NA RUA GOVERNADOR JOAO CARLOS QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA TRAJETORIA 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 JOSE BARROS DE OLIVEIRA - PARANGABA MAS A VITIMA NAO FOI ATENDIDA, QUE A VITIMA ACIONOU A AMBULANCA DA HAPVIDA QUE SOCORREU PARA O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE POR MEIOS PROPRIOS, E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: COMUNICAÇÃO Falsa é CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CB.

DELÉGACIA DESTINO: DELÉGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELANIOL CAMPEDO ALMEIDA - MAT: 404836-1-6

DELÉGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidação em: 14/01/2019 14:11:35



Impresso nº 201932245

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 JOSE QUEIROZ LUNA**

Nascimento: **13/08/1979** CPF: **629.183.383-20**

RG: **97029138526** Orgão Emissor: **SSPCE**

Filiação: **MARIA LEONIDE 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, COMPARCE 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 FRETE 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.//////////
LOBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

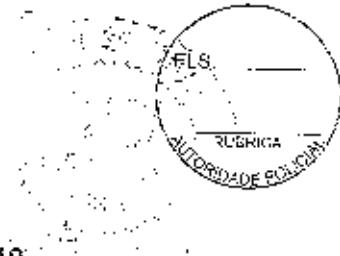
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-3-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



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



Impresso nº 301932245

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 a(s) opção(s) de cobertura: | <input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
|-------------------------------------|---|--|--------------------------------|

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE IMPREVISTAS CADASTRAIS E FAIXA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (somente para beneficiários que CIRCULAR SUSPENSO 2012)

Nome completo:

Profissão: _____ Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA DAS DUAS OPÇÕES

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (227) | <input type="checkbox"/> Itaú (243) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004) |

CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas do fai, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para ser feita a indenização ao Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou | Investprev Seguradora S/A |
| <input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou | 22 FEV 2019 |
| <input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. | CNPJ: 42.366.392/0001-28 |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem a apresentação do laudo, com base na legislação devidamente observada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/44, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura perícia médica ou concórdia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE BÉNÉFICIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na CM) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não | Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou: _____ filhos vivos: _____ Palocidos: _____ herdeiros (vai nascer)? Sim Não | Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicas beneficiários que se apresentarem e proverem este condicão, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão da declaração não verdadeira poderá gerar a nulidade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGSC

Assinatura da vítima/beneficiário (descoberto)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 RGSC, no presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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: 00000007301-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2205202005000000000237007410000000730184375 PAGO

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: 15/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00741-2

CONTA: 00000007301-6

Nr. Autenticação

BRADESCO15032019050000000002370074100000007301168750 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

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

Valorização 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:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **JUISON JOSE QUEIROZ LUNA**

CPF do beneficiário: **629.183.383-20**

Nome do solicitante: **JUISON JOSE QUEIROZ LUNA**

CPF do solicitante: **629.183.383-20**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(85) 98529-6730** Tel. Comercial: **(85) 99925-3719** 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?

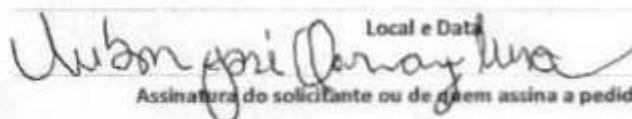
NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____

(DESCRIVER)

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


 Local e Data:
 Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todas os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo posto 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) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO
ATENTADO

ATESTO PARA OS DE VI-
DAS FINS QUE INÍCION JOSE
AVELINO LIMA JOSÉ FREU FRATU-
RA DO TORNOCÉLO ESQ. EM
18/11/2018, SUBMETIDO A TRATA-
MENTO CIRURGICO COM RG-
MENTO E FIXAÇÃO E ENCON-
DRAS E PERDA FUN-
TICA SE COM PERDA FUN-
TIONAL DO TORNOCÉLO ESQ.
ACIONAL DO TORNOCÉLO ESQ.
75% PORDAR A MÓBILIZA-
ÇÃO E LIMITAÇÃO DOS MOVI-
MENTOS E UN MANADA E
DE ALTA MEDICA DEFINI-
VA EM 02/12/2019.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.735.923-91

Fortaleza, 02/12/19

**AVISO DE SINISTRO - IPA
ATESTADO DEFINITIVO DO MÉDICO ASSISTENTE**

| | | | | | | |
|---|------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Nome do Segurado | | CPF | | Data de nascimento | | |
| IVILSON JOSÉ VEROZ LUNN | | 629183383-20 | | 13/08/79 | | |
| Endereço Residencial | | | | Nº | Complemento | |
| R-PEDRO ARTHUR | | | | 511 | | |
| Bairro | CEP | Cidade | UF | DDD | Telefone | |
| JACARECANGA | 60310430 | FOZALEGRE | CE | 85 | 985296250 | |
| E-mail | RLC 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/orgãos afetados (extensão, largura, profundidade, etc.) | | | | | | |
| FRACTURA DOTO RNO ZELO 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 REDUCAO E FIXA | | | | | | |
| 6 - Ocorreram complicações no tratamento? Caso positivo, descreva as mesmas e o tratamento | | | | | | |
| NÃO | | | | | | |
| 7 - Existem 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? | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | Desde 02/12/19. | | <input type="checkbox"/> 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 Invalidade? | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Parcial | <input type="checkbox"/> Total | <input type="checkbox"/> Temporária | <input type="checkbox"/> Permanente | |
| 12 - Em caso de Invalidade permanente descreva com detalhes: | | | | | | |
| INCAPACIDADE FUNCIONAL DOTO RNO ZELO ESq DORE DORRA MOBILIZACAO LIMITADA DOS MOVIMENTOS | | | | | | |
| 13 - Classifique de 0 a 100% a invalidade permanente de cada região em separado: | | | | | | |
| 75% DE PERDA FUNCIONAL Doto RNO ZELO ESq. | | | | | | |

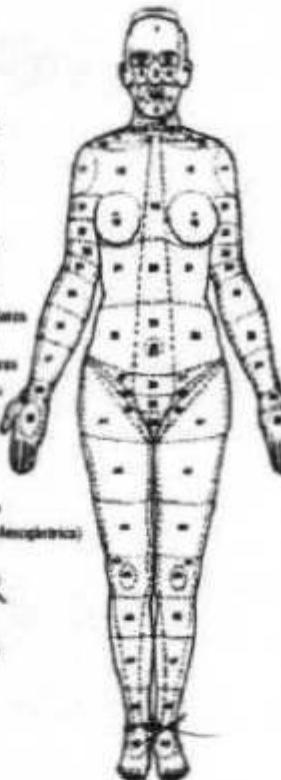
Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM 515
CPF: 269.776.973-81

FOP 005

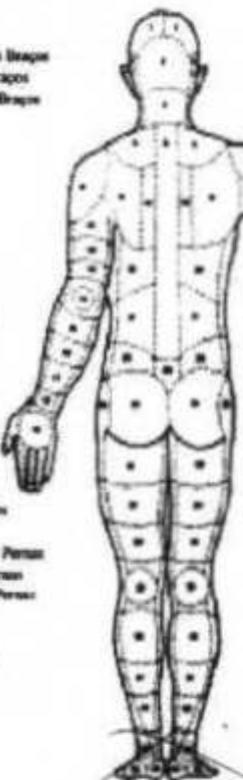
14 - Identifique nos modelos as lesões produzidas:



- 31: Frontal
- 32: Orbitássis
- 33: Nasal
- 42: Maxilar
- 52: Maxilomaxilar
- 62: Arcuadores
- 72: Incisivodentes
- 82: Labial
- 92: Meniscoles
- 102: Supraorbitalis
- 112: Infraorbitalis
- 122: Coronalis
- 132: Superclavicularis
- 142: Clavicularis
- 152: Infraclavicularis
- 162: Externalis
- 172: Internalis
- 182: Terciaria
- 192: Menisco
- 202: Epigástrica
- 212: Hypogástrica
- 222: Abdominal (Mesogástrica)
- 232: Umbilical
- 242: Hipogástrica
- 252: Pectoralis
- 262: Flexor
- 272: Fossa Íliopectoralis
- 282: Iliopsoas
- 292: Cruralis



- 362: Genital
- 382: Tórax Superior dos Braços
- 392: Tórax Médio dos Braços
- 332: Tórax Inferior dos Braços
- 34: Dorsos Anteriores dos Costérios
- 352: Tórax Superiores dos Antebraços
- 362: Tórax Médio dos Antebraços
- 372: Tórax Inferior dos Antebraços
- 38: Pectores
- 392: Cervicais dos Mmcs
- 402: Frons Palmaris dos Mmcs
- 412: Tórax Superiores dos Crises
- 422: Tórax Médios dos Crises
- 432: Tórax Inferiores dos Crises
- 442: Ascensiones dos Abdômenes
- 452: Rectales
- 46: Tórax Superior da Perna
- 47: Tórax Médio da Perna
- 482: Tórax Inferior da Perna
- 492: Domus dos Pts
- 502: Molardares Internas
- 512: Molardares Externas



- 312: Parietalis
- 313: Occipital
- 314: Temporis
- 315: Naso
- 316: Supra-Epaculares
- 412: Coluna Vertebral
- 72: Axillares
- 82: Deltoides
- 92: Escapulares
- 142: Ombros Controvertentes
- 112: Tórax Superior do Braço
- 122: Tórax Médio do Braço
- 132: Tórax Inferior do Braço
- 142: Costérios
- 152: Tórax Superior do Antebraço
- 142: Tórax-Médio do Antebraço
- 172: Tórax Inferior do Antebraço
- 182: Pectores
- 192: Domus dos Mmcs
- 262: Ilio-Escapulares
- 312: Lumbares
- 222: Sacros
- 232: Sacras
- 242: Glúteos
- 252: Quadris
- 242: Tórax Superior da Coxas
- 272: Tórax Médio da Coxas
- 282: Tórax Inferior da Coxas
- 292: Pectores
- 362: Tórax Superior da Perna
- 312: Tórax Médio da Perna
- 322: Tórax Inferior da Perna
- 332: Malaclares Internas
- 342: Calcáreas
- 352: Domus dos Pts

Assumo integralmente responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.

| | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----|-----------|-----------|--------------|
| Nome Legível do Médico | JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA | | | Nº do CRM | 5155 |
| Endereço Comercial | AV. ANTONÍERO MONTE 1410 | | | Nº | Complemento |
| Bairro | PARAÍVELANDIA | CEP | 90150-000 | Cidade | Porto Alegre |
| | | | | UF | RS |
| | | | | DDD | 328334786 |
| | | | | Telefone | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

OBS: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIOX - HAPFOR
Nº Pedido: 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
Matrícula 57756000870009019
Solicitante: Dr(a) DAVI MARINHO DE ARA

Queixa Principal:

Exame:
RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

!b#}Ü8'

RELATORIO

6300909821

Exame de controle pos-operatorio de fixação de fratura em fibula distal com placa metálica e parafusos
Ha irregularidade de superfície 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 à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS Exame documentado em CD

116313423
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



E



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



14

Nome: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

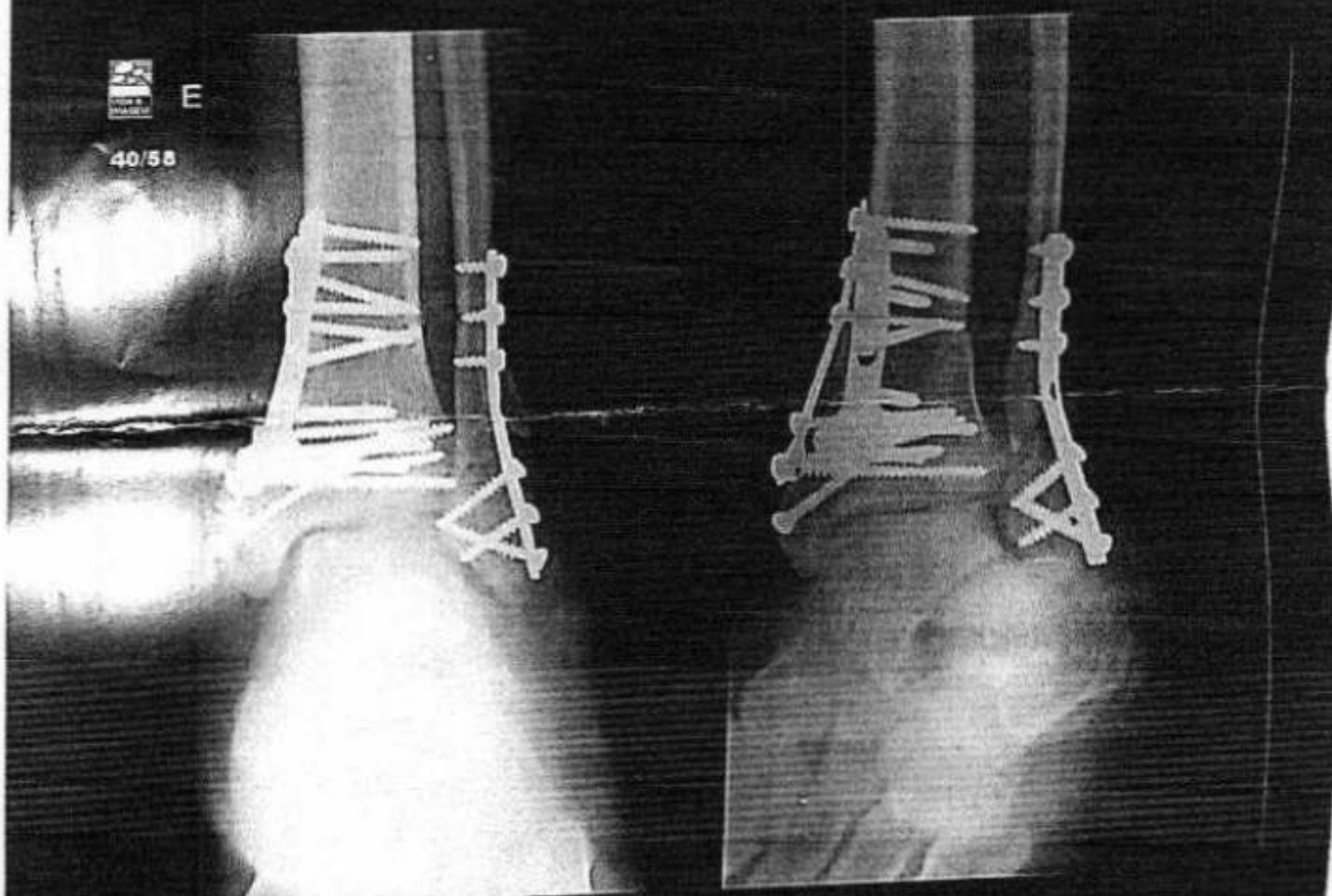
13/08/1979 39Y

ID Paciente: 11631342

Data do Exame: 27/11/2018

Número de Acesso: 5520006221

1 de 2

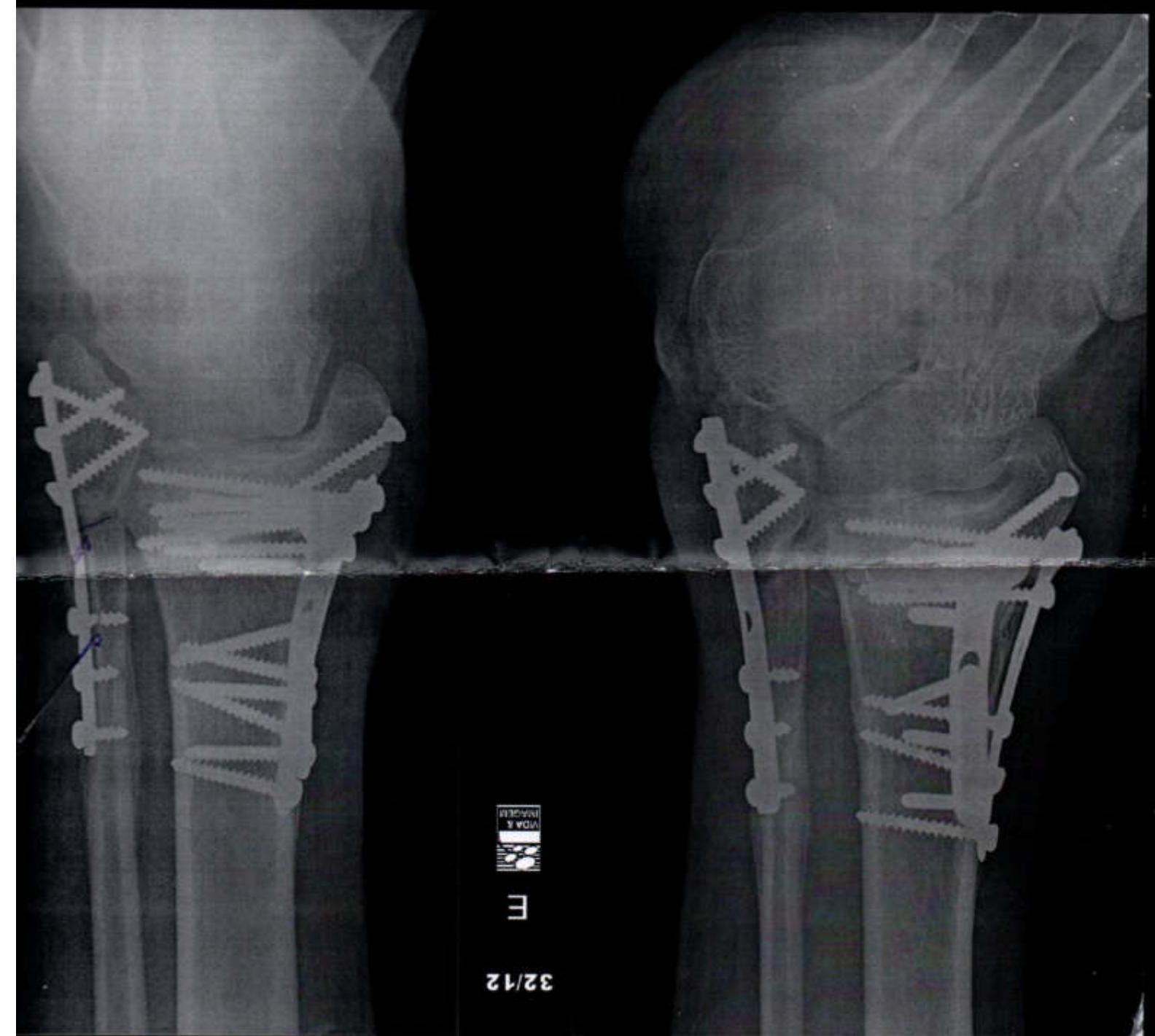




Investprev Seguradora S/A

25 JUN 2019

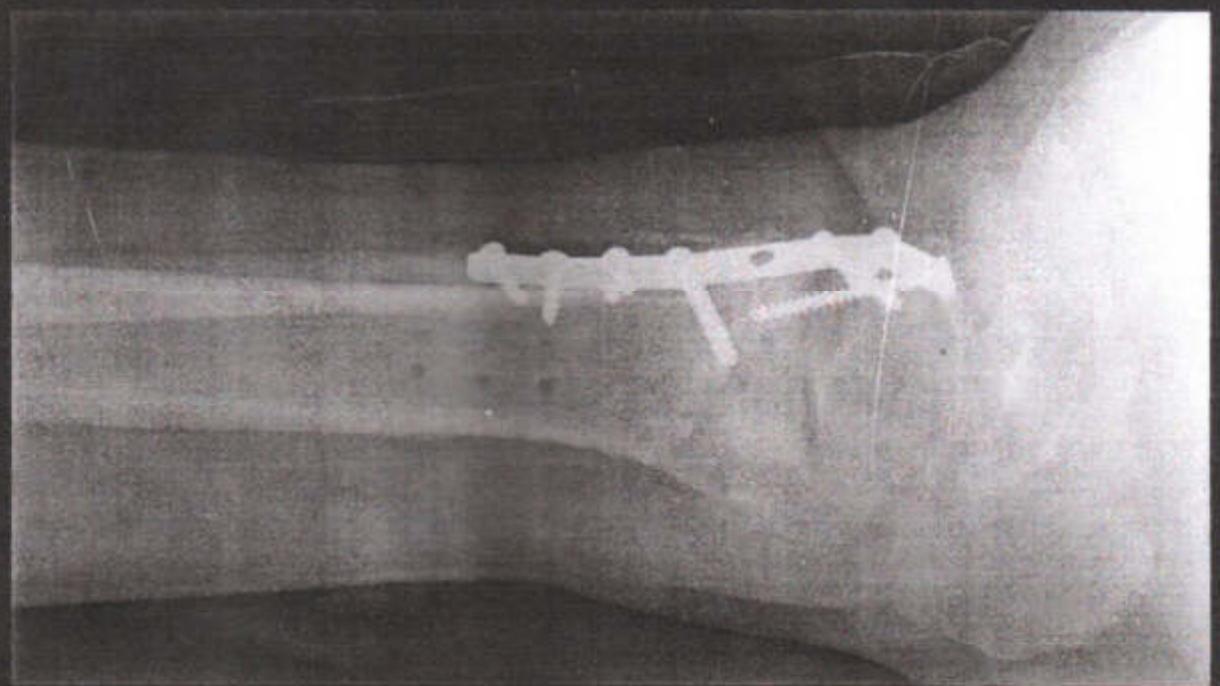
CNPJ: 42.366.302/0001-28



VDR-A
VDR-B

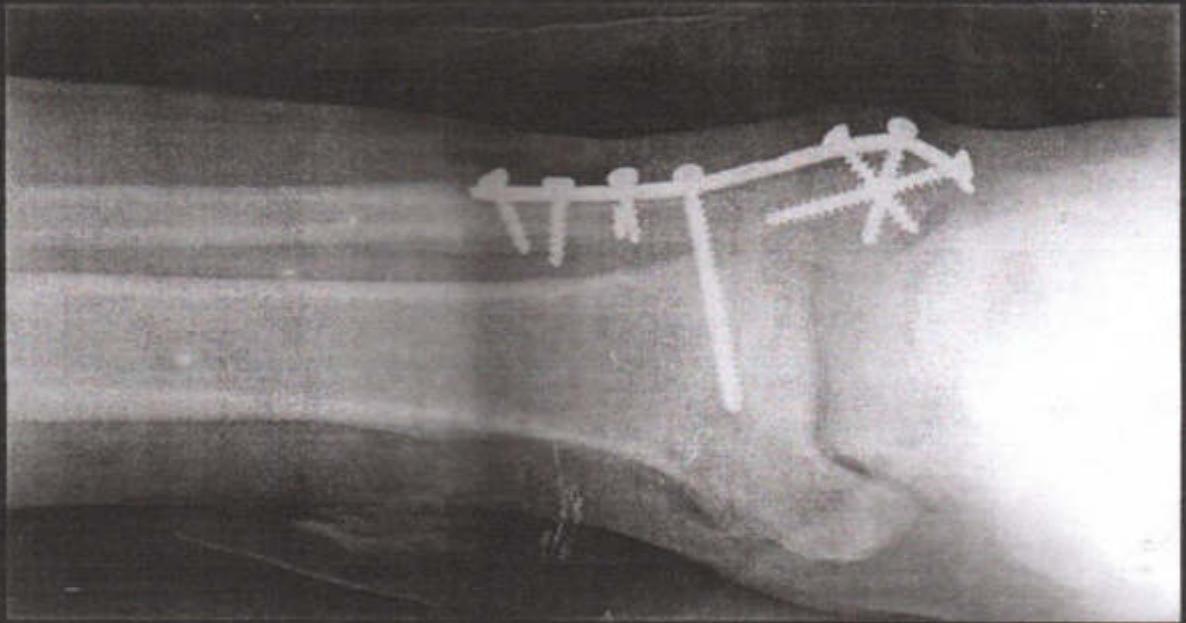
E

32/12



E

C.C





JJ10512019



LL 1051 2019

11 | 05 | 2019



C.C. M





ANTONIO PRUDENTE

LAUDO MÉDICO

Dicto que fizeram foi quanto houve
submetendo a Tratamento cirúrgico
de fratura do Pólo Tibial (Toupeirado)
reabilitação permanecendo com sigüela
definitiva de rodízios do arco de
moinho.

7
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

Matrícula...: 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 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 à 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: 999736064

Matrícula: 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 integros.

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 à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS Exame documentado em CD

formul013

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 59178432

Prontuário: 11631342

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133430/1

Encaminhamento Do Paciente

SRPA.

[1]

SINAIS VITAIS

P脉so 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 AÑOS, 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. SEGURO AOS CUIDADOS.

[2]

Intercorrências SEM

[2]

Eletrodos TORAX

[2]

Incisão Cirúrgica TORNOCOLO 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: Luison José Vazquez Luna

Passagem: _____ Leito: _____
Prontuário: 11631346

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

| | | | | | | | |
|-----------|-------------|----|----|------|----|------------------|---|
| PESO (kg) | ALTURA (cm) | PA | FC | TEMP | FR | JEJUM (hs) | DOR |
| 100kg | 1.83m | | | | | Sólidos 23:00hs | Adulto <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | | | | | | Líquidos 23:00hs | Criança <input checked="" type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 |

CIRURGIA/ PROCEDIMENTO

Pseudocartrose em Tornozelo Esquerdo

DIAGNÓSTICO

Inflamação Crônica

AVALIAÇÃO CLÍNICA

| | | | |
|--|---|---|---|
| Cardio-circulatório <input type="checkbox"/> Tolerância ao exercício <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Valvulopatia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> DVP <input type="checkbox"/> AAA | Câncer <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| Respiratório <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> DPOC | Infeccioso <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo |
| Gastrointestinal/hepático <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito/ diarréia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> ictarctia <input type="checkbox"/> Cirrose | Gravidez <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas | <input type="checkbox"/> Negativo |
| Neurológico <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> PIC | Crianças abaixo de 1 ano <input type="checkbox"/> Condições de Nascimento <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pré-termo: <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas <input type="checkbox"/> Idade pós-conceptual _____ semanas (idade gest.+idade atual) | <input type="checkbox"/> Negativo |
| Renal <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diálise | Hábitos Sociais <input type="checkbox"/> Tabaco _____ <input type="checkbox"/> Álcool _____ <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo Cigarros/dia <input type="checkbox"/> Drogas |
| Hematológico <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Coagulopatia <input type="checkbox"/> Anemia | Alergias Tipo/Agente _____ Reação _____ | <input type="checkbox"/> Negativo |
| Músculo esquelético <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Artrite | Cirurgia/anestesia prévia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Negativo |
| Endócrino <input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireoide <input type="checkbox"/> Outras _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Negativo | Cirurgia/ Anestesia Anestesia _____ Dados relevantes _____ Pseudocartrose em Tornozelo Esq. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Negativo |
| Comentários sobre os achados TP (13sg); INR (1.03) | | Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| | | Histórico familiar - problemas com anestesia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |

Exame Físico
 Cardíaco BCRNFBI. Scl 5A
 Resp. RV+Bila basal. Scl 5A
 Neuro Dorsal. Orientado
 Regional Pseudocartrose Tornozelo Esgundo
 Outro _____

Laboratório

| | | |
|-----------|-------|----|
| Hb | HC | Na |
| 12.2 g/dL | 48.6% | |

Omeprazol

| |
|---|
| Medicação utilizada 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

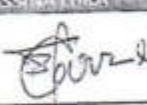
Avaliação ASA

I II III IV V VI

Emergência: Sim Não

Planejamento Anestésico

Sed. (c) EV + Raç. para reabastec.

| | |
|---|--------|
| DATA | HORA |
| 17/05/19 | :13:00 |
| ASSINATURA | |
|  | |

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

| | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Hospital | Antônio Prudente |
| Nome do paciente | Julinon José Queiroz Lúcio |
| Data de nascimento | 13/08/1979 |
| Nome do(s) Responsável/Parentesco | Rainha 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 da noite |
| Possui alergia a medicação ? | X | | Bromopropileno, plazil |
| 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 | | Apenas dente |
| 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: Fonte, 17/05/19 Horário: 13:20

SSVV

PA = 150x80mmHg

T = 35,7°C

Fc = 96 bpm

Fr = 15 rpm

Julian José Queiroz Lúcio

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Rainha Freire B. Lobo

COREN-CE 1346132-7

Assinatura do(a) responsável pela realização deste questionário

Obs: Tomou Dronabinol
às 11:00 hrs
Referiu estar
menos dor e
arrugas

OL:

1002 - 1

| ANTONIO PRUDENTE | | RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA | | DATA: 17/05/19 | | | | |
|------------------|-------------|----------------------------|--------------------|---|------------------|----------|---------------|-----------------------------------|
| | | | | Nº PRONTO-REGISTRO | | | | |
| | | | | SEXO: M / IDADE: 39 / PESO: 70 KG | | | | |
| | | | | DATA NASC: 13/08/79 HORA DA ENTRADA NA RPA: 16:40 hrs | | | | |
| | | | | CIRURGIA REALIZADA: Drena drenos de baixa tensão | | | | |
| HORA | P.A. (mmHg) | PULSO (bpm) | RESPIRAÇÃO (l/min) | TEMPERATURA (°C) | GLICEMIA (mg/dL) | SpO2 (%) | ESCALA DE DOR | OBSERVAÇÕES |
| 16:40 | 132/112 | 98 | 18 | 35.5 | — | 97% | — | Eletrocardiograma normal. |
| 16:55 | 124/108 | 96 | 18 | 35.6 | — | 100% | — | Pronto para alta. |
| 17:10 | 131/122 | 89 | 21 | 35.7°C | — | 99 | — | Arterial de 100 mmHg - OxiSat 94% |
| 17:25 | 128/112 | 85 | 19 | 35.9°C | — | 99 | — | Amb. 20°C |
| 17:40 | 119/113 | 91 | 18 | 36.3°C | — | 99 | — | Sopros normais |
| 18:00 | 126/120 | 96 | 20 | 36.7°C | — | 99 | — | Sopros normais |
| 18:40 | 139/175 | 98 | 22 | 36.0°C | — | 98 | — | Sopros normais |

| ÍNDICE DE ALDRETE E KROUK | | HORA | CONSCIÊNCIA | ATIVIDADE | INDICE DE RESPIRAÇÃO | INDICE DE CIRCULAÇÃO | KROUK |
|---|---|-------|-------------|-----------|----------------------|----------------------|-------|
| | | | | | | | |
| Movimenta os quatro membros | 2 | 16:40 | V | V | V | V | V |
| Movimenta dois membros | 1 | | | | | | |
| É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando | 0 | | | | | | |
| É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente | 2 | | | | | | |
| Apresenta dispneia ou limitação da respiração | 1 | | | | | | |
| Tem apnéia | 0 | | | | | | |
| PA em 20% do nível pré-anestésico | 2 | | | | | | |
| Circulação | 1 | | | | | | |
| PA em 20-49% do nível pré-anestésico | 0 | | | | | | |
| PA em 50% do nível pré-anestésico | 0 | | | | | | |
| Está lucido e orientado no tempo e espaço | 2 | | | | | | |
| Consciência | 1 | | | | | | |
| Não responde | 0 | | | | | | |
| E capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente | 2 | | | | | | |
| Saturação de O ₂ para manter saturação maior que 90% | 1 | | | | | | |
| O ₂ suplementar de oxigênio | 0 | | | | | | |

| OBSERVAÇÃO MÉDICA: | | HORARIO DA ALTA DA RPA: | |
|---------------------------|------------|-------------------------|------------|
| MÉDICO: Dr. Mário S. Lima | Assinatura | ENFERMEIRO(A): | Assinatura |
| DATA: 18/05/19 | Medida: | DATA: 18/05/19 | Medida: |

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: 59128432

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

S62 FRATURA DA PERNAS, INCLUINDO TORNOZELO

[1]

Wendel de Alcantara Mendes
Ortopedista Traumatologista
CRM/MEC 14753 / SBOT 16023

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

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 499165 [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 TORNозELO

COMORBIDADES: SEM COMORBIDADES

EVOLUI ACORDADO, CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO EUPNEICO EM AR AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO COM AVP EM MSE FUNCIONANTE, PULSEIRA EM MSD, DIURBSE ESPONTANEA AUSENTE NO PERÍODO CURATIVO INTEGRAL. SEM QUEIXAS ALGICAS. SEGURO OS 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
CONEÇÕES, MONITORAR TEMPERATURA E AVALIAR SINAIS DE
DESCONFORTO NO LOCAL DO CVP.

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
19/05/2019 00:20

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO 1A

Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO

Profissionais:

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

REMOVIMENTO DESSO 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:

Atendimento: 59178432 Prontuário: 11631342

Nº Prescrição: 21919910

19/05/2019 às 00:17

Leito: 1002/1

Enfermeiro(a): TAINA MENDES TAMBORIL

Taina Mendes Tamboril
COREN-CE 522 - 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 14108 - TEOT 15349

ION

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

CLARO QUE O PACIENTE SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CIRURGICO DE DE FRATURA DE PILAO TIBIAL E
ABILITACAO. SEQUE SEU SENTINDO DORES E LIMITACAO DO ARCO DE MOVIMENTO QUE DEVEM CONTINUAR
MO SEQUELAS DO ACIDENTE DE FORMA PERMANENTE. AINDA EM TRATAMENTO FISIOTERAPICO PARA
IMIZAR OS SINTOMAS

UDO MEDICO

CETIA

ta do Atendimento: 15/03/2019

cliente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

medico: THIAGO AGUIAR CAVALCANTE DE OLIVEIRA

RECEITUARIO MEDICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ANTONIO
PRUDENTE

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPI/SADT Nº 4 7970

Nº 4 7970998

| | |
|---|--|
| HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE | |
| BOLLETIM DE CIRURGIA | |
| Página 1 de 1 | |
| Profissional(is): THAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA MEDICO CRM 11506 ITINERANTE Nº: 30420118 19/11/2018 às 13:06 | |
| Paciente: LIVISON JOSE GUERIOZ LUNA Dl Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 55006156 Profuturo: 11631342 Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Letra: 133430/2 | |
| DIAGNOSTICO | |
| Data Da Cirurgia 19/11/2018 | |
| Descrição Cirúrgica Hora Da Cirurgia 13:10 | |
| Cirurgião Cirurgião PILAO | |
| Descrição Cirúrgica PACIENTE EM DDH SOB RAGU THAGO | |
| Cirurgião Cirurgião (1) ASESPIA E ANTIESPIA APÓSICAO DE CAMPOS ACESO MEDIAL AO PILAO VERIFICA DA FRATURA COMINUTA REDUGAO COM 2 PLACAS EM T FIXAGAO E FICAGAO COM PLACA SOB CONTROLE RADIOSÓPICO REPARO LIGAMENTAR ENXERTA LOCAL LIMPEZA SUTURA POR PLANOS (1) 30727138 FRATURA TIBIA 30728142 LESOES LIGAMENTARES 30732026 ENXERTO (1) | |
| Códigos Dos Procedimentos | |

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

Nº Pedido: 28042474 Pag 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE GUERRIZ LUNA
Nascimento.: 13/08/1979 Sexo:M RG.: 97029138526 SSP CE CPF.: 62918338320
Endereço...: R 136 33 PASSARE FORTALEZA CE 60744670 Tel.: 999736064
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matrícula.: 57756000870009019
Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Questa Principal:
FRACTURA DE TORNZELLO

5499770061

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNZELLO
Formam realizadas cortes tomográficos do tornozelo, em aparelho multidetector, apenes sem a administração de

contraste venoso, com reconstruções multiplanas.

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

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

Demais estruturas ossas do tornozelo integras, com relaxamento corticomédular preservada.
Acenutada densificação de partes moles perimaleolares, sugestivo de edema.

ANDERSON CISNE JUNIOR - CRM 10160-CE

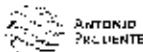
CNPJ: 42.366.302/0001-28
22 MAR 2019
Investprev Seguradora S/A



Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
Nº Pedido: 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

Matrícula...: 67756000870009019

Solicitante: Dr(a) PAULO HENRIQUE SCUZ

Queixa Principal:

DOR

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDA

IZ:>48"

CNPJ: 42.366.302/0001-28

5623271721

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 à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

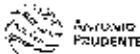
OBS.: Exame documentado em CD.

com 03

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 464



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
Matrícula.: 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 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 à 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

Redire para os demais p/
que haverá júri secreto para
que

Submeter-se a tratamento direto
de fato no Poder Tribunal de Fazenda

Este é um assunto que já matizou
a, em 01 mês) deve ser um
alto nível de

Z
ESTORIL

Dr. Diogo Carvalho
Ortopédico e Traumatologista
Hospital de Queimados
CRM: 12546 - RJ / CRB: 11100

Hospital Antônio Prudente - Av. Aguanambi, 1827, Bairro de Fátima

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



ANTÔNIO
PRUDENTE

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi neste dia o(a) Sr(a) IVISON JOSE QUEIROZ LIMA às 08:15 hs,
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 50 (NOVENTA) dias,
a partir de 19/11/2018, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

582

Código da Doença

102.7 / 2018

Local e Data

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
CRM: 8260
Data: 22/02/2019

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:

Código de Autenticação: DEPIU160/00K0

18900

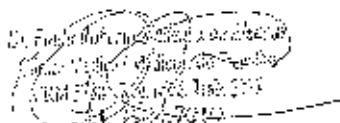
RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

22/11/2018 08:15

132.85 / 101

*Diagn.: Fratura de perna (582)
dep. Adente em dia de folga.
Período: 19/11 a 03/12/18*

Enc. INSS





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Srº. 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 FÍSICA E REABILITAÇÃO/FISIOTERAPIA SESSÃO para PÓS OPERATÓRIO DE FX LUXACAO DO PILAO TIBIAL DO TORNOZELO ESQUERDO

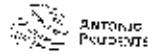
Totalizando 17 SESSÕES

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
CREATO 170.324-7

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 NISON 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

Matrícula.: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) TACITO YURI MELO RA

Queixa Principal:

Investprev Seguradora S/A

Exame:

RX ARTICULACAO TIBIO-TARSICA ESQUERDO

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

!ZW{T8

5552884921

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 à 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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

11/01/2019 16:08

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nas.: 13/08/1978

Atendimento: 54997700

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E C I Leito: 133227/1

Profissional(is): FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO CRM 13246 [1]

Nº: 30397758 18/11/2018 às 23:35

ANAMNESE

Queixa Principal

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

[1]

Queixa Principal

43 DOR ARTICULAR

[1]

Diagnóstico Inicial

M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECÍFICOS

[1]

CID10

Nao

[1]

Alergias

Nao

[1]

Medicação Em Uso

Nao

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Nao

[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral

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

[1]

Dispensar preenchimento do Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECÍFICOS

[1]

CID19

M24 OUTR TRANST ARTICULARES ESPECÍFICOS

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONFERIR PRONTUÁRIO

LEANPIPO 21082
Assinatura

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:09

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 13/08/1979 Atendimento: 54997700 Prontuário: 11631542
Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): JOSE AIRTON DE SOUSA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 99289 (1) Nº: 30398424 13/11/2018 às 00:27

CONTROLE VITais

SINAIS VITais

| | | |
|----|---------|-----|
| T | 37 °C | [1] |
| PA | 120x70 | [1] |
| FC | 88 bpm | [1] |
| FR | 17 /min | [1] |

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONFIRA O PRONTUÁRIO

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CONFERENCE OF THE UNITED
NATIONS ON TRADE AND DEVELOPMENT

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

DL Nas.: 13/08/1979

Atendimento: 55006156

Prontuário: 11531342

19/11/2018 13:05

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 103430/2

Professional(is): THIAGO AGUIAR CAVACANTO DE OLIVEIRA MÉDICO CRM: 15061732723 Nº: 30420064 19/11/2018 às 13:05

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTSE DE TORNozELO SEM
INTERCORRENCIAS

CD: A SR

CID 10

S92 FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNozELO

[1]

[1]

X. Thiago Cavacanto
Tornozelo quebrado
CRM: 15061732723

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 4 de 1

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 XANA MONTEIRO ENFERMEIRO(A) COREM 45434101 N°: 30451155 20/11/2018 às 07:29

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

MF

[1]

PACIENTE I.J.L., 39 ANOS, SEXO MASCULINO. ID: 1º PO DE FRATURA DE TORNOCLO ESQUERDO. ADMITIDO NO POSTO 1B, PROVENIENTE DA RPA. NEGA ALÉRGIAS E COMORBIDADES. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, SSSV ESTAVEIS. DIETA V.O. COM BOA ACEITAÇÃO. AVP FUNCIONANTE P/ HV+TM. DIURESE ESPONTÂNEA. SEGURO AOS DADOS DA EQUIPE.

GERENCIAMENTO DE RISCO
INFECÇÃO. OBSERVAR PRESENÇA DESINAIOS FLOGÍSTICOS

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

19/11/2018 13:29

| | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA | Dt. Nasc.: 13/08/1979 | Atendimento: 55006156 | Prontuário: 11631342 |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ | Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | Leito: 133430/2 | |

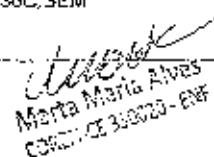
Profissional(is): MARTA MARIA ALVES ENFERMEIRO(A) CORE/CRF-SP/09961-H-30421016 N°: 30421016 19/11/2018 85 13:27

OBSERVAÇÕES/INTERCORRENCIAS [1]

Intercorrenças

PACIENTE NA RPA APOS POI FRATURA DE TIBIA, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCARDICA, NIVEL PRESSORICO ESTAVEL, PA: 123X63MMHG, FR: 18RPM, FC: 62BPM, SAT02: 98%, T: 36C, SEM QUEIXAS.

[1]


Marta Maria Alves
CORE/CRF-SP/09961-H-30421016

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



ANTÔNIO
PRUDENTE

AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

Código:
F0RMULÁRIO: 013

Sector: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1

Data de Revisão:
10.09.2016 - V.01

Data da Elaboração:
20/03/2017

NOME COMPLETO DO PACIENTE: José Wilson DATA DE NASCIMENTO: / /

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Transito DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 8/11/17

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

| | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem? | 1 + |
| <input type="checkbox"/> Histórico prévio de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas? | 2 + |
| <input type="checkbox"/> Alimenta-se apenas por sonda? | 3 + |
| <input type="checkbox"/> Escorre alimento pela boca? | 4 + |
| <input type="checkbox"/> Depora muito para engolir? | 5 + |
| <input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir? | 6 + |
| <input type="checkbox"/> Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação? | 7 + |
| <input type="checkbox"/> Há tosse com líquido? | 8 + |
| <input type="checkbox"/> Há tosse e engasgo com líquido? | 9 + |
| <input type="checkbox"/> Não consegue engolir? | 10 + |
| <input type="checkbox"/> Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação? | 11 + |

SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS - ESCORE:

0

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 ()

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco e 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 sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com escovadela para todos pacientes elegíveis de 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 fonosociologia.

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

Yamilete Pessanha Antunes
COTER C2 17277 EXP

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

| | | | | | | | | |
|-------------------|---|------------|---------------------------|--------------|----------|-------------|----------|------------------|
| Paciente: | IVISON JOSE QUEIROZ LUNA | Dt. Nasc.: | 13/08/1979 | Atendimento: | 56006156 | Prontuário: | 11631342 | 19/11/2016 13:11 |
| Convênio: | HAPVIDA MATRIZ | Posto: | CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | Leito: | 133430/2 | | | |
| Profissional(is): | THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA MEDICO CRM 11506 MBR 5341 N°: 30420118 | | | | | 19/11/2018 | às 13:06 | |

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Cirúrgico: 582 FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOCÉLIO [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia: 19/11/2016 [1]

Hora Da Cirurgia: 13:10 [1]

Cirurgia: PIÃO [1]

Cirurgião: THIAGO [1]

Descrição Cirúrgica: PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ASSEPSIA E ANTISSEPSIA APOSIÇÃO DE CAMPOS ACESSO MEDIAL AO PIÃO 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 ENXERTA LOCAL LIMPEZA SUTURA POR PLANOS [1]

Códigos Dos Procedimentos: 30727189 FRATURA TIBIA 30726142 LESÕES LIGAMENTARES 30732026 ENXERTO [1]

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

HOSPIITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 55006186

Prontuário: 11631342

19/11/2018 11:11

Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR

Leito: 153430/2

Profissional(is): 17414 DOS SANTOS A. BUDERQUE SOUSA ENFERMEIRO(A) COREN- RJ Nº: 30413760 19/11/2018 às 11:07
95376211953

DADOS DA ADMISSÃO

| | | |
|------------------|--|-----|
| Date Da Cirurgia | 19/11/2018 | |
| Hora Da Cirurgia | 10:30 | [1] |
| Cirurgia | Itc cirúrgico de fratura de tibia | [1] |
| Equipe Cirúrgica | dr. thiago aguiar dra. romana valéria cintia monista (part.) andréia ortogênese | [1] |

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

| | | |
|---|------|-----|
| Confirmar Identidade Do Paciente | sim, | |
| Prontuário Ativo | sim, | [1] |
| Opme Checado | sim. | [1] |
| Checagem Completa Dos Equipamentos | sim. | [1] |
| Alergias Do Paciente São Conhecidas | não. | [1] |
| Checagem Completa Das Medicações Anestésicas | sim. | [1] |
| Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Piora Sanguínea (> 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Cirurgia) | não. | [1] |
| Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração | não. | [1] |
| Confirmação De Vaga Em Utu | sim. | [1] |

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

| | | |
|------------------------------|-----------|-----|
| Membros da Equipe Cirúrgica | sim. | |
| Lateralidade Do Procedimento | esquerda. | [1] |
| Paciente Certo | sim. | [1] |
| Sítio Cirúrgico Identificado | sim. | [1] |

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

| | | |
|--|-----------------------------|-----|
| Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado | Sim. | |
| Checagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento | sim. | [1] |
| Antibioticodefilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos | Sim, kefazol (2g) às 10:30. | [1] |
| Chacou materiais e medicamentos necessários à anestesia a ser aplicada | sim. | [1] |
| Esterilização Do Material Confirmada E Validada | sim. | [1] |

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

| | | |
|---|----------------|-----|
| Orientação De Posicionamento De Membros | sim. | |
| Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados | sim. | [1] |
| Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura | sim. | [1] |
| Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica | não se aplica. | [1] |
| Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião | sim. | [1] |

卷之三

ANTONIO
GRUDNIEWSKI

Nome: Eduardo José Gómez Lima Data: 11/11/11
Idade: 10 Peso: 30 Sern: 211111
Prontidão: 121232342 Consel: Hannukah
Diagnóstico:
Cirurgia: Extrairente patologico na região da área
Cirurgião: Dr.

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Ass. Associate Director

CHECK LIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

(MÉDIA E BAIXA COMPLEXIDADE)

ANTONIO
PRUDÊNCIO

| | | | | |
|--|--|--|----------------------------|---------------|
| INFORMAÇÕES GERAIS DO PACIENTE | | Setor: | Lito: | Data: |
| Nome: <u>Túlio José Gi Lucca</u> | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> C | <u>XII/18</u> |
| Confirmação de local de destino: | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Data de Nascimento: / / | |
| Motivo da internação na unidade: | | <u>Instalação de Tébio</u> | | |
| Dispositivos em uso | | | | |
| <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, especificar: <input type="checkbox"/> Marcapasso <input type="checkbox"/> Sípap <input type="checkbox"/> Bomba de infusão <input type="checkbox"/> TQT <input checked="" type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> SNG, SNE e GTT <input type="checkbox"/> Cateter de diálise <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Drenos <input checked="" type="checkbox"/> Transferência interna <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Transferência externa: | | | | |
| Médico assistente: | | | | |

| | | |
|--|--|---|
| AVALIAÇÃO DE RISCO | | Data: <u>10/11/18</u> Hora: _____ h |
| Avaliação de Risco: | | Cueda <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Perda de dispositivo <input type="checkbox"/> |
| INTEGRIDADE DA PELE | | <input checked="" type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Lesão por pressão, especificar Local _____ Grau _____ |
| MEDICAÇÃO DE RISCO EM USO | | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar: <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Opiôides (ex: morfina, fentanil, tramadol, codeína,) <input type="checkbox"/> Sedativos (ex: benzodiazepínicos) |
| NECESSIDADE DE ISOLAMENTO | | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tipo: <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Reverso |
| ALERGIA | | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Medicamento: | | <div style="text-align: right;"> Investprev Seguradora S/A 22 FEV 2019 CNPJ: 42.366.302/0001-28 </div> |
| Objetos do paciente | | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, especificar |
| PÉNDICIA DE AUTORIZAÇÃO, PARECER OU EXAME | | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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 pendências</u> | | |
| Dieta _____ | | |
| Medicação de alto risco: _____ | | |
| Outros: _____ | | |



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
55786676

11/01/2019 16:20:03

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário Nome do Paciente

11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Sexo
M Nascimento
13/08/1979 Idade
38

RG

CPF

Carteira Profissional

Estado Civil
1-CASADO

57029138526 SSF CE

52918338520

Endereço

R PEDRO ARTHUR,514 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 60744679

Telefone Residencial Telefone Trabalho

999736064

DADOS DO CONVENIO

Convenio

22 HAPVIDA MATRIZ

1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CIUTI ENFERMARIA

COLETIVO

Carteira

57756000870009019

Validade

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

116300-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data

28/12/2018

Hora

14:22

Matricula

Tipo Atendimento

6-CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente

29305481 EDILMAR FERREIRA LESSA

Clinica

6-TRAUMATOLOGICA

Nº de Consulta / Atend.

Peso (Kg) e Temperatura (°C)

DATA: 28/12/2018 HORARIO: 14:22

TIPO ATENDIMENTO: CONSULTA TRAUMATOLOGICA

DATA: 28/12/2018 HORARIO: 14:22

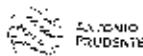
TIPO ATENDIMENTO: CONSULT

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|-------------------|------------|----------|-------------|
| Data Inicial: 12/12/2018 | Atendimentos: 05286676 | Médico prescritor: | | Consultas | PCP | Estratégico |
| Data Final: 19/01/2019 | Prontuário: | Conselho: | | | | |
| Cartelas: | Atendimentos feitos pela administradora | Atendimentos feitos pelo auditor | | | 13485 | Y49AB |
| | Mandamentos com pendências no preenchimento | Atendimentos abertos pela enfermagem | | | | |
| Documentos | Autorização Tratamento Nome do Paciente | | Exame/Atendimento | Local | Serviço | |
| Atestados / Comissões / Autorizações | 13670073 170142 VIVIAN JOSE GUEPOZ LIMA | | 100001879 | SGA-AN-280 | Mesclado | |
| Pendências do Atendimento de Alto Risco por Tipo de Documento | | | | | | |
| Atividade: M-A-R-LEIADE Q-BR02-JNA | | | | | | |
| Tipos de documentos | Visualizar | Assinatura Eletrônica | | | | |
| -0-1 Registros Médicos | <input type="checkbox"/> | Signado | | | | |
| -0-2 Exames e Procedimentos | <input type="checkbox"/> | Assinado | | | | |
| -7 Prescrição Médica | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| -14 Sintaxe Médica Fármacos | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| -9 Recibos Médicos | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| -10 Atestado Médico | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| -11 Declarações | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| -6 Fornecimento Médicos | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| -5 Solicitação de Peça ou Medicamento | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| -4 Atenção ao Paciente | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| -0-3 Consulta Médica | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| -15 Outras documentações médicas | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Ver Histórico de digitalizações | | | | | | |

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA (IMAGEM,
TOMOGRAFIA - HAPFOR
Nº Pedido: 28042474

Data 13/11/2018

Pág 1 de 1

Paciente...: 11631342 IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Nascimento.: 13/08/1979 Sexo: M RG: 97029138626 SSP CE

CPF: 62916338320

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

Tel.: 999736064

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matrícula.: 57756000870009019

Solicitante: Dr(a) PEDRO HENRIQUE BARC

Sintoma Principal:

FRATURA DE TORNOCÉLIO

Exame:

TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC

Hábito

5498770061

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOCÉLIO

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 metáfisária fibular distal, com diastase e angulação das margens e desvio posterior da base fibular avulsionada.

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

Acentuada densificação de partes moles perimaleolares, sugestivo de edema.

Derrame articular tibiotálar de pequeno volume.

ANDERSON CISNE JUNIOR - CRM 10160-CF

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.

11/01/2019 16:18:48

| | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
| 11631342 | IVISON JOSE QUEIROZ LUNA | M | 13/08/1979 | 39 |
| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil | |
| 97029138526 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 | |
| \$7756000870009019 | | Investprev Seguradora S/A |

DADOS DO ATENDIMENTO

22 FEV 2019

| | | | |
|--|-------|-----------|----------------------------|
| Setor | | | |
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG | | | CNPJ: 42.366.302/0001-28 |
| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
| 12/12/2018 | 16:44 | | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente | | | Clinica |
| 2663465 TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA | | | 6-TRAUMATOLOGICA |
| Médico Acompanhante | | | Peso (Kg) Temperatura (°C) |

| | | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------------------------------|---|---|-----------|-----------|
| Data Inicial: 13/07/2018 | Atendimentos: 55520319 | Médios preenchidos: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consultar | PEC | Histórico |
| Data Final: 13/01/2019 | Promotor: | Convenio: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Critérios: | <input checked="" type="checkbox"/> Atendimentos com alta administrativa <input checked="" type="checkbox"/> Atendimentos com pendências no protocolo | | | <input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela enfermagem | <input type="checkbox"/> Atendimentos liberados pela secretaria | (3458) | (4343) |
| Documentos | Documento | Prévio(s) | Nome do Paciente | Documento | Nome do Paciente | Sexo | |
| | 1212007819-EN CONSULTA TRABALHADOR | | 55520319 - MSCV JOSE GUEPOZ LIMA | 13087579 | EDWYN 280 | Masculino | |
| Pendentes de Atendimento de Alta Visualizar tipo de Documento Nome da Adv. MARIA LEIDE SUBROZA LIMA Nome da En. | | | | | | | |
| Tipos de documentos <ul style="list-style-type: none"> -> 1 Registro de Adubo -> 2 Encaminhamento para Exames -> 3 Prescrição Médica -> 4 Relatório Médico Especial -> 5 Relatório Clínico -> 6 Atestado Médico -> 7 Declarações -> 8 Parâmetros Médicos -> 9 Solicitação de Perícias Técnicas -> 10 Admissão de Paciente -> 11 Intervenção Médica -> 12 Ata de Reunião Ver histórico de digitalizações | | | | Visualizar Imprimir Documentado Data/Hora Profissional Status 12/12/2018 17:51:06 ASSINADO 12/12/2018 16:52:16 ASSINADO ... | | | |

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

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: 103229/2

Profissional(ns): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]
THAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 111506 [2]

Nº: 61346819 12/12/2018 às 16:52

ANAMNESE

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----|
| Causa Principal | POS OP TORNOZELO ESG | [1] |
| Causa Principal | | |
| Diagnóstico Inicial | 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> | [1] |
| CID10 | S82 FRAT DA PERNAS INCL TORNOZELO | [1] |
| Alergias | Não | [1] |
| Medicação Em Uso | Não | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não | [1] |

EXAME FÍSICO

| | | |
|---|----------------------|-----|
| Aspecto Geral | FCS OP TORNOZELO ESG | [2] |
| Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? | Sim | [1] |

DIAGNÓSTICO

| | | |
|-------|-----------------------------------|-----|
| CID10 | S82 FRAT DA PERNAS INCL TORNOZELO | [1] |
| CID10 | S02 FRAT DA PERNAS INCL TORNOZELO | [1] |

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----|
| Alta Após Medicamentação e Cuidados | Alta após cuidados e/ou medicação | [2] |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----|

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:14

Paciente: MISON JOSE QUEIROZ LUNA Dt. Nasc.: 13/09/1979 Atendimento: 55528849 Prontuário: 11631342
Convênio: IAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGÊNCIA TRAUMA E C/ Leito: 133229/2
Profissional(is): THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA CRM 11506 [0] Nº 31349269 12/12/2018 às 17:50

ANAMNESE

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----|
| Queixa Principal: | SOA EVO. UÇÃO | [1] |
| Queixa Principal: | | |
| Diagnóstico Inicial | 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> | [1] |
| CID10 | S62 FRAT DA PERNAS 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 | S62 FRAT DA PERNAS INCL TORNOZELO | [1] |
| CID10 | S62 FRAT DA PERNAS 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: 55200082

Prontuário: 11631342

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAJMA 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]

Quicixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>

[1]

CID10

S624 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

S624 FRAT DO PERONIO

[1]

CID10

S624 FRAT DO PERONIO

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

11/01/2019 16:12

Paciente: IVISON JOSE QUEIROZ LUNA

Dt. Nasc.: 13/08/1979

Atendimento: 56448987

Prontuário: 11631342

Convênio: MAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): FELIPE VÉRAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12945 [1]

Nº: 31210566 09/12/2018 às 12:47

ANAMNESE

Quixa Principal

20 DIAS POS OP DE FRATURA DO PÍLAC TIBIA, ESQUERDO (DR THAGO)

[3]

PACIENTE TERMINOU ONTEM ESQUEMA DE 10 DIAS DE LEVOFLOXACINO POR QUADRO INFECCIOSO SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS DE CONTROLE

Quixa 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 Yvian foi Enferm
hosa, segundo o mesmo informa,
Vítima de acidente automobilístico,
Sofreu fratura do Píleo Tibial e
Tangão. Submeteu-se a Tratamento
longo e segue com dores e
dificuldades que devem permanecer
como sequelas definitivas

10/04/19

Wilma Cavalcanti
Oncóloga e Traumatologa
Centro de Quimioterapia
e Radioterapia - CQTR

Investprev Seguradora S/A

17 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Hospital Antônio Prudente - Av. Aguanambi, 1827, Bairro de Fátima

| | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 2 - Data da Autorização | 3 - Série | 4 - Data de Validade da Série | 5 - Data da Emissão da Carteira |
| AN-00000000000000000000000000000000 | 10/04/09 | | | |
| DADOS DO BENEFICIARIO | | | | |
| 7 - Número de Carteira | 599560008300091 | 8 - Plano | 9 - Validade da Carteira | |
| 10 - Nome | Yuriou Jon Oliveira Lunes | | | |
| 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | | | | |
| DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE | | | | |
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 13 - Nome do Consultado | 14 - Código CRM-G | | |
| 15 - Nome do Profissional Consultante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho / 18 - UF | 19 - Código CRM-B | |
| DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE / DADOS DA INTERNACAO | | | | |
| 20 - Código na Operadora / CNPJ | 21 - Nome do Prestador | | | |
| 22 - Causa da Internação | 23 - Tipo de Internação | | | |
| E - Clínica U - Urgência / Emergência | 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica | | | |
| 24 - Regime de Internação | 25 - Outro: Quimioterapias | | | |
| 1 - Hospitalar 2 - Hospital-Dia 3 - Doméstica | 26 - Indicação Clínica | | | |
| <p><i>Pseudo artrose de fibula + parafuso deslocado</i></p> | | | | |
| HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS | | | | |
| 27 - Forma de Doença | 28 - Idade do Paciente Referida pelo Paciente | 29 - Indicação ou Acidente | | |
| A - Aguda C - Crônica | A - Anos M - Meses 0 - Dias | 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - 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 - Qua. 5 PIS 38 - Iude Autor | |
| | 307.281.97 | Pseudo- artrose | | |
| | 307.370.26 | Coxarto | | |
| | 307.281.92 | - Reparação | | |
| | | | 17 ABR 2019 | |
| OPM SOLICITADOS | | | | |
| 39 - Tabelas | 40 - Cód. do OPM | 41 - Descrição do OPM | 42 - Gér. | 43 - Faturamento |
| | | Placa 1/3 com | | Orijetura |
| | | 10 parafusos | | |
| DADOS DA AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 45 - Data Prevista da Admissão Hospitalar | 46 - Olho: Olhos Autologados | 47 - Tipo de Acomodação Autorizada | | |
| | | | | |
| 48 - Código na Operadora / CNPJ | 49 - Nome do Prestador Autorizado | 50 - Unidade CRM | | |
| | | | | |
| 51 - Observação | | | | |
| <i>Protec - 368.532.0190 410537872</i> | | | | |
| <i>Dr. Thiago Cravaganti</i> <i>Arteria e Venotologia</i> <i>Artroscopia e Trauma</i> <i>Endoscopia e Urologia</i> <i>10.04.19</i> | | | | |
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante | 53 - Data e Assinatura do Responsável ou Responsável (*) | 54 - Data e Assinatura do Responsável Pela Autorização | | |
| 10.04.19 | TEST | M M | | |
| <small>(*) Autorizo aos prestadores dos serviços anexar à fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação, cópias do documento médico, bem como quaisquer outros documentos, com fins de possibilizar análise pelo setor médico da Hapvida.</small> | | | | |

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JULIANA GOMES DA SILVA LIMA,

RG nº 45.612.859-1, data de expedição 24/04/17, Órgão SPER - RJ,

CPF nº 031.125.778-70, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|---------------------|--------------------------------------|
| Logradouro | <u>Rua 11, Condomínio Park</u> |
| (Rua/Avenida/Praça) | |
| Número | <u>262</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Setor Sul - Rio das Ostras</u> |
| Cidade | <u>Rio das Ostras</u> |
| Estado | <u>RJ</u> |
| CEP | <u>26.700-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(26) 9913-8604</u> |
| E-mail | <u>lilianagomes1992@gmail.com.br</u> |

Por ser verdade, firmo-me,

Local e Data: Linhares, RJ - 26/02/2019

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

Assinatura do Declarante: [Assinatura]

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Envíe-nos sua fatura via Internet
com as cenas eletrônicas E-mail



6600.18.06

3,000,000,000,000,000,000,000,000

CICLO FORTALEZA CEP 63
IVISON JOSE QUEIROZ LUNA
R 7 258 G
CONJ MIRA SOL
CASA - PRQ 2 IRMAOS
60/43-270 FORTALEZA - CE

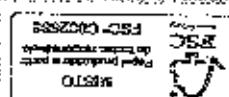


Datas de Prazo para 24/12/2019
Datas de Vencimento: 03/01/2019
Data de Emissao: 23/12/2018
A prazo de 10 dias dentro da proxima fatura - JAVES

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Mais também é preciso de uma

Feature Digital

ANTONIO
PRUDENTEFICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAISAtendimento
54997700

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

11/01/2019 16:16:22

| | | | | |
|------------|------------------|------|------------|-------|
| Pronutário | Nome do Paciente | Sexo | Nascimento | Idade |
|------------|------------------|------|------------|-------|

11631342 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 60744670

| | | | |
|----------------------|-------------------|--|--|
| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | | |
|----------------------|-------------------|--|--|

999736064

DADOS DO CONVENIO

| | | |
|----------|--|----------|
| Convenio | | COLETIVO |
|----------|--|----------|

22 RAPVIDA MATRIZ 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP CIUTI ENFERMARIA -

COLETIVO

| | | |
|----------|----------|---------------------------|
| Carteira | Validade | Investprev Seguradora S/A |
|----------|----------|---------------------------|

57756000870009019

22 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | |
|--------|--|--|
| Sector | | |
|--------|--|--|

118800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

| | | | |
|------|------|-----------|------------------|
| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
|------|------|-----------|------------------|

16/11/2018

23:31

Matricula

Tipo Atendimento

6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

| | | |
|------------------|--|---------|
| Médico Atendente | | Clinica |
|------------------|--|---------|

2145553 FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Clinica

6-TRAUMATOLOGICA

| | | | |
|---------------------|--|-----------|------------------|
| Médico Acompanhante | | Peso (Kg) | Temperatura (°C) |
|---------------------|--|-----------|------------------|

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

REITORA (1.10) LEANDRO GOMES FORTE

CONFECO

LEANDRO_GOMEZ_FORTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | |
|------------------------------------|---|--|--------------------------------|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | <input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
|------------------------------------|---|--|--------------------------------|

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE IMPREVISTAS CADASTRAIS E FAIXA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (somente para beneficiários que CIRCULAR SUSPENSO 2012)

Nome completo:

Profissão: _____ Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

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

DADOS CADASTRAIS

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA DAS DUAS OPÇÕES

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

- Bradesco (227)
- Itaú (243)
- Banco do Brasil (001)
- Caixa Econômica Federal (004)

CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas do fai, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para ser feita a indenização ao Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Investprev Seguradora S/A

22 FEV 2019

CNPJ 42.366.392/0001-28

DECLARAÇÃO DE BÉNÉFICIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ex-Cas.) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Maior: _____ Filhode: _____ Hoscultra (vai nascer)? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicas beneficiários que se apresentarem e proverem este condicão, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão da declaração não verdadeira poderá gerar a nuligação de ressarcimento ou/ou reembolso, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGSC

Assinatura da vítima/beneficiário (descoberto)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 RGSC, no presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

350157760

CPF da vítima:

629.183.383-20

Nome completo da vítima:

Jorge Queiroz Luna

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

Nome completo:

WIDON JOSÉ QUEIROZ LUNA

CPF:

629.183.383-20

Complemento:

258

CEP:

60343-270

Número:

60343-270

Endereço:

Rua A 1000 Minas Gerais

Cidade:

Cravá

Estado:

PR

Tel.(DDD):

(85) 9973-6064

Bairro:

Parque 2 Irmãos

E-mail:

WIDON.JQ.LUNA@GMAIL.COM

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

RENDA MENSAL:

RECURSO INFORMAR

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

SEM RENDA:

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00